SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

www.calidadasistencial.es
secretariaseca@calidadasistencial.es

Secretaría Técnica: Azul Congresos S.L.
Uría 76, 1º - Oficina 1º - 33003 – Oviedo
Tel: 984 031 604 – 984 031 671

FÓRUM EVOLUCIÓN BURGOS
17, 18 Y 19 DE OCTUBRE

2018

© SECA. Sociedad Española de Calidad Asistencial

ISBN: 978 – 84 – 09 – 07035 – 0

Depósito Legal: AS 03986-2018

Diseño y maquetación: Azul Congresos S.L.

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

ÍNDICE

PATROCINADORES 2
COLABORADORES
COMITÉS.....3
COMITÉ ORGANIZADOR
COMITÉ CIENTÍFICO
PROGRAMA CIENTÍFICO CONGRESO 4
MIÉRCOLES 17 DE OCTUBRE
JUEVES 18 DE OCTUBRE
VIERNES 19 DE OCTUBRE
COMUNICACIONES.....5

COLABORADORES

COLABORADORES

ORGANIZA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

COMITÉS

COMITÉ ORGANIZADOR

D. Miguel Ángel Ortiz de Valdivielso. Presidente Comité Organizador
D.ª Mª Carmen Rodríguez Pajares. Vicepresidente Comité Organizador
D.ª Pilar Astier Peña
D. Arsenio Besga Hernando
D. Juan Luis Burón Llamazares
D.ª Flor De Castro
D. Pedro David Delgado López
D. Enrique Delgado Ruiz
D.ª Dolores García Arcal
D. Marcelino Galindo Jimeno
D. José Ángel García Campos
D. Rafael Gomis Cebrián
D.ª Cristina Granados Ulecia
D. Manuel Gutiérrez Dueñas
D. Emilio Ignacio García
D.ª Amaya Jiménez González
D. Felipe Mielgo Carbajo
D. Alfonso Montero Moreno
D.ª María Aser Morato Arnaíz
D.ª Carmen Pérez Habas
D.ª Mª Blanca Santamaría Rodrigo
D.ª Silvia Tejero Encinas
D.ª Rosa Mª Valverde Citores

Coordinador comités:
D. Manel Santiñà Vila. Presidente FECA - SECA

COMITÉ CIENTÍFICO

D.ª Paz Rodríguez Pérez. Presidente Comité Científico
D. Francisco Javier Lozano García. Vicepresidente Comité Científico
D.ª Susana Lorenzo Martínez. Secretaria Comité Científico
D. Manuel Alcaraz Quiñonero
D. Andreu Aloy Duch
D.ª Reyes Alvarez-Ossorio Garcia de Soria
D.ª Mª José Bueno Domínguez
D. Carlos Campillo Artero
D.ª Inés Gallego Camiña
D.ª Montserrat Gens Barberá
D.ª Marta Eva González Pérez
D. Vicente Herranz Gonzalez
D. Luis Mariano López López
D. Rafael Lledó Rodríguez
D. Ángel Maderuelo Fernández
D. José Joaquin Mira Solves
D.ª Soledad Montero Alonso
D. Carlos Mora Lourido
D.ª Maria Antonia Muñoz Mella
D.ª Mª José Pérez Boillos
D.ª Rosa Pla Mestre
D. Fernando Ramos D´Angelo
D. Victor Reyes Alcazar
D. Antonio Sarria Santamera
D.ª Mª Luisa Torijano Casalengua
D. Fernando Vázquez Valdés
D. Carmelo Villafranca Renes

Coordinador comités:
D. Manel Santiñà Vila. Presidente FECA - SECA

PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES, 17 DE OCTUBRE

10:00 – 14:00hrs TALLERES.

Coordinadora: D. ª Soledad Montero Alonso. *Miembro del Comité Científico.*

TALLER 1: ¿CÓMO REALIZAR UN MAPA DE EXPERIENCIA DE PACIENTE?. *SALA: 3.1*

Docente:

D. Carlos Bezos Daleske. Director del Instituto para la Experiencia del Paciente.

TALLER 2: HERRAMIENTAS DE GESTIÓN LEAN. JUEGO DE SIMULACIÓN. *SALA: 3.5*

Docente:

D. David Pumar. Ingeniero. Responsable del área de Metodología Lean en el Consorci Sanitari Integral.

TALLER 3: LA ASERTIVIDAD, "UNA HABILIDAD PARA CONSEGUIR RESULTADOS EN MI COMUNICACIÓN Y NO MORIR EN EL INTENTO". *SALA: 4.1*

Docentes:

D. Juan Carlos Verdes-Montenegro Atalaya. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Comunicación SOCALEMFYC.

D. Francisco Javier de Juana Izquierdo. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Comunicación SOCALEMFYC.

TALLER 4: INDICADORES DE LA HUMANIZACIÓN DE LA CRONICIDAD. *SALA: ENSAYO*

Docente:

D. Juan Ignacio Barrachina Montes.

PATROCINADO POR BOEHRINGER INGELHEIM

TALLER 5: CON LAS MANOS EN LA MASA: ¿QUÉ LE PASA A MI ARTÍCULO? REVISIÓN "IN SITU" DE ARTÍCULOS PARA PUBLICAR EN REVISTAS INDEXADAS. *SALA: 4.3*

Docentes:

D. Genís Carrasco Gómez. Jefe Clínico. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Barcelona. Editor Journal for Quality in Healthcare Research.

D.ª Susana Lorenzo Martínez. Jefe de Área de Calidad y Gestión de Pacientes. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Directora de Journal for Quality in Healthcare Research.

TALLER 6: GESTIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO. *SALA: 4.5*

Docentes:

D. Alberto Lafuente Jiménez. Especialista en Anestesia y Reanimación. Responsable Área del Dolor. Clínica Universidad de Navarra.

D.ª Carmen Rodríguez Pajares. Directora Médica del HUBU.

TALLER 7: HABILIDADES INTERPERSONALES Y MOTIVACIÓN, IMPRESCINDIBLES EN LA GESTIÓN. *SALA: 4.7*

Docentes:

D.ª Noelia Chicote Aylagas. Enfermera comunitaria del C.S. "Tierras Altas" Gerencias de Asistencia Sanitaria de Soria. Experta en habilidades de comunicación, liderazgo y en programación neurolingüística, especializada en el ámbito sanitario. Speaker motivacional.

D.ª Mª Fe Sainz Martínez. Informática del Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Experta en habilidades de comunicación, liderazgo y en programación neurolingüística, especializada en el ámbito sanitario. Speaker motivacional.

14:00hrs ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN.

16:00 – 17:00hrs DEFENSA COMUNICACIONES ORALES / EXPRÉS. *TODAS LAS SALAS*

17:00 – 17:30hrs ACTO INAUGURAL. *AUDITORIO*

17:30 – 18:00hrs CONFERENCIA INAUGURAL. *AUDITORIO*

EVOLUCIÓN Y PROGRESO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL: SECA.- UNA VISIÓN ANGULAR.
Ponente:
Dr. Octavi Quintana Trias.

18:00 - 19:30hrs CONFERENCIA PLENARIA RUTA.- A.

CONFERENCIA PLENARIA I: "TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO". *AUDITORIO*
Moderador:
D. Carlos Campillo Artero. IB-Salu. Centro de Investigación en Economía y Salud. Universitat Pompeu Fabra.
Ponentes:
D. Vicente Ortún Rubio. Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona
D. ª Rosa Urbanos Garrido. Facultad de Económicas. Universidad Complutense de Madrid.
D. Ricard Meneu de Guillerna. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Alicante

19:30 – 20:30hrs MESAS TEMÁTICAS.

MESA TEMÁTICA A.1. - BUEN GOBIERNO: LIDERAZGO Y MODELOS ORGANIZATIVOS. *SALA: 3.1*
Moderador:
D. ª Carmen Rodríguez Pajares. Directora Médico del HUBU. Burgos
Ponentes:
D. ª Isabel Carrasco González. Estilos de liderazgo.
D. ª Candela Calle Rodríguez. Ex-gerente ICS y actual Directora del ICO.
D. José Andrés Gómez Cantero. Director General de la CUN.

MESA TEMÁTICA B.1. - MÉTODOS Y RESULTADOS DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA CLÍNICA: PROCESOS. *AUDITORIO*
Moderador:
D. Antonio Sarria Santamera. Jefe de Departamento de Gestión de Servicios Sanitarios. Escuela Nacional de Sanidad IMIENS-UNED. Instituto de Salud Carlos III. Universidad de Alcalá. REDISSEC.
Ponentes:
D. ª Sonia García San José. Procesos Asistenciales Integrados. Subgerente Asistencial Hospital Gregorio Marañón. Madrid
D. Manuel Quintana. Vampirismo y transfusiones en UCI: Patient Blood Management.
D. Javier Elola. Proyecto Recalcar. SEC-EXCELENTE
EValTec: PROCESO DE EVALUACIÓN E IMPLANTACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA.
D.ª Laura Herrero Urigüen. Gestora de Innovación IDIVAL. Instituto de Investigación Sanitaria Marqués de Valdecilla. Santander.

MESA TEMÁTICA PATROCINADA POR ASTRAZENECA

MESA TEMÁTICA C.1. - VOZ DEL PACIENTE/HUMANIZACIÓN. *SALA: 3.5*

Moderador:

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

Ponentes:

D. Rodrigo Gutiérrez Fernández. Director General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

D. ª María Silvestre Navarro. Cuidadora Experta en Demencia. Programa Cuidador Experto Cataluña.

D. Federico Gordo (UCI). IESPAC.

MESA TEMÁTICA B.2.- SEGURIDAD. *SALA: ENSAYO*

Moderador:

D. Francisco Javier Lozano García. Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Coordinador de Calidad. HUBU. Burgos.

Ponentes:

D.ª Mercedes Catalán González. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario 12 de Octubre. Comité Asesor de los Proyectos Zero de las Unidades Cuidados Intensivos. Proyectos de Seguridad en Pacientes Críticos.

D.ª Mª José Pérez Boillos. Jefe Servicio de Calidad y Seguridad de Pacientes. Dirección General de Innovación y Resultados en Salud. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Proyecto No Hacer.

D. Carmelo Villafranca Renes. Subdirector de Enfermería. HUBU. Burgos. Proyecto Flebitis Zero.

D. Juan Francisco Navarro Gracia. Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de Elche. Director Nacional Proyecto IQZ. Proyecto de Infección Quirúrgica Zero.

20:45hrs ACTO de BIENVENIDA.

JUEVES, 18 DE OCTUBRE

08:00 – 08.50hrs ENCUENTROS CON EXPERTOS.

Coordinadora: D. ª Marta Eva González. CAULE, Complejo Asistencial Universitario de León.

RUTA A: TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO.

ENCUENTRO CON EXPERTOS 1: RECETAS PARA CONSEGUIR BUENOS RESULTADOS. *SALA: 4.5*
Experto:
D.ª Candela Calle Rodríguez. Ex-gerente ICS y Actual Directora del ICO.

ENCUENTRO CON EXPERTOS 2: GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ORGANIZACIONES NO SANITARIAS. *SALA: 4.7*
Expertos:
D. Miguel Ángel Ortiz de Valdivielso. Director Gerente del HUBU.
D. Alberto Gómez Barahona. Rector Universidad Isabel I de Castilla.

RUTA B: MÉTODOS Y RESULTADOS

ENCUENTRO CON EXPERTOS 3: RESPUESTA ANTE EVENTOS CENTINELA Y PROGRAMA DE APOYO A SEGUNDAS VÍCTIMAS. *SALA: 4.9*
Experto:
D. Pedro Ruíz. Coordinador Calidad Hospital 12 de Octubre. Madrid.

ENCUENTRO CON EXPERTOS 4: CUADRO DE MANDO INTEGRAL: UNA VENTANA A LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INTEGRAL DE LA ATENCIÓN SANITARIA ORIENTADO A RESULTADOS. EXPERIENCIA EN AP DE UNA COMUNIDAD. *SALA: 5.1*
Experto:
D.ª Elena Bartolomé Benito. Gerencia AP de Comunidad de Madrid.

09:00 – 09.50hrs ENCUENTROS CON EXPERTOS.

Coordinadora: D. ª Marta Eva González. CAULE, Complejo Asistencial Universitario de León.

RUTA B: MÉTODOS Y RESULTADOS.

ENCUENTRO CON EXPERTOS 5: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: EXPERIENCIA DE IMPLANTACION DEL CODIGO SEPSIS EN LA RED DE HOSPITALES DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD. *SALA: 4.5*
Expertos:
D.ª Mª Teresa Otero Barrós. Subdirección Xeral de Avaliación Asistencial e Garantías. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.
D. Pedro Alberto Rascado Sedes. L. E. Servicio de Medicina Intensiva. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela.

ENCUENTRO CON EXPERTOS PATROCINADO POR BECTON DICKINSON S.A.

ENCUENTRO CON EXPERTOS 6: EL FRAUDE EN LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS. PREDATORY JOURNALS. CHARLATANISMO EN ONCOLOGÍA. *SALA: 4.7*
Expertos:
D. Pedro David Delgado López. Servicio de Neurocirugía del HUBU. Burgos
D.ª Eva María Corrales García. Servicio de Oncología Radioterápica del HUBU. Burgos

ENCUENTRO CON EXPERTOS 8: ESTRATEGIAS MULTIMODALES EN LA IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS. ELEMENTOS FACILITADORES Y DIFICULTADES. *SALA: 5.1*

Experto:

D.ª Yolanda Agra Varela. Jefe del Área de Seguridad del Paciente. S. G. de Calidad y Cohesión. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

RUTA C: PERSONAS

ENCUENTRO CON EXPERTOS 7: DIAGNÓSTICO DEL CLIMA LABORAL Y ESTRATEGIAS DE CAMBIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ESPAÑA. *SALA: 4.9*

Experto:

D. ª Almudena García Benito. Supervisora Farmacia HUBU. Coordinadora de los estudios de clima laboral de la División de Enfermería HUBU.

08:00 – 10:00hrs DEFENSA COMUNICACIONES ORALES / EXPRÉS. *TODAS LAS SALAS*

10:00 – 11:00hrs MESAS TEMÁTICAS.

MESA TEMÁTICA A.2. - INNOVACIÓN E INTRODUCCIÓN NUEVAS TECNOLOGÍAS. *AUDITORIO*

Moderador:

D.ª Inés Gallego Camiña. Subdirectora de Innovación y Calidad de la OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES - OSAKIDETZA.

Ponentes:

INNOVACIÓN O TRANSFORMACIÓN, EN BUSCA DEL MODELO SANITARIO DEL FUTURO.

D.ª Eva Aurín Pardo. Jefe de Ehealth del Hospital Universitario Val d'Hebrón. Barcelona

QUO VADIS INNOVACIÓN: REALIDADES, POSIBLES Y PROBABLES.

D. Rodrigo Gomez. Dirección de Gestión del Conocimiento SERGAS.

NO SOMOS SILICON VALLEY.

D.ª Begoña Martínez Argüelles. Directora de Atención Sanitaria del Área V. Principado de Asturias.

MESA TEMÁTICA B.3.- MÉTODOS Y RESULTADOS DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA CLÍNICA: RESISTENCIAS. *SALA: ENSAYO*

Moderador:

D. José María Eiros Bouza. Catedrático-Jefe del Servicio de Microbiología. Facultad de Medicina. Hospital Universitario "Río Hortega". Valladolid.

RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS: UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR DESDE LA ESTRATEGIA ONE HEALTH.

Ponentes:

D. Rufino Álamo Sanz. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad Castilla y León.

D. ª Carmen Fariñas Álvarez. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

D. Antonio López Navas. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios.

MESA TEMÁTICA PATROCINADA POR MSD

MESA TEMÁTICA C.2. - PACIENTE ACTIVO. *SALA: 3.1*

Moderador:

D. Fernando Vázquez Valdés. Jefe de Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Central de Asturias. Catedrático de la Facultad de Medicina. Oviedo.

Ponentes:

¿CÓMO APORTAR VALOR A LAS INSTITUCIONES SANITARIAS?.

D.ª Delia Peñacoba Maestre. Co-coordinadora de la Escuela de Pacientes de Asturias. Principado de Asturias.

EMPODERAMIENTO Y TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS: ¿EN QUÉ PUNTO ESTAMOS?.

D. ª Paloma Amil Buján. Responsable Programa Paciente Experto Cataluña. Programa de prevención y atención a la cronicidad.

TOMA DE DECISIÓN COMPARTIDA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL.

D. Mario Alfredo Prieto Velasco. Nefrólogo. Jefe de Unidad del Hospital Universitario de León.

RUTA ASISTENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDIACA: PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE.

D.ª Mª Teresa San Saturnino. Presidenta de Cardioalianza.

MESA TEMÁTICA PATROCINADA POR NOVARTIS

MESA TEMÁTICA B.4. - EVALUACIÓN & ACREDITACIÓN. *SALA: 3.5*

Moderador:

D. Manuel Alcaraz. Presidente SOMUCA. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial.

Ponentes:

ACREDITACIÓN DE UNIDADES CLÍNICAS.

D.ª Gloria Sánchez Antolín. Servicio de Digestivo del Hospital "Rio Hortega". Valladolid.

INNOVACIÓN Y ACREDITACIÓN.

D. Ángel Lanuza Sanvicente. Director de iSalud en Indizen.

VALOR AÑADIDO DEL SELLO DE EXCELENCIA.

D. José Santos Salas Valién. Coordinador de Calidad del Complejo Asistencial Universitario de León.

SESIÓN TÉCNICA I.1: EL DOLOR COMO INDICADOR DE CALIDAD. *SALA: 4.1*

Moderador:

D. Francisco Javier Narbona Rodríguez. Responsable de la Unidad de Calidad, Formación y Procesos Asistenciales. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. Servicio Andaluz de Salud.

Ponentes:

NUEVOS INDICADORES DE DOLOR AGUDO. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL. SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR.

D. Juan P. Cajaraville. Vocal EFIC España – Sociedad Española del Dolor. Director UD HM Hospitales.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL DOLOR 2017 – 2020. CONSEJERÍA SANIDAD COMUNIDAD DE MADRID.

D. Alberto Pardo. Subdirector General de Calidad Asistencial. Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria

SESIÓN TÉCNICA PATROCINADA POR GRÜNENTHAL PHARMA

SESIÓN TÉCNICA I.2: CÓMO IMPLANTAR UN MODELO ASISTENCIAL INTEGRAL PARA ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS. *SALA: 4.3*

Moderador:

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

Ponentes:

D.ª Paloma Casado Durández. Subdirectora General de Calidad e Innovación en la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

D.ª Carina Escobar Manero. Secretaria General en la Asociación de Personas con Enfermedades Crónicas Inflamatorias Inmunomediadas – UNIMID.

D.ª Mª Dolores Martín Arranz. Jefa de Sección de Gastroenterología en el Hospital Universitario La Paz, Madrid.

D. Ángel Gil de Miguel. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos. Director de la Cátedra de Resultados en Salud URJC-AbbVie.

SESIÓN TÉCNICA PATROCINADA POR ABBVIE

11:00 – 11:30hrs PAUSA CAFÉ. *HALL PRINCIPAL PLANTA BAJA*

11:30 - 13:00hrs CONFERENCIA PLENARIA RUTA B.

CONFERENCIA PLENARIA II: "METODOS Y RESULTADOS". *AUDITORIO*

Moderador:

D. ª Susana Lorenzo Martínez. Jefe de Área de Calidad y Gestión de Pacientes. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Directora de Journal for Quality in Healthcare Research..

Ponentes:

D. Rafael Sánchez Herrero. Director General de Investigación, Innovación y Resultados en Salud. Servicio de Salud de Castilla y León

D. Enrique Bernal Delgado. Investigador Senior. Unidad de Investigación en Políticas y Servicios Sanitarios. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

D.ª Ana Isabel Fernández Castelló. Directora de Calidad y Riesgo Clínico de Bupa Europa y América Latina.

D. Óscar Moracho del Río. Director Gerente de Osasunbidea. Servicio Navarro de Salud.

13:00 – 14:00hrs SESIONES TÉCNICAS.

SESIÓN TÉCNICA I.3: LA EXPERIENCIA DE PACIENTE COMO PALANCA DE LA MEJORA CONTINUA. *SALA: ENSAYO*

Moderador:

D. Fernando Mugarza. Director de Desarrollo Corporativo de la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS).

Ponentes:

MEDIDA DE LA EXPERIENCIA DE PACIENTE: INDICADORES Y RESULTADOS EN SANIDAD PRIVADA.

D. Fernando Mugarza. Director de Desarrollo Corporativo de la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS).

EXPERIENCIA DE PACIENTE Y CULTURA DEL CAMBIO EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS.

D. Fernando Imbernon. Adjunto Dirección Territorial Centro Norte. Asisa.

EL PACIENTE EMPODERADO Y LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

D. José Luis Baquero. Vicepresidente del Foro Español de Pacientes.

SESIÓN TÉCNICA PATROCINADA POR IDIS

SESIÓN TÉCNICA I.4: PROYECTO DE INDICADORES DMT2 CENTRADOS EN LA PERSONA. *SALA: 3.1*

Moderador:

D. Jordi Domínguez. Responsable del Área Public Affairs y Acceso de Marketinred.

Ponentes:

D. Víctor Reyes. Presidente SADECA – Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.

D.ª Ana Miquel. Médico de Atención Primaria. Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria URJC.

D. Miguel Ángel Salinero. Subdirector de Investigación Sanitaria. Consejería de Sanidad de Madrid.

SESIÓN TÉCNICA PATROCINADA POR BOEHRINGER INGELHEIM

SESIÓN TÉCNICA I.5: BASES PARA LA ELABORACIÓN DE RUTAS ASISTENCIALES DE FIBRILACIÓN AURICULAR. *SALA: 3.5*

Moderador:

D. ª Inmaculada Mediavilla Herrera. Coordinadora de Calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Presidenta AMCA. Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

Ponentes:

D. ª Mª Mercedes Ortiz. Unidad de Calidad. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

D. ª Inmaculada Roldán. Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

D.ª Pilar Llamas. Hematología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

D.ª Isabel Egocheaga. Medicina de Familia. Centro de Salud Isla de Oza. Madrid.

SESIÓN TÉCNICA PATROCINADA POR ALIANZA BRISTOL MYERS SQUIBB-PFIZER

SESIÓN TÉCNICA I.6: CLAVES DE GESTIÓN PARA IMPLANTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. *SALA: 4.1*

Moderador:

D. Ángel Gil de Miguel. Director de la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Ponentes:

D. Antonio Zapatero Gaviría. Director Médico del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

D. Alberto Pardo Hernández. Subdirector General de Calidad Asistencial. Comunidad de Madrid.

SESIÓN TÉCNICA PATROCINADA POR CÁTEDRA INNOVACIÓN URJC – JANSSEN

SESIÓN TÉCNICA I.7: LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LAS MUTUAS DE TRABAJO. ENFOQUES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEJORA. *SALA: 4.3*

Ponentes:

PRESENTACIÓN: QUÉ HEMOS HECHO EN CALIDAD EN LAS MUTUAS.

D. José Joaquín Mira Solves. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

CULTURA DE SEGURIDAD: DECLARACIÓN Y DETECCIÓN DE ERRORES.

D. Manel Plana Almuni. MC MUTUAL.

ENFERMEDADES PROFESIONALES: CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA.

D. Manel Vázquez Quintas. ASEPEYO.

PARTICIPACIÓN DE USUARIOS EN LAS ACTUACIONES ASISTENCIALES.

D. Víctor Echenagusia Capelastegui. MUTUALIA.

PROTOCOLOS Y LIMITACIONES EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.

D. Federico Bárez Hernández. FREMAP.

DURACIÓN INCAPACIDAD TEMPORAL: CONCORDANCIA DE RESULTADOS.

D. Valentín Sanz Sanz. IBERMUTUAMUR.

CONCLUSIONES: NUEVOS DESARROLLOS DE LOS INSTRUMENTOS DE CALIDAD EN LAS MUTUAS.

D. Rafael Manzanera. MC MUTUAL.

SESIÓN TÉCNICA I.8: MEJORANDO LA CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y RESULTADOS EN SALUD EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. *SALA: 5.5*

Moderador:

D. Demetrio Sánchez Fuentes. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila.

Ponentes:

PROCESO ASISTENCIAL SIMPLIFICADO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

D. Domingo Marzal.

ABORDAJE INTEGRAL DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ESPAÑA: PASOS A SEGUIR Y FACTORES CRÍTICOS.

D. Rafael Hidalgo.

¿QUÉ APORTAN LOS ESTUDIOS EN VIDA REAL DE CARA A UNA MEJOR GESTIÓN DE ESTA PATOLOGÍA?.

D. Pedro Luis Sánchez.

SESIÓN TÉCNICA PATROCINADA POR ASTRAZENECA

14:00 – 15:30hrs ALMUERZO DE TRABAJO. *HALL TERCERA PLANTA*

15:30 – 16:00hrs ESPACIOS DE DISCUSION.

ESPACIO SECA.	SALA: ENSAYO
ESPACIO DOCENCIA.	SALA: 3.1
ESPACIO INVESTIGACION.	SALA: 3.5

16:00 - 17:30hrs CONFERENCIA PLENARIA RUTA C.

CONFERENCIA PLENARIA III: PERSONAS. *AUDITORIO*

Moderador:

D.ª Rosa Pla Mestre. Coordinadora de Calidad. Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañon. Madrid

Ponentes:

Profesional: D.ª Ana Herranz Alonso. Jefe de Sección del Servicio de Farmacia Hospital. Hospital General Universitario Gregorio Marañon. Madrid

Planificador: D. Andoni Arcelay. Director de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.

Gestor: D. Modoaldo Garrido. Director Gerente. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. Vicepresidente SEDISA.

17:30 – 18:30hrs MESAS TEMÁTICAS.

MESA TEMÁTICA C.3.- PERSONAS & PROFESIONALES. *SALA: ENSAYO*

GESTIÓN DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN. CLAVES, ITINERARIOS Y ALGUNOS CASOS DE ÉXITO.

Moderador:

D. ª Mª José Pérez Boillos. Jefe Servicio de Calidad y Seguridad de Pacientes. Dirección General de Innovación y Resultados en Salud. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Proyecto No Hacer.

Ponentes:

D.ª Inés Gallego Camiña. Subdirectora de Innovación y Calidad de la OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES – OSAKIDETZA

D.ª Miren Fernández Mujika. Directora Desarrollo de Personas. Mutualia.

D. Miguel Ángel Mañez. Director de Gestión y RRHH del Complejo Hospitalario de Toledo.

MESA TEMÁTICA A.3. - TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO. *AUDITORIO*

ORGANIZACIONES INTEGRADAS Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

Moderador:

D. José Ángel Maderuelo Fernández. Responsable de Calidad y Seguridad del Paciente. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. SACYL.

Ponentes:

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD EN OSAKIDETZA. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS.

D. Jon Guajardo. Director Gerente de la OSI de Barrualde – Galdako. Osakidetza.

EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE SORIA. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DESDE UNA PERSPECTIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

D. José Mª Sierra Manzano. Subdirector de Calidad y Seguridad del Paciente de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

MODELOS DE ORGANIZACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL. UNA PERSPECTIVA CRÍTICA.

D. José R. Repullo. Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad y Director Técnico de la Fundación de Formación de la OMC.

MESA TEMÁTICA B.5. - SIS & BIG DATA. *SALA: 3.5*

Moderador:

D. ª Reyes Álvarez-Ossorio. Directora Gerente de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ponentes:

D. Manuel Rodríguez Maresca. Director Científico del Biobanco de Andalucía.

D. Jesús María Hernández Rivas. Proyecto Europeo HARMONY. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

D. Bernardo Valdivieso Martínez. Director del Area de Planificación. Director del Área de Atención Domiciliaria y Telemedicina. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

MESA TEMÁTICA C.4. - COMUNICACIÓN INTRA Y EXTRAORGANIZACIÓN. *SALA: 3.1*

Moderador:

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

Ponentes:

HERRAMIENTAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN.

D. Florent Amion. Director de Vygon en España. Fundación Hospital Optimista.

D. Joan Carles March. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

D. ª Mónica Lalanda. Médico de Urgencias. Ilustradora.

18:30 – 20:00hrs DEFENSA COMUNICACIONES ORALES / EXPRÉS. *TODAS LAS SALAS*

20:00hrs ASAMBLEA SECA. *AUDITORIO*

21:30hrs CENA DE CLAUSURA.

VIERNES, 19 DE OCTUBRE

09:00 – 11:00hrs DEFENSA COMUNICACIONES ORALES / EXPRÉS. *TODAS LAS SALAS*

11:00 – 12:30hrs MESA MEJORES COMUNICACIONES. *AUDITORIO*

Ponentes:

"BRONQUIOLITIS, MENOS ES MAS": CICLO DE MEJORA DEL PROCESO.

D.ª Marta Montejo Fernández. Osi Barakaldo-Sestao Osakidetza.

NUEVA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA FORMACIÓN CONTINUADA. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA APP DE FORMACIÓN.

D. Manuel Revuelta Zamorano. Hospital U. Puerta de Hierro Majadahonda.

EVALUACIÓN ECONÓMICA COSTE-UTILIDAD DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA 13-VALENTE EN MAYORES DE 65 AÑOS.

D. Miguel López Gobernado. Consejería de Sanidad Junta de Castilla y León.

MEDICIÓN DEL DOLOR GRACIAS A LA VISIÓN COMPUTACIONAL EN LAS EXPRESIONES FACIALES DE PACIENTES NO COMUNICADORES.

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

USO SECUNDARIO DE LOS DATOS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UCI.

D.ª María Bodí. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. IISPV. URV.

12:30 – 13:30hrs CONFERENCIA DE CLAUSURA. *AUDITORIO*

EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SU PARALELISMO CON LA EVOLUCIÓN HUMANA.

Ponente:

Profesor José María Bermúdez de Castro.

13:30 – 14.15hrs ACTO DE CLAUSURA. *AUDITORIO*

COMUNICACIONES

ID: 9

TÍTULO: LA FAMILIA, EJE PRINCIPAL DE NUESTRO EQUIPO. JUNTOS SUMAMOS MÁS

RESUMEN:
Enfrentarse al nacimiento de un hijo prematuro no es tarea fácil; los padres experimentan un proceso muy parecido al duelo. Cuando el bebé ingresa en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) se enfrentan a un ambiente extraño, ruidoso, con alto nivel tecnológico y un lenguaje que no les resulta familiar. Ocasionalmente pueden presentar cierta dificultad a la hora de establecer el vínculo paterno-filial, ya que los patrones de interacción normales se ven alterados.
Los profesionales de la UCIN hemos podido detectar de forma directa y a través de las vivencias que nos han transmitido los padres, la necesidad de disponer de herramientas y conocimientos adaptados para ayudarles a afrontar de forma positiva, el nacimiento prematuro de su hijo y las condiciones futuras que estos puedan presentar, planteando objetivos y actividades que ayuden a afrontar esta situación.

- Afianzar el circuito de acogida al ingreso de una gestante por amenaza de parto prematuro (APP) en la planta de hospitalización.
- Desarrollar un programa de talleres formativos para padres de niños ingresados en la UCIN.

Tras varias reuniones multidisciplinares con profesionales de enfermería y médicos llevamos a cabo un DAFO como herramienta de análisis de la situación actual con la que contábamos para poder llevar a cabo el proyecto. De allí surgieron debilidades y amenazas externas e internas que teníamos que analizar y solventar, ayudándonos de las fortalezas del equipo con la que contábamos, basándonos a su vez en el marco conceptual de los cuidados centrados en el desarrollo y la familia, especialmente en el modelo actualizado de Ficare que hace hincapié en la educación a los padres, y las oportunidades de desarrollo a nivel de servicio que se nos presentaban.
Detección precoz de casos de APP a través de reuniones perinatológicas para afianzar el circuito de acogida.
Adecuación del espacio físico para la realización de los talleres, de forma calendarizada, previa difusión con carteles informativos, organización de los profesionales docentes y del contenido de las sesiones; haciendo énfasis en la necesidad de apoyo emocional, de empoderación de los padres en los cuidados de sus hijos, de adquisición de conocimientos específicos para aumentar la seguridad de los cuidados.
Después de unos meses de la puesta en marcha hemos detectado una mayor implicación y participación de los padres en los cuidados del bebé, mayor confianza en los profesionales del servicio, mejora de su autoestima, aumento de su independencia en la realización de los cuidados, posibilidad de compartir experiencias y relacionarse con otros padres.
Observando la evolución y el seguimiento de este proyecto nos planteamos la realización de encuestas que nos proporcionen información adicional que permita llevar a cabo acciones de mejora relacionadas con las necesidades de los padres, planteándonos la posibilidad de ampliar estos talleres a nivel de otros procesos asistenciales pediátricos.

AUTORES: Rosa María Collado Cabezas[1]; Al Torras Cicero[2].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario General de Catalunya del Grupo Quirón Salud[1]; Hospital Universitario General de Catalunya[2].

ID: 10

TÍTULO: HUMANIZANDO LAS URGENCIAS. SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

RESUMEN:
La evaluación de la calidad de los servicios sanitarios se ha convertido en una tarea esencial de los sistemas de salud. Esta valoración se puede realizar a través de múltiples indicadores como la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.
El crecimiento de la demanda asistencial en los Servicios de Urgencias, ha situado a estas unidades como parte fundamental de las prestaciones sanitarias. Los profesionales de enfermería desarrollan su trabajo dentro de equipos multidisciplinares y la atención que llevan a cabo es parte fundamental del manejo clínico del paciente y contribuye de manera significativa en su satisfacción global. Los cuidados enfermeros deben responder tanto a necesidades físicas como psicológicas del paciente, prestando así atención tanto a cuestiones técnicas, como a aspectos emocionales.
Hablar de satisfacción de los usuarios de un sistema sanitario, supone acercarnos al concepto de calidad asistencial, ya que al evaluar la satisfacción, estamos evaluando la calidad del servicio prestado y comprobando el éxito de los profesionales a la hora de cumplir con sus expectativas.
Un cuidado humanizado y transpersonal influye positivamente en el grado de satisfacción de los pacientes. Por este motivo, la percepción de cuidado por parte de los usuarios y sus familias es fundamental para mejorar la calidad y el grado de satisfacción en el proceso de atención
Conocer la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en el servicio de urgencias de un hospital de primer nivel.
Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra de 384 pacientes a los que se les entrega una encuesta validada y adaptada para el territorio nacional.
Un porcentaje muy elevado (89%) de los encuestados está satisfecho con los cuidados de enfermería y con la competencia de los profesionales.
Teniendo como herramienta para puntuar la satisfacción una escala de 0 a 10, encontramos un 86% de los pacientes que puntúan la satisfacción de 8 en adelante.
Con respecto a la información proporcionada al paciente, el estudio revela que la satisfacción alcanza un 62%, que aunque se trata de una valoración positiva, consideramos supone un área de mejora.
La satisfacción se relaciona de forma directa con el tiempo de espera, tanto real como percibido, suponiendo una amenaza que influye negativamente en casi todas las variables estudiadas.
Los resultados obtenidos suponen un punto de partida que facilita el desarrollo de áreas de mejora y su seguimiento permitirá valorar tanto la efectividad de medidas implementadas como el cambio que se va produciendo en la percepción del servicio por parte de los usuarios.
Como propuestas de mejora planteamos, entre otras, mejorar la información prestada a los pacientes, favorecer la formación de los profesionales, modificar dinámicas de funcionamiento del servicio y favorecer la cobertura de personal; todo ello encaminado a la excelencia de los cuidados de enfermería.

AUTORES: Raquel González Diego[1]; A García Benito[2]; M García Martínez[3]; M Martínez Ramos[4]; J De Los Santos Izquierdo[5]; M López Rodríguez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos[1, 2, 3, 4, 5]; Gerencia de Atención Primaria de Burgos[6].

ID: 11

TÍTULO: ALERTAS INFORMÁTICAS PARA EL CONTROL DE MICROORGANISMOS RESISTENTES DE IDA Y VUELTA

RESUMEN:
Las infecciones por microorganismos multirresistentes (MMR) tienen un gran impacto en la atención sanitaria especializada, aumentando la mortalidad y los costes sanitarios asociados. El Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA), recibe la notificación de todos los cultivos microbiológicos positivos para los microorganismos multirresistentes, permitiendo la detección precoz y la implementación de las medidas de control necesarias, incluyendo alertas informáticas ante posibles reingresos.
Nos planteamos como objetivo valorar la utilidad de crear una alerta microbiológica en el sistema informático de gestión de pacientes (HP-His) establecido en nuestro centro, en el reingreso de pacientes infectados/colonizados por MMR.
Estudio retrospectivo de una muestra de las alertas epidemiológicas generadas en el programa informático HP-His del CAUSA, entre el año 2014 y 2017. Para cada uno de los casos que cumplen los criterios establecidos, se cumplimenta una ficha de seguimiento y se genera una alerta epidemiológica en el programa informático de admisión "HP-His", si el paciente está infectado/colonizado al alta, en previsión de posibles reingresos en nuestro centro. Las variables a estudio han sido: número de reingresos de pacientes con alerta, número de reingresos por año y tiempo medio desde la generación de alerta hasta el primer reingreso del paciente. Se realizó un análisis descriptivo de las variables con el programa SPSS 23.0.
El número de pacientes incluidos en el estudio con alerta epidemiológica para MMR generada entre 2014-2017 fue de 223. De estos, el 56,5% (n=126) presentó algún reingreso hospitalario, con una media por paciente de 2,5 reingresos. El tiempo medio desde la generación de la alerta epidemiológica hasta el momento del reingreso fue de 167 días (5,5 meses).

Los pacientes con infección/colonización al alta por MMR ven incrementado notablemente el riesgo de reingreso. El sistema informático de Alerta epidemiológica permite establecer las precauciones específicas de aislamiento de forma precoz para frenar su transmisión y potenciar la seguridad de los pacientes.

AUTORES: VÍCTOR QUIRÓS GONZÁLEZ; AM HARO PÉREZ; MM JIMÉNEZ RODRÍGUEZ; JL MENDOZA GARCÍA; A POSE ARUFE; MP RODRÍGUEZ PÉREZ.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario De Salamanca.

ID: 12

TÍTULO: EL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL USO DEL MEDICAMENTO: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA MEJORA

RESUMEN:
El Instituto para el Uso Seguro del Medicamento, delegación en España del ISMP (Institute for Safe Medication Practices) es una organización que tiene como objetivo promover la seguridad y mejorar la calidad en el proceso de uso de los medicamentos.
Los objetivos del ISMP para reducir los errores de medicación son:
- Transmitir a todos los profesionales sanitarios, organismos e instituciones implicados en el cuidado y la prevención de la salud, industria farmacéutica y a los propios pacientes la importancia clínica y la cultura profesional necesaria para reconocer y abordar el problema de los errores de medicación.
- Mantener un Programa de Notificación de Errores de Medicación, adherido al programa internacional, que recoja las comunicaciones y experiencias de los profesionales sanitarios y permita la evaluación conjunta de la información.
- Promover el desarrollo de estrategias y recomendaciones dirigidas a la prevención de los errores de medicación y a la reducción de los acontecimientos adversos a medicamentos.
El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales fue elaborado por el ISMP-España y un grupo de expertos de varios hospitales españoles, con el apoyo y financiación de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en el año 2007. Este cuestionario es una adaptación del Medication Safety Self-Assessment for hospitals del ISMP a las características de los sistemas de utilización de medicamentos de los hospitales españoles.
Se trata de una herramienta que sirve para que los hospitales evalúen, a nivel local, de forma completa y detallada la implantación de prácticas seguras del uso de medicamentos. Al mismo tiempo contribuye a familiarizar a los profesionales sanitarios con estas prácticas y permite identificar las áreas de riesgo para posteriormente establecer un programa de actuación y poder medir sus progresos
En nuestro centro, el cuestionario se realizó por primera vez el año 2012 y la puntuación fue 45,63%. Se implantaron unas serie de acciones de mejora entre las que se puede destacar una base de datos para evaluar los fármacos de nueva incorporación a la GFT o bien aquellos hayan sufrido modificación en la forma de presentación (por problemas desabastecimiento de fármacos, cambio de laboratorio, nuevos procedimientos de trabajo).Dos años después, se realizó el cuestionario y la puntuación global alcanzó el 53,97% con las mejoras implantadas y nos animó a proponer nuevas acciones de mejora. En el cuestionario de este año, la puntuación obtenida es de 61,43%. En general, las medidas implantadas de los cuestionarios de años anteriores están consolidadas tal como refleja la comparativa de los tres cuestionarios.
El cuestionario es un elemento clave en la mejora de la cultura de seguridad en el uso de medicamentos ya que nos permite revisar los puntos débiles y factores latentes de riesgo así como reforzar las acciones de prevención y minimización de riesgos.

AUTORES: Nadia El Hilali Maso; L Lucia Mata.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Sagrat Cor.

ID: 13

TÍTULO: CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD.

RESUMEN:
En la consulta se plantean situaciones que van a requerir de procedimientos quirúrgicos sencillos tanto para el diagnóstico como el tratamiento.
La Cirugía Menor se define como un conjunto de técnicas quirúrgicas sencillas, rápidas, bajo anestesia local y que interesan los tejidos superficiales. Su realización conlleva bajo riesgo y las complicaciones post quirúrgicas son mínimas.
Valorar la efectividad y seguridad del servicio de cirugía menor (CMA) de un Centro de Salud.
Hemos diseñado un estudio descriptivo retrospectivo. El periodo de evaluación comprende desde enero de 2011 hasta diciembre de 2017. Se han analizado variables descriptivas como la edad y el sexo, las complicaciones post operatorias, el tiempo de demora y el estado vacunal de los pacientes. Se ha comparado el diagnóstico previo respecto al de anatomía patológica.
RESULTADOS:
De un total de 1207 pacientes 52% fueron hombres con media de edad de 46 años.
Las lesiones epidérmicas (fibromas, queratosis seborreicas, verrugas) fueron las más prevalentes (43%). En segundo lugar las lesiones subdérmicas (lipomas, quistes sebáceos) 33%. La patología de las uñas significó un 7,9%.
La complicación más frecuente fue la infección de la herida 9 (0,7%). El tiempo medio de espera desde que se derivó al paciente hasta la intervención fue de 28 días, y desde la primera visita en CMA hasta la intervención fue de 13 días.
La concordancia entre el diagnóstico pre quirúrgico de la lesión con la confirmación anátomo patológica fue del 83%.
Se han derivado de los pacientes al segundo nivel asistencial en 20 (1,6%) ocasiones. Hemos analizado en anatomía patológica (AP) un 40% de las muestras.
Los pacientes que no se presentaron a la cirugía fueron 80 (6%). Un 80% de los pacientes estaban bien vacunados tétanos.

CONCLUSIONES:
Con la realización de CMA en nuestro centro disminuimos notablemente la lista de espera respecto al nivel hospitalario, así como el las derivaciones.
La baja frecuencia de complicaciones tanto quirúrgicas como en el post operatorio hace de la CMA en atención primaria una técnica muy segura y eficaz.
La concordancia entre el diagnóstico pre operatorio y la confirmación posterior ha sido satisfactoria.

AUTORES: Daniel García Tristante; M Jareño Sanz; D Torres Roca; Y Rodriguez Hernández.

CENTRO DE TRABAJO: CASAP Can Bou.

ID: 14

TÍTULO: PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

RESUMEN:
En Marzo del 2016 el Servicio de Medicina Interna del Hospital inició una colaboración con el Servicio de Promoción de la Salud (SPS) con el objetivo de que los pacientes crónicos del servicio fueran incluidos en el programa de seguimiento y educación por los enfermeros de SPS, vía telefónica y en su domicilio. Un año después de la puesta en marcha realizamos un análisis del resultado de esta colaboración evidenciando una reducción de los reingresos hospitalarios
Demostrar los beneficios en forma de reducción de reingresos hospitalarios, de una intervención educativa telefónica tras el alta hospitalaria en pacientes con enfermedades crónicas que son llevados en un servicio médico que trabaja con Guías asistenciales consensuadas y protocolos hospitalarios.
El Servicio de Medicina Interna del Hospital está formado por 6 profesionales médicos Internistas con el soporte de una enfermera. El objetivo de la medicina interna es la atención integral de los pacientes con problemas de salud en un hospital. Realiza la atención médica especializada desde la prevención, diagnóstico y tratamiento hasta los cuidados paliativos.
El servicio de Medicina trabaja con unas guías clínicas que se revisaron por todos los servicios del Hospital, participaron más de 70 profesionales, en 2015.
El Servicio de Promoción de la salud (SPS) es un servicio exclusivo formado por un completo equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos...) que atienden las necesidades de cada cliente en todos los momentos de su vida. El soporte se da vía telefónica y online las 24 horas, 365 días al año.
Para analizar el número de reingresos se utilizaron los resultados obtenidos de Iametrics. que permite analizar la gestión de estancias hospitalarias, estancias preoperatorias, gestión del potencial ambulatorio, mortalidad intrahospitalaria, complicaciones intrahospitalarias y readmisiones urgentes a 30 días
El programa de colaboración entre el servicio de Medicina Interna del Hospital y el Servicio de Promoción de la salud, mediante una intervención educativa a través de un seguimiento telefónico de pacientes crónicos tras el alta hospitalaria, ha reducido las readmisiones hospitalarias.

AUTORES: A Chimeno Casero; C Morcillo Serra.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital CIMA.

ID: 15

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA APLICANDO EL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS

RESUMEN:
La nueva Norma ISO 9001:2015 de Gestión de la Calidad incorpora a sus requisitos el abordaje de los riesgos. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es un instrumento analítico recomendado por el Institute of Medicine (IOM) y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), como procedimiento idóneo para lograr la seguridad en los procesos sanitarios. Es por ello, que la aplicación de un AMFE modificado fue la herramienta escogida por el Servicio de Farmacia (SF) para la gestión de sus riesgos en el marco de esta Norma ISO.
Analizar los resultados obtenidos tras la realización de un análisis de riesgos del Servicio de Farmacia mediante un AMFE modificado.
Para la identificación y análisis de los riesgos se empleó una tabla Excel basada en la metodología AMFE, donde se registraron los riesgos detectados a comienzos de 2018 por distintas fuentes de información: análisis del contexto, requisitos legales, necesidades y expectativas de las partes interesadas, aspectos ambientales y riesgos de los procesos. Se recogió su: origen, barreras existentes, impacto (escala 1-5), probabilidad (escala 1-5) y detectabilidad (escala 1-5). Con estas tres cifras, se calculó el "factor de riesgo" (FR) de cada uno y se le asignó un "nivel de riesgo" (75-100: muy alto; 25-74: alto; 5-24: medio; 1-4: bajo). Por último, se indicó si precisaban tratamiento o no. Fundamentalmente, se seleccionaron los riesgos con FR "muy alto" y "alto" para ser tratados y emprender acciones para abordarlos.
Se identificaron 59 riesgos: 5 procedentes del análisis del contexto, 2 de requisitos legales, uno de necesidades y expectativas de las partes interesadas, uno de aspectos ambientales y 50 de los procesos. Dentro de estos últimos, 14 riesgos eran relativos a la dispensación a pacientes hospitalizados (por stock y por sistemas automatizados en la unidad clínica); 9 a la Gestión Farmacoterapéutica; 8 a los procesos de elaboración (Formulación Magistral, Nutrición Parenteral y Farmacia Oncológica); 6 a la dispensación a pacientes externos; 5 al proceso de Atención Farmacéutica; 3 a la Docencia; 3 a la Gestión de Ensayos Clínicos y 2 al área de Hemofilia. Según su nivel de riesgo: uno (2%) fue de nivel "muy alto", 13 (22%) de nivel "alto", 42 (71%) de nivel "medio" y 3 (5%) de nivel "bajo". Para el abordaje de los riesgos "alto" y "muy alto" se abrieron 10 acciones. Para cada una se definió: causa, efectos esperados, medidas a tomar, responsable, plazo, recursos, fase de seguimiento y verificación de la eficacia. A los 3 meses, las 4 acciones programadas han sido efectivas y las 6 restantes (con plazos de 6, 9 ó 12 meses) se encuentran implantando mejoras.
Por tanto, la metodología AMFE modificada es una herramienta muy útil para gestionar los riesgos de un servicio de farmacia hospitalaria, así como, para el seguimiento de sus acciones de mejora. Su implantación ha sido fundamental para la adaptación del sistema de gestión de calidad a la Norma ISO 9001:2015.

AUTORES: Marta Moro Agud; C Jiménez Vicente; P Gabaldón Garnica; A Herrero Ambrosio.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario La Paz

ID: 16

TÍTULO: LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO COMO INDICADOR DE CALIDAD DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

RESUMEN:
El cliente interno es el receptor del trabajo de otra persona, sección o departamento dentro de una organización y a la que se deben satisfacer sus requerimientos. Las actividades de esta persona se ven afectadas por el entorno, la formación y las herramientas con las que trabaja. Si éstaso no son adecuadas el trabajador se sentirá probablemente insatisfecho, por lo que difícilmente proporcionará un servicio o producto de calidad, tanto a clientes internos como externos
El objetivo del estudio es conocer la percepción que tienen los facultativos de los Servicios de Medicina Interna y Urgencias, que se traduce generalmente en satisfacción o insatisfacción, en relación con la actividad asistencial solicitada al Servicio de Urología del Hospital General de Villalba. Dicha actividad es, generalmente interconsultas normales o urgentes de pacientes ingresados a cargo del Servicio de Medicina Interna o ingresados por Urgencias
Se ha aplicado una encuesta abierta y anónima dirigida a todos los profesionales de los Servicios de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General de Villalba. Para su diseño se han correlacionado las dimensiones de la Calidad y sus correspondientes atributos y estándares establecidos para la actividad asistencial desarrollada desde el Servicio de Urología. El formato de la encuesta desarrolla una primera sección de ambiente de trabajo; a continuación, preguntas específicas sobre los factores considerados; y, una última parte, para recoger comentarios por escrito de aquellos profesionales que deseen ser más explícitos en sus respuestas.
Resultados. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas cuyos resultados se expresan en frecuencias y/o porcentajes. Contestaron la encuesta 36 facultativos de los Servicios de Medicina Interna y Urgencias. La edad media fue 34 años, siendo el 66 % mujeres. Agrupando las variables el término de capacidad de respuesta, seguridad, empatía, aspectos tangibles y expectativas del servicio los resultados fueron sobre todo adecuados o muy adecuados. El mayor número de respuestas no adecuadas o muy adecuadas se obtuvo en el apartado de aspectos tangibles. En los aspectos más positivos se destaca la rapidez y disponibilidad en la respuesta a las interconsultas de los pacientes hospitalizados. El nivel de satisfacción global resulto adecuado o muy adecuado en el 66.7 y 30.6 %, respectivamente.

Conclusiones. La percepción global que tienen los Servicios de Medicina Interna y Urgencias es satisfactoria. Se han detectado mayores niveles de insatisfacción, posiblemente por desconocimiento, respecto a los recursos, instalaciones y posibilidades diagnósticas y terapéuticas. A tal efecto se han emprendido herramientas de mejora.

AUTORES: José Emilio Hernández Sánchez; L Rubio Cirilo; V García Rodríguez; L Alfaro Cadenas; C González Enguita.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Villalba.

ID: 17

TÍTULO: 'OVERUSE': USO EXCESIVO DE ANTIBIÓTICOS EN CIRUGÍA LIMPIA UROLÓGICA

RESUMEN:
El uso excesivo de antibióticos en los procedimientos en los que no está indicado puede contribuir a la aparición de resistencias bacterianas y de efectos secundarios, incurriendo en una disminución de la calidad y de la eficiencia. De acuerdo con el protocolo de profilaxis antibiótica de nuestro hospital, esta no se encuentra indicada en los procedimientos urológicos considerados como cirugía limpia.
El objetivo del estudio fue evaluar el exceso de utilización de antibióticos en la cirugía limpia tanto como profilaxis antibiótica preoperatoria y/o su mantenimiento posterior en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos urológicos.
Se realizó un estudio de cohortes prospectivo desde el 1 de Enero al 31 de diciembre de 2017. Se revisaron todas las cirugías limpias del aparato genital masculino. Se registraron variables referentes a los antibióticos utilizados: tipo de antibiótico, dosis y duración de la pauta.
Resultados. Se incluyeron 333 procedimientos limpios, el 88,3% clasificados como cirugía de patología del pene y el 11,7% cirugía testicular. El 90,9% de la cirugía testicular se realiza con ingreso, y en más del 80% de los casos de forma programada. Se utilizó una dosis de antibiótico profiláctico en 17 (5.1%)
procedimientos, siendo todos ellos cirugía testicular; la pauta antibiótica se mantuvo al menos 5 días en 8 de estos procedimientos. La cefuroxima fue el antibiótico más utilizado como profilaxis (82,3%), y también como mantenimiento (62,5%). No se encontraron diferencias en cuanto a la edad de los pacientes en los que se utilizó profilaxis de forma inadecuada, ni tampoco con relación a si la cirugía fue programada o urgente. Se encontró una asociación significativa en cuanto al exceso de utilización de antibióticos con la cirugía testicular y el hecho de ser con ingreso.

Conclusiones. Es importante que existan protocolos de profilaxis antibiótica, que sean difundidos y evaluados. Existen evidencias en cuanto a la ausencia de efectos beneficiosos del uso de antibióticos en cirugía limpia, independientemente de la localización y/o el hecho de que el paciente permanezca ingresado. Esta situación se corresponde con la variabilidad de práctica clínica no justificada que no se ajusta al protocolo de actuación.

AUTORES: José Emilio Hernández Sánchez; L Rubio Cirilo; R Alarcón Parra; L Alfaro Cadenas; C González Enguita.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Villalba.

ID: 18

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN EN LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA DE LA CIRUGÍA UROLÓGICA DEL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

RESUMEN:
La profilaxis antibiótica es la herramienta más adecuada para la prevención de la infección postquirúrgica. Es esencial la elaboración de protocolos, su difusión y la valoración periódica de la adecuación de la profilaxis en función de estos. Se ha evaluado el cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del Servicio de Urología del Hospital General de Villalba realizados en el bloque quirúrgico.
Se ha evaluado el cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del Servicio de Urología del Hospital General de Villalba realizados en el bloque quirúrgico.
Se realizó un estudio de cohortes prospectivo desde el 1 de Enero al 31 de diciembre de 2017. El estudio se dividió en dos fases separadas por una sesión monográfica. Se efectuó una primera evaluación de la adecuación con los procedimientos realizados desde enero a septiembre 2017. En el mes de octubre se impartió una sesión informativa en el Servicio de Urología. Se repitió la valoración con los procedimientos realizados en noviembre y diciembre 2017. Se evaluó el grado de cumplimiento de la profilaxis antibiótica y las causas de incumplimiento. Para la estimación de la adecuación se tuvieron en cuenta: indicación, elección del antibiótico, dosis administrada y el tiempo transcurrido desde la administración hasta el inicio del procedimiento.
Resultados. Se incluyeron 855 procedimientos quirúrgicos. La correcta indicación de profilaxis antibiótica se mantuvo por encima del 90 % antes y después de la herramienta de mejora. La elección del antibiótico (76.9 % VS 83.5 %) y la correcta dosificación (3 % VS al 100 %) experimentaron mejora tras la sesión explicativa. La administración dentro del periodo de tiempo recomendado hasta el inicio del procedimiento (30-60 minutos) se ha mantenido por debajo del 50 % en ambas fases. La adecuación global (asignando un punto por cada ítem adecuado: indicación, elección antibiótico, dosis administrada y tiempo de administración) mejoró ostensiblemente alcanzando 3 (58.2 %) y 4 puntos (40.3 %) en la mayoría de los procedimientos.

Conclusiones. La existencia de protocolos de profilaxis antibiótica no implica que se cumplan. Es esencial su difusión y la valoración periódica de su adecuación. El establecimiento de herramientas de mejora se ha mostrado como una estrategia eficaz.

AUTORES: José Emilio Hernández Sánchez; L Rubio Cirilo; N González Avila; L Alfaro Cadenas; C González Enguita.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Villalba.

ID: 19

TÍTULO: PROTOCOLO ANALGESIA POSTOPERATORIA A DOMICILIO EN PACIENTES INTERVENIDOS BAJO RÉGIMEN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

RESUMEN:
Establecer un sistema seguro y eficaz de administracion de analgésicos, antibioticos y profilaxis antitrombotica a domicilio en las primeros 48 horas del postoperatorio
Asegurar una pauta analgesica eficaz adecuada al nivel previsible de dolor en función de la cirugia realizada
Establecer una seguridad en cuanto a alergias conocidas y patologia concomitante del paciente
Facilitar al paciente la medicacion las primeras horas sin necesidad de acudir a la farmacia
Explicacion y comprensión adecuada de la pauta por parte del personal medico y de enfermeria
Se elaboraron 3 protocolos de analgesia en función del nivel previsible de dolor tras intervenciones programadas en régimen de cirugía mayor ambulatoria de todas las especialidades quirúrgicas (salvo oftalmología y cirugía pediátrica). En función de los protocolos, se elaboraron "bolsas de medicacion" que se entregaban al paciente al alta hospitalaria, en las que se incluían la siguiente medicación para las primeras 48 horas del postoperatorio:
- medicacion analgésica según protoloco, tanto la pauta como la medicacion de rescate
- profilaxis antitrombótica en las cirugías indicadas.
- Antibiótico en las cirugías indicadas
- Protección gástrica en los casos que estén indicados.

En estas bolsas se incluía a su vez, el informe médico correspondiente, las indicaciones de enfermería y, de manera escrita, en cada "blister", la hora de la administración de cada medicación para evitar confusiones.
A las 24 horas del alta hospitalaria, se realiza una llamada de control postoperatoria para evaluar nivel de dolor según escala numerica, asegurar toma de la medicación pautada y necesidad de rescates analgésicos.
En espera de obtener los primeros datos estadísticos concluyentes de esta actividad implementada en nuestro centro hace 2 meses, creemos que es una actividad prometedora en cuanto a eficacia y seguridad del control del dolor agudo postoperatorio de estos pacientes. De momento, con el análisis superficial de los datos de las llamadas de control a las 24 horas, estamos observando una mejoría en el nivel de dolor y una mejora en el cumplimiento terapeutico.

AUTORES: Amaya Alcojor De La Morena[1]; Ta Martinez Mejia[2]; A Mayor Cacho[3]; A García Hellin[4]; L Arias Sanz[5]; JL Perez Santar[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Infanta Elena, Valdemoro[1, 2, 3, 4, 5]; Hospital Sureste, Arganda Del Rey[6].

ID: 20

TÍTULO: BUSINESS INTELLIGENCE EN LA GESTION DE INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE REGISTROS ENFERMEROS

RESUMEN:
EL business intelligences (BI) es la herramienta que nos permite transformar los datos en información necesaria para la toma de decisiones. Sistema muy utilizado en el mundo de los negocios que se incorpora cada día más en las organizaciones sanitarias.
Para llegar a este paso en el ámbito de la seguridad del paciente es imprescindible la informatización de los cuidados enfermeros, en nuestro caso a través del programa Gacela©, puesto que buena parte de los indicadores de seguridad del paciente provienen de los registros de enfermería. El programa se instauró en el 2012 y desde entonces se ha hecho un seguimiento semestral del cumplimiento para llegar a un nivel óptimo de los registros, base imprescindible para obtener resultados fiables y eficaces para la toma de decisiones.
El sistema se ha formulado con el objetivo de ser útil en la gestión diaria de los mandos intermedios y, a la vez, disponer de resultados monitorizados de forma constante, de un paquete de indicadores que esperamos incrementar periódicamente.
Fortalecer la cultura orientada a la calidad seguridad del paciente a través de la implicación de los servicios con la incorporación de los resultados como indicadores de gestión diaria.
Disponer de una herramienta útil y ágil para la monitorización de indicadores de seguridad del paciente.
En 2017, se formó un grupo de trabajo formado por la responsable de metodología de enfermería, la coordinadora de calidad y seguridad del paciente, un profesional de informática de la institución y 2 informáticos de la empresa Oesia. En diferentes reuniones se fueron definiendo las propuestas de visualización, las fórmulas de los indicadores así como de donde debían extraerse los datos. Tuvimos disponible una plataforma para la realización de pruebas y, cuando se validaron los resultados se instauró, previa información de las supervisoras de las unidades implicadas. El trabajo previo con las supervisoras lo realizo la responsable de metodología de la dirección de enfermería.
Disponemos de 7 indicadores de Gestión diaria (Ingresos/traslados/altas; Pacientes en aislamiento; Pacientes con Barthel< 40; Motivo retirada de catéteres centrales; Pacientes con dolor>3; Caídas en las últimas 24h y Pacientes con úlceras por presión) que permite una visión general en las últimas 24h. Y de 6 consultas que permiten seleccionar el período de explotación de cada indicador de seguridad del paciente monitorizado: Úlceras por presión; Flebitis y extravasación de vías; Dolor; Valoración del riesgo de caída; Caídas, Registro de planes de cuidados y diagnósticos enfermeros.

AUTORES: Teodora Baeza Ransanz; T Segarra Perramon; MA Prat Santamaria.

CENTRO DE TRABAJO: Fundación Althaia de Manresa.

ID: 21

TÍTULO: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS REGISTROS EN LAS ESCALAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HCUVA

RESUMEN:
En las unidades de cuidados intensivos debido al alto grado de complejidad de los pacientes es necesario el cumplimiento estricto y medición de escalas validadas para de esta forma detectar problemas potenciales o reales en nuestros pacientes. Los equipos de enfermería somos los principales actores en el cuidado y valoración del paciente crítico. Un registro adecuado contribuye no solo a la calidad de los cuidados, si no que hace visible el trabajo que enfermería realiza y puede contribuir a desarrollar la disciplina enfermera y reforzar su rol indempendiente.

- Evaluar y mejorar los registros de cinco escalas utilizadas por enfermería para el cuidado del paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Se ha realizado un estudio cuasi-experimental (ciclo de mejora). Los pacientes incluidos en el estudio fueron los que se encontraban ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en los meses de Enero (primera evaluación) y Abril (segunda evaluzación) de 2018. Se definieron 5 criterios para su estudio, la Escala de BRADEM estará cumplimentada dentro de las primeras 24 horas tras el ingreso (C1), la Escala de Riesgo de Caídas estará completamente cumplimentada (C2), la Escala NEMS estará completamente cumplimentada (C3), La Escala de Sedación RASS estará cumplimentada (C4) y las Escalas del dolor EVA o ESCID estarán cumplimentadas (C5). La dimensión estudiada es la calidad científico-técnica. La fuente de datos son las gráficas electrónicas del paciente. El marco muestral fue de un mes y la muestra fue aleatoria de 60 pacientes, para ambas evaluaciones. Las medidas correctoras se basaron en sesiones clínicas de enfermería y cartelería con la información relativa a las escalas.

Se evaluaron 60 casos para cada una de las evaluaciones. El C1 tuvo una cumplimentación en la 1ª evaluación del 63,33%, siendo en la 2ª del 83,35%. El C2 tuvo una cumplimentación en la 1ª evaluación 41,66% pasando a tener en la 2ª evaluación un 75%. El C3 pasó de 71,66% en la 1ª evaluación a 91,66%. El C4 que en la 1ª evaluación tenía un 83,33% pasó en la 2ª a 95% y el C5 obtuvo un cumplimiento en la 1ª evaluación de 81,66% y en la 2ª evaluación de 96,66%. Las mejoras fueron estadísticamente significativas en todos los criterios.

Tras la aplicación de las medidas correctoras en nuestro ciclo de mejora, hemos conseguido mejorar el grado de cumplimentación de las escalas en la gráfica electrónica de enfermería y de esta forma aumentar la calidad de los cuidados ofrecidos por las enfermeras en nuesta UCI.

AUTORES: Manuel Baeza Mirete; ML Alcaraz Escribano; JE Martinez Abril.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

ID: 22

TÍTULO: MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
En España, el 1.7-2% de la población general y el 9-10% de los mayores de 65 años están en tratamiento con anticoagulantes orales. En nuestra Comunidad Autónoma, el 15% de los pacientes con algún anticoagulante oral utilizan anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), con una tendencia claramente ascendente.
En Atención Primaria (AP), la indicación financiada para su uso es la prevención del ictus y embolia sistémica en fibrilación auricular no valvular (FANV). La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente, con una prevalencia estimada del 8.5% en población mayor de 60 años.
Los problemas de seguridad de los ACOD detectados en diversos estudios se relacionan con dosis inadecuadas, mala adherencia, seguimiento inadecuado del paciente o con su retirada ante procedimientos invasivos.
El análisis en nuestro ámbito nos muestra que el 2.8% de los errores de medicación están relacionados con anticoagulantes orales (el 3% con daño), de los cuales el 25% son debidos al uso de ACOD. La etapa implicada con mayor frecuencia es la prescripción (6.25%), y la causa más frecuente la falta de cumplimiento del procedimiento de trabajo establecido (30%).
PRINCIPAL
Aumentar la seguridad en el control y seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD en AP.
ESPECÍFICOS
-Identificar los puntos críticos para la seguridad del paciente (SP) en el proceso de control y seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACOD en AP.
-Proponer medidas que reduzcan el riesgo en el control y seguimiento de estos pacientes.
-Elaborar un documento de recomendaciones dirigido a los profesionales de AP.
-Elaborar un protocolo de registro específico en la historia clínica electrónica (HCE) de AP.
Se constituye un grupo de mejora con profesionales de las UFGRS, profesionales asistenciales expertos y representantes de todas las partes implicadas de la organización.
Metodología de trabajo: grupo de discusión presencial.
Se completa la identificación de puntos críticos para la SP en el proceso de seguimiento y control de pacientes en tratamiento con ACOD:
-Valoración inicial: adherencia esperable, valoración de contraindicaciones, interacciones, función renal y hepática.
-Consulta de seguimiento enfermera: Información ofrecida, control de tensión arterial, valoración de adherencia y registro en HCE.
-Consulta de seguimiento médico: valoración de función renal y hepática, revisión de interacciones, reevaluar indicación de ACOD y resgistro en HCE.
Se proponen actividades para minimizar los riesgos y se nombran responsables para cada medida. Destaca el documento de apoyo para la enfermera con el contenido de la visita de seguimiento, el folleto de información al paciente, el documento con interacciones y ajuste de dosis de los ACOD o el algoritmo de manejo perioperatorio. Se elabora el documento de recomendaciones para profesionales y el protocolo de registro en la HCE.

AUTORES: María Dolores Conejos Miquel[1]; JM Izquierdo Palomares[2]; P Llamas Sillero[3]; MI Egocheaga Cabello[4]; C Villanueva Sanz[5]; M Casado López[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Área de Calidad y Seguridad del Paciente[1]; Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios[2]; Hospital Fundación Jiménez Díaz. Sº Hematología[3]; Gerencia Asistencial de Atención Primaria. CS Isla de Oza[4]; Gerencia Asistencial de Atención Primaria. CS Vicente Muzas[5]; Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Dirección Técnica de Sistemas de Información[6].

ID: 23

TÍTULO: ¿CÓMO HACER REALIDAD DE UN MODO PARTICIPATIVO LAS PRÁCTICAS DE NO HACER? EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

RESUMEN:
En nuestro país, el proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España" se inició en el mes de abril de 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Esta iniciativa surgió a partir de la proyecto Choosing Wisely impulsado por la ABIM. Habitualmente se conocen como recomendaciones de "no hacer".
Evaluar la aceptación por parte de los servicios clínicos de los objetivos de no hacer propuestos en el pacto de gestión.
Uno de los indicadores de la estrategia corporativa Caminando por la salud es el % de pactos de gestión con los servicios con indicadores de "no hacer". Se partía del 0% en 2015 y la meta es llegar al 90% en 2020.
Durante los años 2016 y 2017 se incorporó en los pactos de gestión de nuestro centro recomendaciones de "no hacer" en 45 servicios clínicos. Se presenta los resultados de la evaluación del año 2017.
Presentaron propuestas 40 de los 45 servicios. El 64% de las propuestas se relacionaron con recomendaciones de no hacer, el 5% de hacer más (implantar recomendaciones que no se realizaban en todos los pacientes que se podrían beneficiar de la misma) y el 31% de otras medidas (como por ejemplo unificar los criterios para la utilización de fibroscopios desechables). Las propuestas de no hacer se relacionaban con prescripción farmacológica e indicación de cirugía, radioterapia o pruebas de imagen. Algunos ejemplos fueron: no prescribir o retirar IBPs en pacientes sin factores de riesgo, o no solicitar TC cerebral en sordera brusca idiopática. Del total de propuestas, en 24 los servicios especificaron cómo medirlas y en 10 casos se integraron en los sistemas de información para que se pudieran analizar de forma automática. Se realizaron entrevistas con los servicios para obtener una valoración "cualitativa" de la iniciativa. Se conceptualizaron las dificultades en las siguientes 4 categorías: novedad de los objetivos propuestos (inexperiencia de los servicios), dificultad de incorporar a todos los miembros de un mismo servicio en la dinámica, las recomendaciones de las sociedades científicas poco clarificadores, y que los sistemas de información no siempre acompañan.
Tras el análisis se han realizado una serie de propuestas: insistir en la importancia de medir y evaluar, incorporar la evaluación individual donde sea posible, incorporar objetivos en relación con fármacos específicos por servicios y protocolizar el seguimiento de pacientes con finalidades preventivas.
Los resultados del análisis cualitativo y cuantitativo indican que las propuestas de no hacer han tenido una aceptación media entre los servicios implicados.

AUTORES: Isabel Rodrigo Rincón; I Gimena Ramos.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario De Navarra; Complejo Hospitalario De Navarra.

ID: 24

TÍTULO: PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN EL HOSPITAL SAN PEDRO.

RESUMEN:
Para lograr la sostenibilidad del SNS el gobierno aprobó el RD 16/2012 de medidas urgentes. Esto se tradujo en una disminución del gasto en sanidad, que según la OCDE, generó efectos sobre la salud que serán apreciados a largo plazo. Además, también provocó ajustes en plantillas, pérdida de poder adquisitivo y aumento de la jornada laboral.
Este estudio pretende conocer cómo han percibido esta situación los trabajadores del Hospital San Pedro, centro sanitario público de referencia en La Rioja.
Este trabajo quiere dar relevancia a las personas y aportar su visión sobre el tema. Se ha realizado un estudio cualitativo que muestra un punto de vista diferente sobre el impacto de la crisis. Se optó por la entrevista como alternativa a la encuesta para conocer las opiniones y matices de las personas.
Conocer la percepción de los trabajadores del Hospital San Pedro de La Rioja sobre el impacto de la crisis económica en el centro.
La investigación cualitativa ofrece una visión individual que acerca la realidad de forma holística. Se optó por entrevistas semiestructuradas para conocer la organización. Las entrevistas contaron con un guion de preguntas abiertas tomando como referencia los subcriterios del modelo EFQM relacionados con “Crear un futuro sostenible”.
Se seleccionó a conocedores expertos de la gestión de la organización que quisieron participar de forma voluntaria y anónima. Se entrevistó a personas de: dirección económica, dirección médica, dirección de enfermería, formación continuada, mantenimiento, admisión, atención sociosanitaria, hostelería, formación, médicos asistenciales y enfermería.
Se realizaron 11 entrevistas. A este número de entrevistados se llegó mediante saturación. Previa autorización las entrevistas fueron grabadas y transcritas. A partir de los textos se realizó el análisis del discurso. Se utilizó el programa Atlas Ti para analizar y profundizar en el conocimiento de la organización.
No existe unanimidad sobre la sostenibilidad de la organización. Para algunos, el centro no es sostenible y solo lo será en la medida en que la administración lo financie. Todo depende de la prioridad política. En los años de la crisis, priorizar el ahorro mejoró la eficiencia, pero provocó en las personas un sentimiento de falta de sensibilidad por parte del equipo directivo y falta de orgullo de pertenencia y mala percepción del propio centro.
Toda la organización reconoce al paciente como su principal cliente. Se prioriza lo asistencial sobre todo lo demás y existe la sensación de poco reconocimiento de la importancia de los procesos de apoyo. La percepción de la capacidad hostelera, de la actividad asistencial y de los cuidados dispensados es muy buena, aunque preocupa el aspecto económico.
Las personas perciben signos de cambio en la organización a partir de 2014. Esto coincide con la introducción en la organización de algunos ejemplos de buenas prácticas y una mejora de la comunicación desde la dirección.

AUTORES: Félix Rivera sanz[1]; I Santolalla Arnedo[2]; D Ibañez Gómez[3]; B Jodrá Esteban[4]; [5]; [6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Riojano de Salud[1]; Hospital San Pedro[2, 3]; Centro de Salud Espartero.

ID: 25

TÍTULO: ACREDITACIÓN DE CENTROS DE SALUD UNIVERSITARIOS, UNA REALIDAD

RESUMEN:
El Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, establece las bases generales del régimen de conciertos entre Universidades e Instituciones Sanitarias. Contempla criterios generales para la denominación de Hospitales y Centros de Salud (CS), como "Universitario" (U) o "Asociado a la Universidad" (AU). Este aspecto se ha desarrollado ampliamente en Hospitales. En 1986, el número de CS participantes en docencia universitaria era reducido, pero ha aumentado considerablemente desde entonces, sin que exista reconocimiento de denominación correspondiente. El carácter universitario, supone una cualidad, que aporta aspectos positivos al CS, a la población y a sus profesionales.
La participación de los CS en la formación teórico-práctica en diferentes grados, es muy variada, tanto por los distintos estudios en los que participa, como en el número de tutores de prácticas implicados en la misma. La Gerencia de Atención Primaria se planteó ofertar a los CS la posibilidad de ser denominados como U o AU, en base al cumplimiento de los criterios recogidos en la legislación.
Fue preciso: establecer criterios a cumplir para obtener el reconocimiento; elaborar procedimiento de acreditación; pilotarlo; analizar resultados; identificar aspectos de mejora; adecuar el procedimiento; difundir y abrir proceso de acreditación a todos los CS de la Comunidad Autónoma; valorar solicitudes recibidas; emitir propuesta de reconocimiento de CS para la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación; notificar y difundir el reconocimiento a los CS.
En 2016, se elaboraron los criterios de cumplimiento y el procedimiento de acreditación, que se plasmaron en el documentos de Solicitud y en la Guía para la Acreditación de los CS como U o AU, que recoge los requisitos establecidos para cada uno de ellos, contemplando: existencia de un reglamento de régimen interno, disposición de diferentes recursos materiales, infraestructura, modelo de historia clínica, recursos humanos de las diferentes categorías participantes en la tutorización de estudiantes y cartera de servicios ofrecida a la población, así como otras actividades docentes y de investigación. En el último trimestre de 2016 se realizó el pilotaje en 28 CS. En 2017, se ofertó a todos los CS de la Comunidad la posibilidad de solicitar el reconocimiento. De 262 CS, obtuvieron el reconocimiento como U 190 y como AU 62. 10 no obtuvieron reconocimiento. Los CS reconocidos han participado en la formación de 3.650 alumnos de 5 titulaciones distintas, provenientes de 15 Universidades. Dada la progresiva implicación de los profesionales de los CS en la formación de los estudios de grado, es necesario desarrollar estrategias que permitan acreditar en todas las Comunidades Autónomas a los CS, a modo y manera como están establecidos en los Hospitales desde hace años.

AUTORES: Mercedes Martínez Piédrola[1]; A López Romero[2]; M Sánchez Celaya[3]; A Pastor Rodriguez-Moñino[4]; E Moreno Alarcón[5]; Ja Moreno Cabrera[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Asistencial De Atención Primaria[1, 2, 3, 4, 5]; Subdirección General Formación Y Acreditación Docente Sanitaria[6].

ID: 26

TÍTULO: ¿SATISFECHO CON MI TRABAJO? ANALIZANDO EL CLIMA LABORAL EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

RESUMEN:
LA SATISFACCIÓN LABORAL constituye uno de los indicadores más clásicos para conocer la actitud de las personas hacia su vida laboral.Se puede definir como una actitud positiva individual hacia el trabajo; siendo este un elemento imprescindible en el proceso asistencial relacionado con la calidad de los servicios de salud. El clima, el ambiente y la satisfacción laboral son términos que también están íntimamente relacionados.
Las personas son el valor más importante con el que cuenta cualquier empresa. Un hecho ampliamente estudiado, es que disponer de personas motivadas y satisfechas con su trabajo y con la organización aumenta claramente su rendimiento y la calidad del servicio que prestan.
Niveles altos de satisfacción laboral permiten mejorar los procesos, fomentan el trabajo en equipo y aumentan la calidad de la atención de enfermería y el rendimiento de su productividad, así como la satisfacción de los usuarios. De ahí radica la importancia de monitorizar de forma periódica el clima laboral, como medio para detectar áreas de mejora y poder desarrollar acciones destinadas a solventarlas mejorando la calidad del servicio prestado. Fidelizando a los profesionales con la organización sanitaria en la que trabajan, se consigue transformar los hospitales en "hospitales magnéticos", que se caracterizan, porque sus profesionales sienten y valoran que trabajan en un excelente clima laboral y su trabajo les proporciona un alto grado de satisfacción que se ve reflejado en una mejora de la calidad asistencial.
Determinar el nivel de satisfacción laboral del personal dependiente de la Dirección de Enfermería
Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.
La población diana es de 1897 profesionales dependientes de la Dirección de Enfermería.
Muestra de 959 trabajadores de un Hospital de Primer Nivel.
Queda evidenciado que conocer el clima laboral de los trabajadores es una herramienta útil para la gestión.
A la vista de los resultados obtenidos en el estudio, debemos señalar que el nivel de satisfacción global es de 7, definido en el estudio como Alta Satisfacción.
Extrapolando otros resultados, se plantean las siguientes acciones de mejora:
-Favorecer turnos que faciliten compatibilizar la vida familiar y laboral.
-Igualar en derechos al personal del pool, asignándoles áreas concretas de trabajo y calendario con antelación mínima de 15 días.
-Establecer canales de comunicación eficaces dentro del equipo a través de reuniones periódicas, sistemas de notificación urgente, uso adecuado del correo corporativo…
-Poner en valor al equipo de enfermería por medio del diálogo, el respeto y la participación en la toma de decisiones.

Apuntar que los recursos humanos y más en concreto, el personal de Enfermería constituyen el principal y verdadero activo de un servicio de Salud, no sólo porque en sus manos está la toma de decisiones, sino también porque son quiénes generan el verdadero valor para los pacientes.

AUTORES: Pilar Bailo Castilla; S Gonzalez Hernando; A Garcia Benito; M Garcia Martinez; R Gonzalez Diego.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Burgos.

ID: 28

TÍTULO: VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL REGISTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN:
La demencia y con ello la enfermedad de Alzheimer que abarca hasta el 70% de las demencias, es uno de los mayores problemas de salud en los países desarrollados. Provoca dependencia, mala calidad de vida, institucionalización y mortalidad en alrededor de 36 millones de personas a nivel mundial, generando enormes costes sociales y económicos. La edad es el principal factor de riesgo de esta enfermedad y el envejecimiento de la población hace preveer que la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer al menos se triplique en los próximos 50 años. Su complejidad diagnóstica podría alterar la calidad del registro y es necesario que los registros y bases de datos de atención primaria sean de calidad, ya que son una oportunidad para su estudio. El primer paso es la validación de diagnósticos de Alzheimer registrados en la base de datos.
Determinar la calidad del registro del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer en la población general mayor de 18 años atendida por el Servicio de Atención Primaria de Salud de nuestra Comunidad Autónoma.
Se administró un cuestionario online a médicos/as de atención primaria para evaluar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer registrado en la historia clínica electrónica de sus pacientes.
Se realizó una estimación del Valor Predictivo Positivo (VPP) con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% según una distribución normal.
Lo estratificamos por sexo y por intervalo de edad.
Se invitó a 42 médicos, de los cuales participaron 25 (tasa de respuesta del 60%), quienes respondieron 137 cuestionarios.
De los 137 diagnósticos evaluados, 123 fueron considerados como verdaderos positivos y 14 como falsos positivos: 2 se clasificaron como no demencia, 5 no se pudo especificar el subtipo y los 7 restantes fueron otras demencias no Alzheimer. Se estimó el VPP en 89,8% (IC 95%=85,31-94,29).
En las mujeres se validaron 84 diagnósticos (de un total de 92) con un VPP del 91%. En los hombres se validaron 39 diagnósticos (de un total de 45) con un el VPP del 86,7%.
Para los menores de 80 años el VPP fue del 88% y para los de 80 años o más, el VPP fue del 92,5%.
A destacar la mayor severidad (moderada y grave) en mujeres y en menores de 80 años.
Los VPP estimados son ligeramente superiores a los observados en los registros electrónicos evaluados en estudios del Reino Unido, en los cuales el 79% de los casos de enfermedad de Alzheimer fueron confirmados por médicos de familia. También comparado con los resultados obtenidos en una revisión sistemática de 27 estudios realizada en 2018, que informó VPP superiores al 83% al identificar casos de demencia con datos de atención primaria.
La calidad del registro de diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer en atención primaria es buena, con unos valores de VPP alrededor del 90% y válida para su uso en investigación. Los resultados de este estudio son útiles para estudios de prevalencia, pudiendo ser la base para la planificación de recursos sanitarios.

AUTORES: Ester Fages Masmiquel[1]; A Ponjoan Thans[2]; J Garré-Olmo[3]; J Blanch[4]; M Garcia-Gil[5]; R Ramos Blanes[6].

CENTRO DE TRABAJO: ABS SARRIÀ DE TER[1]; IDIAP JORDI GOL[2, 3, 4, 5, 6].

ID: 29

TÍTULO: DALE VIDA A LOS LIBROS: HUMANIZANDO LAS ESPERAS DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS SANITARIOS

RESUMEN:
Haciéndolo coincidir con la celebración del Día del Libro, el 23 de abril de 2018, el Departamento de Salud de la Ribera habilitó puntos de intercambio de libros en 8 salas de espera del Hospital de Alzira y en 3 de los centros de Atención Primaria del Departamento de Salud de la Ribera.
El objetivo de esta acción ha sido doble: por una parte, dotar a las salas de espera, donde los pacientes suelen pasar mucho tiempo, de un medio de entretenimiento, con el fin de humanizar el trato que se les dispensa en los centros sanitarios; por otro lado, contribuir a fomentar la lectura entre los habitantes de los municipios que conforman el área de influencia del Departamento de Salud de la Ribera.
Se inició la acción con el reparto de un centenar de libros donados por el Servicio de Biblioteca del centro hospitalario.
Atendiendo a las diferentes características sociales de nuestro Departamento de Salud, conformado por grandes municipios conectados social y económicamente con Valencia, pero también por pequeños pueblos con una sociedad más endogámica y por zonas costeras con importantes grupos de población extranjera, los libros que se utilizaron estaban escritos en varios idiomas, principalmente en valenciano y castellano, pero también en inglés, francés y alemán.
Se utilizaron libros, además, que abordaban diferentes temáticas, desde novelas románticas y de suspense, hasta libros infantiles, pasando por biografías y ensayos, sin olvidar grandes títulos de la Literatura Universal.
Cada uno de los libros depositados en los puntos de intercambio llevaba una hoja informando de que se trataba de un libro liberado por el Departamento de Salud de la Ribera e instando a la persona que lo recogiera a llevárselo, leerlo y devolverlo a uno de los puntos habilitados, para su utilización por parte de otro usuario o, en su defecto, a dejar un libro propio en los puntos de intercambio.
Se llamó a esta acción 'Dale vida a los libros'.
La experiencia ha sido muy bien acogida por los usuarios de los centros en los que se habilitaron estos puntos de intercambio, lo que demuestra que se hacía necesaria una intervención de este tipo para aligerar las esperas de los pacientes en el Hospital de Alzira y los centros de salud escogidos para el desarrollo de la acción.
Dado el éxito de esta iniciativa y la respuesta positiva por parte de los usuarios, los puntos de intercambio habilitados se mantienen y se prevé ampliarlos a otros centros de Atención Primaria del Departamento de Salud.

AUTORES: Ana Belén Cruz Álvarez; JM De la Cámara De las Heras; R Miravalls Torres; C Ricart Dols; A Ruiz Ruiz.

CENTRO DE TRABAJO: Departamento de Salud de la Ribera

ID: 30

TÍTULO: ANALISIS DE LAS DERIVACIONES AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y OFTALMOLOGIA DESDE EL CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL MAR

RESUMEN: Las derivaciones a consulta de especialidades hospitalarias realizadas desde Atención Primaria, es uno de los objetivos establecidos en los Acuerdos de Gestión. Las tasas de derivación estandarizadas a partir de las cuales se establece la oferta del hospital a través de los Acuerdos Interniveles, podría parecer inadecuada , por lo que se hace necesario llevar a cabo un análisis de estas derivaciones. La especialidad cuyo Índice de derivación ha sido el más alto en la mayoría de las UGC del Distrito Almería durante 2016, es hematologia y oftalmologia. El resultado global de 2016 ha sido un I. de derivación de 2,10 en hematologia ,y 1.03 en oftalmologia con un total de 58 y 886 derivaciones respectivamente. Analizar la adecuación de las derivaciones realizadas desde las consultas de AP de la UGC Virgen del mar a la especialidad de hematologia y oftalmologia

- Describir el nº de derivaciones realizadas por medico de familia.
- Describir el perfil de los usuarios que se derivan
- Analizar la adecuación de las derivaciones según protocolo
- Describir los motivos de derivación

Estudio descriptivo observacional. Se han analizado un total de 51 pacientes derivados a hematologia y 180 a oftalmologia y que acudieron a la cita durante el año 2016. Los datos se extrajeron del modulo de citación de Diraya.

Las variables a estudiar fueron:

- Edad y sexo de los paciente
- Medico que realiza la derivación
- Motivo ydide la derivación
- Si cumple criterios de derivacion
- Si hay seguimiento o no por parte de este (en el caso de no haber seguimiento indicaría de forma indirecta que no ha precisado más estudios, por lo que probablemente la derivación no estaba indicada, pero si por el contrario , ha precisado de dos o más citas en esta consulta para ampliar las pruebas diagnosticas o exploraciones indicaría que la derivación era pertinente.
- Si desde el servicio de hematologia ha sido derivado a otra consulta de especialista.

Los datos se recogieron en una tabla Excel y se analizaron en R- Commander.

Dado que todas las variables son categóricas, se analizaron las frecuencias en valores absolutos y relativos.

1. MODALIDAD

Normal	165	92%
Preferente	15	8%

2. SEXO:

HOMBRE	77	42.78%
MUJER	103	57.22%

3. CUMPLE CRITERIOS DE DERIVACION: (ESPECIFICAR)

	Frecuencia	%
SI	169	94 %
NO	11	6 %

4. DIAGNOSTICOS DE DERIVACION

. Revisión AV: 70 (39%)

. Cataratas: 25 (14 %)

. Miodesopsias: 15 (8%)

5. DIAGNOSTICO OFTALMOLOGIA

Se diagnostican 43 cataratas de las cuales:

- 26 son quirúrgicas
- 17 no quirúrgicas (alta)

Se diagnostican 12 casos de glaucoma

6. SEGUIMIENTO / ALTAS

alta	Rev 2 años	si
93 (60%)	1	62 (39.74%)

TABLA VI . CUMPLE CRITERIOS DE DERIVACION

CUMPLE	VALOR ABS.	%
Si	43	84
No	8	22

TABLA VII . SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE HEMATOLOGIA

SEGUIMIENTO	VALOR ABS.	%
Si	40	78
No	11	22

AUTORES: Pilar Torres Alegre; M Cuenca Montero; C Quilez Garcia; C Romo Escassany; F Garcia Martinez.

CENTRO DE TRABAJO: Virgen del mar[1].

ID: 32

TÍTULO: ACREDITACIÓN DE HOSPITALES: COMPARACIÓN DE CUATRO MODELOS INTERNACIONALES

RESUMEN:
La acreditación de hospitales, es hoy por hoy un proceso voluntario por el que, un organismo independiente, valora y reconoce que una organización de salud cumple con estándares publicados, aplicables y preestablecidos. Se diferencia de un licenciamiento, donde la autoridad gubernamental otorga un permiso, exigido por ley y reglamentos. El aumento de hospitales acreditados que comenzó a principios de los años ochenta, justifica la investigación de los motivos para solicitar la acreditación, y los elementos que influyen en la dirección de hospitales a decidirse por un modelo en concreto.
Identificar elementos comunes y diferenciadores de sistemas de acreditación hospitalaria internacionales más importantes: Joint Comission International (JCI), la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), Acreditación Canadá Internacional (ACI) y Planetree. También para encontrar respuestas a ¿por qué? y ¿para qué? un hospital se acredita.
El método es de análisis, comprensión y reflexión, en busca de reconocer elementos comunes y diferenciadores en la normativa de los cuatro modelos de acreditación, que se presentan en sus manuales de estándares o criterios, libros y documentos. El material de comparación incluye también elementos históricos. Los modelos de la JCI y ACI, proponen una gestión de la calidad asistencial basada en el conocimiento de las ciencias de la salud. En este tipo de tradición la calidad de la asistencia sanitaria depende casi exclusivamente de las habilidades del profesional sanitario. Se evalúan resultados en salud y se indaga sobre prevenir malos resultados. El modelo EFQM, en cambio, conecta con una tradición de conocimiento basada en la ciencia de la administración y la gestión; se caracteriza por una marcada orientación hacia la excelencia por medio de la estrategia; su tradición pertenece a la gestión total de la calidad. La acreditación Planetree, enfatiza la perspectiva del paciente, denominada en su modelo como “atención centrada en la persona” donde destacan: la experiencia del paciente, las emociones, el compromiso, la empatía, la comunicación médico-paciente, la participación del paciente y la familia, la satisfacción de los colaboradores de servicios de salud. El por qué acreditarnos, encuentra razones en la necesidad de declaración y divulgación de propio hospital sobre su nivel de calidad y seguridad del paciente. El sometimiento voluntario del hospital a una acreditación es meritorio en cuanto que como “organismo ético”, se reconoce afectado por la inherente debilidad humana de posibilidad de error en su accionar. El para qué de las acreditaciones, está en que el hospital, como agente moral, busca ser un mejor hospital. Las acreditaciones son también una guía que soporta la capacidad de autogobierno y autodeterminación de los hospitales. Las acreditaciones se suman a los medios de lucha por la existencia del hospital en lo bueno, lo debido, y lo excelente.

AUTORES: Isabel Gómez de Soria; P León Sanz.

CENTRO DE TRABAJO: Universidad de Navarra - Facultad Medicina- Departamento Humanidades Biomédicas.

ID: 33

TÍTULO: GRUPOS DE TRABAJO DE DIRECCIÓN DE ENFERMERIA. JUNTOS, SUMAMOS.

RESUMEN:
El desarrollo de un proceso de mejora continua debe ser sostenido por un modelo de gestión que permita detectar, mejorar e implementar cada oportunidad. En base a ello, y atendiendo a la relación mejora continua-implicación de los profesionales, desde la Dirección de enfermería (DE) se ha puesto en marcha la dinámica de Grupos de trabajo (GT).
El objetivo principal de los GT es mejorar la calidad de los cuidados mediante la implicación de las personas en la mejora continua.
Objetivos secundarios:
Dar respuesta a las expectativas de los pacientes.
Apoyar las ideas.
Aprovechar la diversidad.
Compartir conocimiento.
Los GT constituyen un sistema participativo de gestión mediante el cual los profesionales que los integran identifican, analizan y plantean alternativas de solución a las áreas de mejora detectadas.
Desde la DE se lideran seis GT: Responsables de calidad, Alzheimer, Informes de cuidados de enfermería al alta (ICEA), Enfermería basada en la evidencia (EBE), Pie diabético y Formador de formadores en educación diabetológica.
Además, existen, a propuesta de las unidades, GT integrados por profesionales de las mismas que identifican un área de mejora concreta sobre la que plantean una alternativa de mejora detallada
Desde el año 2015 los Responsables de calidad participan activamente en la monitorización y consecución de objetivos, mejorando resultados de indicadores como la cumplimentación de ICEA pasando del 57% en 2014 al 96% en 2017.
El GT Alzheimer ha impartido actividades formativas, se ha reunido con familiares y pacientes, y ha colaborado con la Asociación Alzheimer compartiendo su experiencia en el espacio Neuroaula.
El GT EBE realiza una revisión bibliográfica anual y colabora con la Comisión de cuidados en la revisión y actualización de protocolos de cuidados de impacto en la Organización.
Con el objetivo de garantizar la accesibilidad y continuidad de los cuidados, hemos trabajado en coordinación con los profesionales de Atención primaria en tres GT, consiguiendo mejorar la calidad en la cumplimentación de los ICEA de un 61.4% en 2014 a un 79.4% en 2017, elaborando el Subproceso Cuidados del pie en el paciente con diabetes y organizando dos Jornadas sobre educación diabetológica.
Se han organizado reuniones “macro” de GT entendidas como espacio de encuentro y medio para compartir conocimiento, y se han llevado a cabo dos encuestas de satisfacción, en 2016 y 2018, con Índice de satisfacción de 4.24 y 4.4 (sobre 5), respectivamente.
El impulso de los GT, como herramientas en la gestión de la mejora, constituye una buena práctica con resultados positivos para la Organización ya que supone un reconocimiento para las personas, favorece su compromiso con los Pactos de objetivos, incrementa el sentido de pertenencia, aumenta la satisfacción y favorece la comunicación, todos ellos considerados aspectos fundamentales de nuestra estrategia.

AUTORES: Mª Begoña Castañeda García; S Freile García; A Sutil Sarmiento; Ma Fernández Gutierrez; H Lara Sánchez; B Abad Toral.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario De Leon.

ID: 36

TÍTULO: SISTEMA NOTIFICACION DE EVENTOS: ¿QUÉ INFORMACIÓN NOS OFRECE SOBRE LAS AREAS CLÍNICAS DONDE SE PRODUCEN?

RESUMEN:
En el Plan Estratégico 2018-2020, de nuestra organización, Mutua colaboradora con la S. Social, están identificados los valores elegidos y definidos por las personas que trabajan en ella. Uno de ellos es la Profesionalidad y dentro de la profesionalidad la calidad y seguridad de nuestros pacientes es prioritaria. 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.
El objetivo de este trabajo es 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.
Evaluamos los eventos notificados en el sistema, que se implantó hace 5 años. 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.
Desde la implantación del Sistema de Notificación de Incidentes en nuestra Mutua hasta la fecha actual ha habido un total de 163 notificaciones. De los cuales la Comisión permanente de la Unidad de Gestión de Riesgos desechó 23 ya que bien no se consideraron eventos de Seguridad de Pacientes o bien la propia notificación no contenía los datos básicos para su análisis, por tanto se analizaron 140. Se han implantado acciones correctivas en la mayoría de ellas salvo las ocurridas en este 2018 que todavía están en curso de análisis y evaluación. Las medidas barrera implantadas han sido eficaces excepto en un número muy reducido de eventos, debido a que precisaban de inversiones o de desarrollo informático, que no ha podido implantarse completamente a fecha actual. Las áreas asistenciales donde ocurrieron fueron: urgencias 19, quirófano 19, consultas 19, diagnóstico por imagen 7, hospitalización 24, rehabilitación-fisioterapia 40 y admisión-documentación clínica 12. Una vez realizado el análisis de incidentes por niveles asistenciales desde la implantación se observa que las áreas donde hay mayor número de notificaciones en los tres territorios son Fisioterapia y Hospitalización. Entre las notificaciones recibidas, destacan por su repetición las siguientes:(1)Incidentes en la prescripción o en la administración de la medicación (2)Accidentes / Caídas(3)Quemaduras y reacciones a vendajes (4)Accidentes biológicos sin profilaxis. En conclusión, consideramos que nuestro sistema de notificación forma parte del quehacer clínico diario de nuestros profesionales. Nos proporciona una información muy rica, que una vez analizada tiene dos consecuencias 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.

AUTORES: Cristina Marino Isidro; P Arrien Juaristi; L Sainz de Vicuña Bravo; MA Ulibarrena Sainz; G Lopez Rodriguez; V Echenagusia Capelastegui.

CENTRO DE TRABAJO: Mutualia

ID: 37

TÍTULO: INDICE NETO DE RECOMENDACIÓN: LA MEDIDA QUE INDICA SI REALMENTE LOS PACIENTES CREEN QUE SOMOS UNA ORGANIZACIÓN EXCELENTE

RESUMEN:
En la medicina actual, la eficiencia técnica es esencial, pero también debe ser entendida por el paciente como una asistencia de calidad. Nuestra organización, una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, tiene una política comprometida con la calidad asistencial y satisfacción del cliente. Durante más de diez años hemos estado desarrollando encuestas de satisfacción entre nuestros pacientes, lo que nos proporciona mucha información para que nuestros servicios se renueven y mejoren constantemente. Perseguimos que nuestros pacientes nos consideren una organización de referencia, a la que recomendarían para recibir tratamiento sanitario.
Mostrar la evolución de los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción de clientes a lo largo de los últimos 10 años, además de las distintas sistemáticas de medición empleadas.
El formato de las encuestas ha ido cambiando, del papel al actual en las tabletas de PC. Evaluamos la satisfacción general, así como varios elementos: capacidad de respuesta, calidad de la información, tratamiento humano e instalaciones. Desde hace 3 años, de forma complementaria, introducimos una nueva forma de evaluación de los resultados, que es el cálculo de los promotores (personas que nos puntuan con 9 o 10) y el Indice Neto de Promotores (que es el porcentaje de promotores menos el de detractores-aquellos que puntuan de 0 a 6-).
En 2017, tratamos a 42,300 pacientes, de los cuales 5,955 respondieron a la encuesta, lo que nos da un error de muestreo de 1,18. La puntuación promedio de satisfacción general fue de 8.52. Por servicios: en Urgencias y consultas fue 8.33, en Rehabilitación de 8.72 y en hospitalización de 9.17. Por aspectos evaluados, la puntuación fue de 8.7 en las instalaciones, 8.68 en el tratamiento, 8.45 en la información y 8.25 en el tiempo de espera. Todos ellos aumentan su nota con respecto a 2016 y frente a los años previos, lo que es mejor, el índice neto de pacientes promotores también aumenta cada año, siendo 42.05% en 2015, 47.34% en 2016 y 48.45% en 2017. Además, a través de la tableta-PC recibimos 1190 comentarios; 120 quejas, 535 aspectos de mejora, 535 reconocimientos escritos. Conclusión: las encuestas de satisfacción son una herramienta que le permite al paciente expresar su opinión y nos ayuda a detectar áreas de mejora para brindar un cuidado de la salud de mayor calidad en todo momento. Nuestros resultados muestran que cada año nuestros pacientes están más satisfechos con la atención médica que les brindamos y el compromiso de nuestra Mutua con la calidad y que cada vez más, recomendaría a otras personas recibir asistencia sanitaria en nuestra organización.

AUTORES: MIGUEL ULIBARRENA SAINZ[1]; J Rodriguez Santurde[2]; MP Diez Mora[3]; V Echenagusia Capelastegui[4]; S Urrutia Garcia[5]; B Herrero de la PArte[6].

CENTRO DE TRABAJO: Mutualia[1, 2, 3, 4, 5]; Universidad del PAís Vasco[6].

ID: 38

TÍTULO: APRENDER JUGANDO: CONCURSO DE VÍDEOS

RESUMEN:
Fieles a nuestra filosofía de "aprender jugando", este año el Concurso de la Seguridad de los Pacientes consistió en la presentación de vídeos basados en el título del concurso con la idea de reforzar la implantación en todo el hospital de dicha cultura

1) Cuantificar la presentación de vídeos de los Servicios directos y de apoyo
2) Evaluar la calidad de los vídeos presentados

El Concurso sobre la Seguridad de los Pacientes que el Núcleo de Seguridad lleva a cabo habitualmente en primavera, se incluyó este año como una de las acciones que formaron parte de la Campaña sobre Seguridad de los Pacientes realizada durante el mes de Abril.
Una de las razones para que fuese una más de las actividades de dicha Campaña fue que nos permitiera observar si el concepto de la "Seguridad de los Pacientes" iba integrándose en los profesionales de los distintos servicios.
En los concursos anteriores en cada una de las entregas/propuestas semanales o quincenales, las frases o pictogramas iban acompañados de un escrito en el cual se daban "pistas" a los participantes para que pudiesen dar/acertar la respuesta correcta. En esta ocasión se anunció, como siempre, el Concurso en la Intranet y algunos póster pero a diferencia de ediciones anteriores sólo se anunciaban las bases del concurso, fecha de apertura y finalización, forma de presentación del vídeo y los premios. No contenía "pistas" puesto que se consideró que éstas debían encontrarlas, verlas, en los póster de las paredes, el salvapantallas elaborado e incorporado en todos los ordenadores del Centro, en el díptico y en los talleres formativos entre otras acciones. Al igual que en otras ocasiones se hizo un recordatorio 15 días antes de finalizar el plazo.
Los vídeos fueron enumerados cronológicamente y evaluados según las bases.
Los premios eran tres de ámbito distinto: familiar, de aventura y cultura, concretamente fueron: un fin de semana a Port Aventura, un vuelo en avioneta de 30' y un abono al Teatre Lliure.
Podían tomar parte en el Concurso todos los profesionales: sanitarios y no sanitarios a excepción de los miembros del Núcleo de Seguridad.
Descriptivos: nº de vídeos presentados 8, referidos a: identificación inequívoca de los pacientes 5, higiene de manos 2 y uno a la prevención de caídas.
1) Participación:
-Servicios directos: cuatro del Departamento de Enfermería
-Servicios de Apoyo: uno por parte de los siguientes servicios Documentación Médica, Farmacia, Laboratorio de Reproducción Asistida y Mantenimiento.
2) El primer premio fue para la prevención de caídas, el 2º la Historia Clínica bien identificada y el 3º para la "Invasión silenciosa" realizado por el
Servicio de Mantenimiento referido a la higiene de manos
Conclusión
Creemos acertada la apuesta por la línea lúdica para la implantación de la Cultura de la Seguridad de los Pacientes pues lo avala la mayoría y diversidad de la participación de los Servicios de Apoyo.

AUTORES: Pilar Baxarias Gascon; L López Duesa; R López Martínez; A Mata Vila; D Ávila Alcánatara; A Palomino Martínez.

CENTRO DE TRABAJO: Fundación Puigvert.

ID: 39

TÍTULO: LA CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES AUMENTA ENTRE EL PERSONAL SANITARIO DE NUESTRA ORGANIZACIÓN

RESUMEN:
Durante más de diez años, nuestra Mutua ha desarrollado estrategias para mejorar seguridad del paciente. Un pilar básico de la seguridad clínica es la conciencia de los profesionales, si la cultura de seguridad es alto, esa organización tendrá menos errores. PAra conocer esta cultura y el grado de implicación tenemos una herramienta de encuesta validada en nuestro país por el Ministerio de Sanidad y la U. de Murcia. que empleamos en 2009 en nuestra organización, y que volvimos a utilizar en 2017, para comparar la evolución.
Este trabajo muestra cómo está la cultura de seguridad en nuestra organización, tanto a nivel hospitalario como en centros asistenciales, en dos períodos distintos, correspondientes a los años 2009 y 2017 y los pone en relación con los obtenidos por otras organizaciones.
La American Health Researh Quality desarrolló una herramienta útil para medir el grado de cultura de seguridad en una organización de salud que posteriormente fue validada en España. Aplicamos esta encuesta voluntaria entre el personal sanitario de nuestra Mutua, en los años 2009 y 2017. Mostramos los resultados, comparándolos entre sí y con los obtenidos por los hospitales pequeños del Sistema Nacional de Salud en España (SNS) y en los Estados Unidos. Evaluamos el resultado global y por cada una de las 12 áreas que estudia. la puntuación global obtenida en 2017 fue de 8.1, significativamente más alto que en 2009 donde fue de 7.7 puntos y también mayor que la media de los hospitales del SNS que obtuvieron 7. Esta puntuación nos sitúa en situación de igualdad con la obtenida por los hospitales pequeños americanos (8.06 puntos). Una tendencia similar se puede ver en las 12 secciones que componen la encuesta. Por ejemplo: Notificación: 6.86 vs 5.3 (2009) / 5.1 (SNS) /6.2 en los Estados Unidos; seguridad percepción 6.5 vs 5.9 / 4.8 / 7.0; comunicación: 5.9 vs 5.4 / 5.0 / 6.3; comentarios 6.9 vs 5.6 / 4.8 / 6.4; sin castigo: 6.1 vs 6.0 / 5.1 / 4.7; Apoyo de gestión: 7.4 vs 6.5 / 3.3 / 7.6; Trabajo en equipo: 6.4 vs 5.7 / 4.4 / 6.3.
Conclusión: los resultados muestran que la de la seguridad de pacientes ha aumentado en nuestra organización desde 2009, siendo ahora similar a la obtenida por los hospitales pequeños americanos y significativamente más alto que el obtenido en los del SNS. Las principales fortalezas se encuentran en el apoyo de la gestión y el trabajo en equipo

AUTORES: MIGUEL ULIBARRENA SAINZ[1]; L Sainz de Vicuña[2]; I Garcia Alonso Montoya[3]; P Lledo Vicente[4]; M Gutierrez Pantiga[5]; J Oleaga Goya[6].

CENTRO DE TRABAJO: Mutualia[1, 2, 4, 5, 6]; Universidad del País Vasco[3].

ID: 40

TÍTULO: SIMULACIÓN EN SOPORTE VITAL AVANZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA. EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DESARROLLADO EN CENTROS DE SALUD.

RESUMEN:
La reanimación cardiopulmonar (RCP) inmediata puede doblar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR). Se ha realizado un adiestramiento de profesionales sanitarios en su lugar de trabajo, mediante la simulación en el manejo de situaciones relacionadas con patología tiempo dependiente y en condiciones de asistencia reales. La primera fase se centró en sanitarios de centros de Atención Primaria alejados de sus centros de referencia y fuera del alcance de ambulancias medicalizadas.

- Reconocer los signos inminentes de parada cardiorrespiratoria.
- Conocer el mecanismo de alerta a los sistemas de emergencia.
- Organizarse adecuadamente en un caso de PCR.
- Realizar maniobras de RCP de calidad objetivable.
- Conocer y manejar correctamente los recursos de cada centro.

Sesiones formativas de dos horas con dos casos clínicos moderados por un instructor y cuatro alumnos. Cada sesión tuvo una parte explicativa de la actividad y una parte práctica con simulación avanzada. Se buscó revisar los procedimientos e identificar puntos de mejora en condiciones semejantes a la práctica clínica. Se utilizaron simuladores Megacode Kelly + Simpad.

Primer caso, paciente con dolor torácico. Objetivos: a) reconocer adecuadamente un SCACEST e iniciar el tratamiento; b) iniciar la monitorización cardíaca y de constantes vitales; c) reconocer inmediatamente la PCR e iniciar de forma inmediata la RCP y desfibrilación precoz con criterios de calidad.

Segundo caso, paciente con palpitaciones. Objetivos: a) evaluación inicial correcta del paciente con taquicardia y detección precoz de signos adversos; b) reconocimiento de la PCR y rápida activación del equipo asistencial; c) inicio inmediato de RCP de calidad y monitorización del ritmo cardíaco; d) uso adecuado del desfibrilador y administración precoz de choque eléctrico (ritmos desfibrilables).

Al final de la sesión, el instructor realizó una evaluación grupal puntuando sobre 100 una serie de ítems previamente establecidos. Posteriormente se envió una encuesta de satisfacción a todos los participantes.

- Número de sesiones: 50. Número de centros de salud: 20 (agrupados en 6 áreas)
- Profesionales: convocados: 195; asistentes: 182 (asistencia, 93,33%)
- Médicos Familia: 94; Enfermería: 86; Matronas: 4; Pediatras: 11
- Instructores: 15 (061=11, Atención Primaria= 3, Hospital =1).
- Puntuación global: 1º caso= 75,16/100; 2º caso= 72,85/100.
- Encuesta de satisfacción: se envió a todos los participantes, con una tasa de respuesta del 42% y una puntuación de 4,74 sobre 5.

El programa de adiestramiento de profesionales sanitarios se basó en una simulación de los casos en el propio lugar de trabajo bajo una sistemática de trabajo en equipo, reparto de roles, comunicación con el grupo, el paciente y el entorno y adiestramiento en el proceso y en el uso de las habilidades necesarias. Los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios por lo que se extenderá el programa hasta cubrir el 100% del área sanitaria.

AUTORES: Gerardo Atienza Merino[1]; S Blanco Lobeiras[2]; L Sánchez Santos[3]; R Gomez Ruiz[4]; E Lopez-Pardo Pardo[5]; B Pais Iglesias[6].

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario De Santiago[1, 2, 6]; Urxencias Sanitarias 061[3]; Axencia Galega Para A Xestión Do Coñecemento En Saúde[4]; Complejo Hospitalario Universitario De Pontevedra[5].

ID: 42

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE VACUNACIÓN EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RESUMEN:
La morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles en pacientes trasplantados tiene una importancia crucial.
La vacunación del paciente en lista de espera hepática tiene mayor relevancia que en la población general, debido al riesgo incrementado de infecciones.
Evaluar el programa de vacunación de pacientes en lista de espera (LEQ-TH) y trasplantados hepáticos, que iniciaron su vacunación en 2016; y encontrar oportunidades de mejora.
Se realizó un estudio retrospectivo y transversal durante el año 2016.
La información fue recogida a partir de los formularios de vacunación, e historias de Diraya. Se distribuyeron en variables clínico-demográficas, programa de vacunación y vacunas.
Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas; y cuantitativas con la media y desviación estándar. El análisis de datos se realizó con SPSS Statistics 18.
La muestra constituída por 43 pacientes. Media de edad (55,32) ± 9,86 dt; varones (72,5%) y diagnóstico más frecuente cirrosis hepática no biliar. La duración del programa resultó inferior a los 9 meses (92%) de casos. Número de visitas inferior a 4 (47,5%) de casos.
-Coberturas vacunales: VNC conj 13 valente (100%), VNC 23 polisacárida (85%), la hepatitis B (60%) y con serología positiva (32,5%), hepatitis A (20%) y serología positiva (72,5%), Haemophilus influenzae b (97,5%) casos.
Conclusiones:
Las tasas globales de vacunación (75%), relativamente bajas. Las coberturas específicas: altas: VCN 13 conjugada (100%) y Hib (97,5%); coberturas bajas: VPN 23 polisacárida (85%), y relativamente bajas: hepatitis A y B (92,5%).
- Aportar información sobre la importancia de la protección vacunal y repetición de dosis para completar el protocolo en Trasplante hepático.
- Recordar la cita telefónicamente, por mensaje sms o whatsApp.
- Optimizar recursos, aunando el mayor número de vacunas en una misma visita.
- Incrementar la solicitud de marcadores serológicos.

AUTORES: Esther Cobos Gambero[1]; M Enríquez Maroto[2].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Dr Peset[1]; Hospital Universitario Virgen de las Nieves[2].

ID: 43

TÍTULO: PROPUESTA DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA PARA PACIENTES DURANTE EL CATETERISMO DERECHO

RESUMEN:
El entorno de la atención sanitaria actual por su complejidad y especialización combinado con los avances tecnológicos, los procesos y las interacciones humanas, ha supuesto una mayor probabilidad de riesgo de ocasionar eventos adversos y muchos de ellos son evitables.
La OMS para la seguridad del paciente (2008), lanzó la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ), como herramienta de mejora de seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones quirúrgicas innecesarias.
El cateterismo derecho, es una técnica invasiva, no exenta de complicaciones graves, sin embargo, cuando se realiza en centros experimentados, se asocia a bajas tasas de complicaciones y mortalidad. Dicha técnica, en nuestro centro, forma parte de la cartera de servicio de la Unidad de Anestesiología y Reanimación, se realiza en quirófano.
El equipo de trabajo, sensible a la cumplimentación del LVSQ, se adhirió a esta práctica desde su inicio. Las características de dichos pacientes hacen que el LVSQ actual no se adapte a este perfil de pacientes, de ahí la propuesta de una LVSQ para este tipo de procedimiento.
Garantizar unas prácticas seguras, en la realización del cateterismo derecho, así como mejorar la comunicación y el trabajo en equipo durante el periprocedimiento.
Grupo de trabajo con profesionales de anestesiología y enfermería, con experiencia en cateterismo derecho.
Identificación de aquellos controles de seguridad no incluidos en la LVSQ de la OMS.
Búsqueda en las principales bases de datos (Biblioteca Virtual SSPA). La pregunta que guió la búsqueda fue: ¿Qué procedimientos de seguridad se deben estandarizar para reducir las complicaciones en el cateterismo derecho?
Diseño del Checklist y revisión externa por profesionales que no habían participado en el proceso de elaboración y la Comisión de Calidad de la Unidad de Gestión Clínica.
Pilotaje del listado, sobre 10 pacientes, no se realizaron nuevas sugerencias, quedando aprobado para su implantación.
Difusión del Checklist, La evaluación se realizará al año de su implementación mediante auditorias.
La LVSQ específico, comprende un conjunto de controles de seguridad. Contempla los elementos de comprobación del LVSQ de la OMS, e incluye otros elementos de verificación, durante las 3 etapas: antes de entrar el paciente en quirófano (ecógrafo, fluoroscopia, protección radiológica, desfibrilador, material de estimulación externa, tratamiento con terapia antitrombótica, o presencia de marcapasos permanente del paciente); antes de iniciar el procedimiento (control en el uso de una técnica estéril); y antes de salir de quirófano (información escrita y verbal al paciente respecto a los autocuidados).
Conclusión: Implementar una LVSQ específica permitirá minimizar el riesgo de complicaciones, estandarizando los procedimientos de seguridad aceptados y creando repeticiones en el sistema, que permitan la captura del error humano, su análisis y mejoras que garanticen una práctica segura.

AUTORES: Ines María Sánchez Rey; MR Carrión Camacho; V Gaiteiro Ramírez De Verger; G Fernández-Nespral López.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ID: 44

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA ARTRITIS REUMATOIDE EN UN ÁREA SANITARIA

RESUMEN: La artritis reumatoide (AR) afecta al 0,5 % de la población española y su diagnóstico precoz es fundamental para el tratamiento y pronóstico. Se describe a continuación nuestro modelo de asistencia integral de la AR.

- Garantizar:

o una vía rápida de derivación de pacientes desde Atención Primaria con sospecha de enfermedad inflamatoria crónica articular a través de consulta electrónica.
o acceso rápido a la Unidad de Artritis Precoz, en un plazo inferior a 2 semanas.
o la administración precoz del tratamiento óptimo de forma eficiente y segura.
o una monitorización clínica de los pacientes.
o técnicas diagnósticas o terapéuticas por personal especializado.
o una adecuada educación del paciente y cuidadores.

Establecimiento de criterios de derivación al Servicio de Reumatología
Derivación del paciente a la Unidad de Artritis Precoz
•A través de consulta electrónica
•Contestación en plazo máximo de 7 días: resolución o derivación presencial
Consulta de Artritis Precoz
•Consulta presencial por reumatólogo con demora inferior a 2 semanas.
•Instauración de estrategia terapéutica, de acuerdo con las guías de práctica clínica, basada en la prescripción de fármacos modificadores de la enfermedad.
•Inicio del proceso educativo del paciente por parte de Enfermería.
•Seguimiento cada 4 semanas hasta conseguir remisión o, en su defecto, baja actividad (definida según los criterios DAS28 y EULAR).
•Inicio de terapia biológica
•Tras remisión o baja actividad de la AR, derivación a consulta ordinaria de Reumatología.
Pacientes en remisión o baja actividad
•Consulta médica de seguimiento de AR de frecuencia bimensual, por el mismo médico y con consulta de enfermería.
Pacientes con AR y necesidad de terapia biológica
•Hospital de Día (seguimiento de AR a tratamiento con terapia biológica). Actividades:
oVigilancia de síntomas físicos, toxicidad farmacológica y factores de comorbilidad
oManejo del impacto físico y psicológico mediante un programa de educación estructurado
oAnalítica de control.
oTest de actividad y valoración de capacidad funcional.
oIntegración de la información e indicación de pauta de tratamiento.

 Tiempo medio de espera en pacientes con AR: 3,67 días
 Eficiencia de la derivación de pacientes con AR: 68,53%
 Pacientes con AR a tratamiento con FME: 88,4%
 Pacientes con AR a tratamiento con terapia biológica: 11%
 Pacientes con AR en remisión completa (DAS28< 2,6): 70%
 Pacientes con AR de baja actividad (DAS28< 2,6): 80%
 Reacciones adversas a medicamentos: 0% para AR y 1,44% en total

El modelo integrado de atención a la AR (consulta electrónica, Unidad de Artritis Precoz y Hospital de Día monovalente) es un procedimiento asistencial altamente resolutivo que proporciona una vía rápida de acceso desde Atención Primaria, garantiza un diagnóstico y tratamiento precoces, optimiza recursos y mejora la continuidad de los procesos asistenciales.

AUTORES: GERARDO ATIENZA MERINO[1]; E PÉREZ PAMPÍN[2]; A MERA VARELA[3]; E LOPEZ-PARDO PARDO[4]; B PAIS IGLESIAS[5].

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario De Santiago[1, 2, 3, 5]; Complejo Hospitalario Universitario De Pontevedra[4]

ID: 45

TÍTULO: CUIDAMOS AL PACIENTE MAYOR HOSPITALIZADO

RESUMEN: El paciente mayor que ingresa en los hospitales tiene un riesgo mayor de sufrir deterioro físico , funcional y cognitivo. La población envejece, y las enfermedades se cronifican ; las personas viven más ,y con mas necesidades de cuidados . Esta situación hace imprescindible un cambio en el modelo de atención a nuestros pacientes, fundamentado en sus necesidades reales y en su seguridad. Los aspectos sociales son difíciles de cubrir debido a la gran demanda que se está generando, y por ello es importante evitar la pérdida de autonomía, en la medida de lo posible , y en su caso , formar al cuidador.

Mantener la situación funcional , cognitiva , previa al ingreso , en los pacientes mayores de 75 años que ingresan en el HGV ; mediante la reorganización de los servicios en torno a las necesidades de los pacientes y la segmentación de los pacientes en grupos con necesidades similares , con unos cuidados dirigidos a evitar la pérdida funcional .

Se ha puesto en marcha un programa especifico diseñado por enfermeras y geriatras.

Se desarrolla un plan de implantación y posteriormente actuación formando a todo el personal de enfermería y médico, además de celadores, técnicos y personal de apoyo.

Captación del paciente en la urgencia: mayores de 75 años con una puntuación de Barthel Basal (BB) entre 30 y 70 puntos (cabe destacar que es la situación previa a la llegada a urgencias).

Cuando ingresa el paciente se ubica en la misma planta (4 A), donde se agrupan , por necesidades y no por patologías.

Protocolizamos una serie de cuidados para todos estos pacientes, dirigidos a evitar el deterioro funcional y cognitivo.

Cuidados de enfermería centrados en el paciente mayor :

-Respeto del descanso nocturno.

-Adaptación de los horarios de medicación.

-Fomento de la movilidad en la hospitalización. Pulseras de actividad.

-Implicando a la familia/cuidador en el manejo del paciente aún hospitalizado

-Taller de cuidados, implicación de trabajador social

-Prevención de caídas, prótesis (gafas , audífonos..)

-Prevención de delirium en colaboración con la familia/cuidador, reorientando al paciente en tiempo y espacio cada vez que nos dirigimos a él. Hemos colocado relojes y calendarios en todas estas habitaciones.

Hemos comparado el 4 trimestre de 2017 ,donde no se había puesto en marcha el programa(N 107), con el primer trimestre de 2018 (N 163)

Los resultados obtenidos son:

- Se ha reducido la estancia media en el grupo de pacientes incluidos en el programa.Se reduce 1,2 días en promedio la EM en el grupo de pacientes incluidos en el programa, comparado con el grupo de pacientes identificados como frágiles sobre el que no se intervino.
- Se ha preservado la capacidad funcional y para las actividades de la vida diaria de los pacientes incluidos en el programa.

Pacientes incluidos en el programa mantienen al alta un Barthel similar al basal.

Pacientes antes del programa reducían 27 puntos (sobre 100) el Barthel durante la hospitalización.

AUTORES: Oscar Oliva Fernandez; S Gregorio Rivero; S Alonso Rodriguez; Ja Perez Romero; B San Juan Quiros; N Fernandez Blanco.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Villalba.

ID: 46

TÍTULO: MEDXAT, UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PENSADA POR Y PARA PROFESIONALES

RESUMEN:
En nuestro centro cuidamos la comunicación con el entorno, pero también con nuestros profesionales, parte fundamental de la institución. A parte de una cuidada comunicación interna a través de la intranet, hemos incorporado una nueva herramienta: MedXat, una aplicación que permite la comunicación y coordinación entre personal facultativo.
La finalidad de implementar esta aplicación, tanto para móvil como para ordenadores, es facilitar la comunicación entre profesionales, garantizando la seguridad y confidencialidad. Esta herramienta les permite comunicarse de forma rápida, como WhatsApp, pero garantizando la seguridad a través de una estricta política de LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos) para datos sensibles, como son los asistenciales.
En nuestro centro se creó una comisión de trabajo transversal, donde participaban profesionales del centro con el asesoramiento de un proveedor externo, para la co-creación de la herramienta y la definición de las necesidades de esta. Una vez MedXat estuvo listo para empezar su función, se inició el proceso de implantación en el centro hospitalario. Se hizo mediante la propia intranet del hospital, haciendo difusión con un comunicado interno, donde se especificaban las ventajas de esta nueva herramienta de comunicación y sus normas para un uso correcto, a parte de una difusión descendiente por parte de los mandos intermedios y los directivos a sus colaboradores.
Por otro lado, se hizo una política de participación de la aplicación para especificar las normas de uso de esta. Para inscribirse a MedXat los usuarios no tienen que dar su número de teléfono, como es el caso de otras herramientas de comunicación, sino que es a través del correo electrónico corporativo. En este aspecto también se prima la privacidad y la protección de los datos de los profesionales.
La puesta en marcha de MedXat es muy reciente (abril 2018), es por eso por lo que se están recogiendo los primeros resultados. Des de la fecha en que se puso a disposición de nuestro centro, MedXat ha registrado 176 usuarios verificados de los 816 que pueden tener acceso. De estos, 112 tienen la aplicación en sus dispositivos móviles.
Por otro lado, se han creado 219 chats, 52 grupos, con un total de 2.286 mensajes. Con esto se quiere educar al conjunto de profesionales para saber qué herramienta utilizar en según qué momento. El siguiente paso de MedXat es llegar a pacientes y familiares para seguir mejorando la comunicación con ellos.

AUTORES: Cristina Grané Palmerola; A Gross Zapata; L Terradellas Antoñanzas; A Jover Moreno.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Plató.

ID: 47

TÍTULO: MEDICIÓN DEL DOLOR GRACIAS A LA VISIÓN COMPUTACIONAL EN LAS EXPRESIONES FACIALES DE PACIENTES NO COMUNICADORES

RESUMEN:
Hasta ahora, para conocer el nivel de dolor y sufrimiento en pacientes sin capacidad de comunicación, como es el caso de aquellos que tienen demencia, discapacidades físicas, neonatos, intubados, en cuidados postoperatorios etc., se utilizan escalas normalizadas observacionales internacionales tipo Painad y Aminoff-MSSE, pero sus resultados son apreciaciones subjetivas. Una idea innovadora y disruptiva es utilizar el análisis automático de expresiones faciales a través de la visión computacional, para medir y evaluar el nivel de dolor forma objetiva.
1. Conocer el nivel de dolor objetivo en pacientes sin capacidad de comunicación 2. Crear una herramienta TIC (PainMED) que mediante visión artificial automatice la inferencia de un valor a la intensidad de dolor que sufre el paciente con problemas de comunicación 3. Conocer grado de concordancia entre el dolor subjetivo de los pacientes voluntarios y PainMED.
Tipo: Estudio prospectivo, multicéntrico para la valoración de la concordancia en la estimación de la intensidad del dolor entre la aplicación PainMED, la valoración subjetiva del paciente y la valoración profesional del clínico. Ámbito de estudio: Carácter multicéntrico en 2 hospitales, utilizando el índice de correlación intraclase (modelo de efectos mixtos) entre las evaluaciones subjetivas del paciente, las realizadas por PainMED y las realizadas por el clínico. Se considerará como estadísticamente significativo un valor de $p< 0,05$. Procedimiento: La expresión del dolor mediante la cara es universal, y a través de una cámara webcam se captan imágenes del paciente, y nos basaremos en la codificación FACS (Facial Action Coding System), que presenta todas las expresiones faciales en términos de 44 “Unidades de Acción”, que se manifiestan en 4 acciones asociadas al dolor en adultos y que son: Frente arrugada, órbita ocular parcialmente ocluida, parte superior del labio elevada / nariz arrugada y ojos parcialmente cerrados.
Tecnología aplicada: Algorritmos de reconocimientos faciales, que se agrupan en autocaras y grafos, a los que se le aplican redes neuronales y análisis de los neocognitrones de retina, se crean modelos de caras en 3D, verificadores tridimensionales unidos a las ontologías neurológicas, y se manifiestan todas ellas en Matrices transformacionales, al estilo del FaceSen, Spin OFF del MIT (Instituto Tecnológico de Massachusetts).
1. El grado de concordancia entre el dolor subjetivo de los pacientes voluntarios y PainMED de los 66 primeros pacientes analizados ha sido del 81%. 2. Se han generado 4.742 vectores de pares de puntos de dolor correspondientes a las imágenes con sus valores en la escala de dolor, y se han comparado con 9.407 vectores de pares de puntos 3. El Proyecto es generalizable y extrapolable a otros hospitales, centros de día, residencias, hogares, y nadie lo ha hecho antes a nivel internacional.

AUTORES: Rafael Sánchez Bernal[1]; R Hernandez Palacios[2]; U Lertxundi Etxeberria[3]; EM Bárez Hernández[4]; E De Miguel Aguirre[5]; MT Madrid Conde[6].

CENTRO DE TRABAJO: Red de Salud Mental de Álava[1, 2]; Red de Salud Mental de Álava[3, 5]; OSI Araba[4]; Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza[6].

ID: 48

TÍTULO: PROGRAMA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN RESIDENCIAS (PAPER) COMO UN EJEMPLO DE ÉXITO EN LA INTEGRACIÓN SOCIO-SANITARIA

RESUMEN:
Hasta ahora eran los pacientes con necesidad de atención psiquiátrica ingresados en una Residencia, acudían a los Centros de Salud Mental, y se decidió que lo idóneo era que fuesen los especialista en Salud Mental, Psiquiatra y la Enfermera, al lugar de residencia habitual de los pacientes, lo que era una acción concreta para potenciar el espacio socio-sanitario.

1. Prestar atención psiquiátrica a personas que viven en residencias geriátricas y garantizar una asistencia psiquiátrica de enlace.
2. Facilitar ingresos programados de pacientes de residencias en el hospital psiquiátrico, por descompensaciones hasta su estabilización.
3. Empoderar en manejos conductuales y psicológicos al personal de las residencias para mejorar la calidad de vida de sus residentes.
4. Desinstitucionalizar y seguir pacientes del HPA en residencias de la comunidad.
5. Servir de elemento descongestivo respecto a los requerimientos psiquiátricos puntualmente aumentados en los pacientes con enfermedad mental crónica y manejo ambulatorio.

Ámbito: Personas con patología mental, síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia, daño cerebral y discapacidad intelectual que viven en residencias. Población: 11 Residencias con 876 internos. Metodología: Existe un profesional referente en cada Residencia de su plantilla. Visitas programadas con carácter quincenal y mensual, y sistema de atención no presencial vía teléfono y email encriptado entre la residencia y el médico y la enfermera especialista. Formación: Se realiza 1 vez al año un curso de formación a personal de enfermería en manejo conductual.

1. Se han realizado 3.585 consultas desde el inicio del Programa, a un total de 693 pacientes, lo que representa haber visto al 79,10% del total de 876 personas ingresadas, 3038 en residencias, 525 no presenciales, y 22 entrevistas familiares. 2. Ha habido 31 ingresos y 4 reingresos. 3. Los diagnósticos más frecuentes han sido: Demencia: 28%, Esquizofrenia: 24%, Trastorno Depresivo: 21%, Síndrome Ansioso-Depresivo: 11%, Trastorno Bipolar: 4% y otros: 12%. 4. Ha bajado un 60% la derivación a intervención en crisis en los centros de salud mental. 5. La demora de la atención no presencial ha sido de 0,96 días, frente a los 22 días de demora habitual. 6. Se ha evitado prescribir fármacos que podrían ser inadecuados, ya que el manejo de la medicación psiquiátrica por los Médicos de Atención Primaria es la primera causa de derivación de interconsultas hacia la atención de salud mental. 7. La satisfacción ha sido del 96,68% en pacientes, 98,33 equipo de residencias y 100% del equipo del hospital psiquiátrico.

El Programa PAPER (Programa de Atención a Pacientes en Residencias) ha dado respuesta las expectativas y necesidades de los pacientes, sus familiares y sus cuidadores, y se ha convertido en un modelo de atención domiciliario integrado.

AUTORES: Rafael Sánchez Bernal; J Larumbe Ochoa; P Gonzalez Fontecha; E Ibarrola Molinuevo; V Ivanova Dimitrova; JL Deza Carrillo.

CENTRO DE TRABAJO: Red de Salud Mental de Álava.

ID: 49

TÍTULO: PASAR DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CASI RESIDENCIAL A UN HOSPITAL REHABILITADOR, BENEFICIANDO A PACIENTES Y TRABAJADORES

RESUMEN:
La rehabilitación psiquiátrica postula que el cerebro humano es capaz de experimentar cambios y asume que los pacientes pueden aprender nuevas conductas que les permitirán ganar autonomía funcional.
1º. Reconvertir un hospital psiquiátrico de media y larga estancia, casi residencial, en un hospital psiquiátrico rehabilitador 2º. Crear 3 nuevas Áreas de hospitalización: Área de Subagudos, Área de Rehabilitación Intensiva y Área de Rehabilitación Funcional 3º. Conseguir la remisión clínica sintomática y la prevención de recaídas en Subagudos 4º. Capacitar a los pacientes para que manejen su propia enfermedad y apoyarlos en sus necesidades para alcanzar sus objetivos vitales en Rehabilitación Intensiva. 5. Facilitar que utilicen sus capacidades en el mejor contexto social posible en el Área de Rehabilitación Funcional.
La Dirección del Hospital Psiquiátrico de Álava elaboró unas directrices fruto de una reflexión estratégica tras 8 reuniones; creó una Comisión Técnica y otra de Personal que a través de 16 reuniones coordinó 3 grupos de Trabajo, uno por cada una de las 3 nuevas Áreas del hospital, formados por personas que voluntariamente lo desearon y manifestaron deseo de implicarse (106 de 240, el 44,16% de toda la plantilla, que se reunieron 27 veces).
Cada uno de los 3 grupos ha propuesto los objetivos, criterios de ingreso y exclusión, el Plan Asistencial con programas de actividades de la vida diaria, psicoeducación, intervención con familias, ocio y tiempo libre, y un Plan Individualizado de Tratamiento, los recursos, criterios de derivación, y alta. Se están revisando todos los Protocolos y Documentos Asistenciales.
El compromiso y la motivación lo hemos hecho distribuyendo la plantilla en función del perfil de los pacientes, se ofreció voluntariamente a los psiquiatras y personal de enfermería que escogiesen el lugar donde les gustaría trabajar. En las distintas reuniones de equipo, comisiones y grupos de trabajo hacemos partícipes a los trabajadores de la estrategia de la RSMA, Todos los lunes hay reuniones de médicos con orden del día y actas, cada 4 semanas de supervisoras de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales.
1º. Existe 1 Plan Estratégico para 4 años en el conjunto del hospital, y 3 Planes funcionales para las nuevas Áreas Psiquiátricas de Subagudos, Rehabilitación Intensiva y Rehabilitación Funcional. 2º. El 99,13% de los trabajadores ha podido escoger destino, y habido 0 quejas y reclamaciones 3º. Se ha pasado de 7 Unidades de Hospitalización a 5. 4º. El nº de Altas ha subido el 14,53% 5º. La Estancia Media ha pasado de 341 días a 253 días 6º. El 92% de los profesionales valora positivamente la reconversión hospitalaria.

El liderazgo de la Dirección y la participación de los profesionales han permitido conseguir todos los objetivos establecidos.

AUTORES: Rafael Sánchez Bernal; E De Miguel Aguirre; F Murua Navarro; F Mosquera Ulloa; J Echegaray Atela; A Salinero Berasaluce.

CENTRO DE TRABAJO: Red de Salud Mental de Álava.

ID: 50

TÍTULO: GINCANA: JUGANDO PARA TRANSMITIR VALORES

RESUMEN:
Nuestra estrategia consiste en visualizar a los profesionales como eje principal de sus políticas, alineadas con la misión, visión y valores de la organización (1.solidaridad con las personas y entorno; 2.vocación de excelencia; 3.transparencia y compromiso ético; y 4.trato humano y personalizado). Una acción clave implantada en 2002 con la finalidad de incrementar la participación, implicación y motivación de los profesionales es la Jornada Estratégica que anualmente celebramos. En 2017, la XV edición de las Jornadas contó con el desarrollo de una Gincana, integrando distintas pruebas en nuestro barrio de referencia con el propósito de influir y motivar a los profesionales del Hospital.
La práctica de la gincana se desarrolló con el objetivo de fomentar el trabajo en equipo, potenciar la motivación, el liderazgo, incrementar la participación, fortalecer la implicación y comunicación entre profesionales.
La gincana se celebró en octubre de 2017 y se desarrolló en puntos clave del distrito donde se encuentra ubicado el hospital. Contó con la participación, como jugadores, de los profesionales del hospital; la Dirección del centro y el Grupo de Participación Ciudadana (integrado por asociaciones de comerciantes, vecinos, el Ayuntamiento y otras entidades que tienen relación con nuestro hospital) actuaron como dinamizadores en diferentes pruebas. Consistió en el desarrollo de 8 pruebas en las que participaron 200 profesionales, agrupados en 10 grupos. Cada grupo de 20 profesionales de diferentes unidades y servicios del hospital, creando grupos multidisciplinares con la finalidad de mejorar el clima laboral. Las pruebas hacían referencia valores y actitudes corporativas del Hospital y se desarrollaron en plazas, bibliotecas, jardines, mercados, centros cívicos y tiendas, que se sumaron a esta iniciativa para promover actividades y fomentar espíritu comunitario. Se incidió en la importancia del trabajo en equipo, trato entre profesionales y con la comunidad, mejora del clima laboral, la comunicación, etc. La gincana trataba sobre varios proyectos y buenas prácticas relacionados con el Hospital, 1)valores; 2)jornadas de salud en la calle; 3)diversidad e integración (2 personas del equipo una sentada en silla de ruedas la otra tenía que conducirla con los ojos vendados por circuito con obstáculos. Objetivo sensibilizar profesionales en integración, accesibilidad, reforzando trato adecuado y adaptado a cada persona; 4) Proyecto Ayuda Senegal y 5) promover el buen uso de las RRSS entre profesionales (difusión en redes con hashtags #JJEE2017 #Platóalbarri #gimcanaPlató
Índice de satisfacción absoluto y la celebración de la gincana ha permitido evidenciar el compromiso de nuestros profesionales hacia los valores y actitudes que el Hospital quiere transmitir, trabajo en equipo, trato entre profesionales sin olvidar nuestro principal objetivo que es mejorar la satisfacción de pacientes y familiares reforzando el trato adecuado y adaptado a cada persona.

AUTORES: Arantza Gross Zapata; C Grané Palmerola; L Terradellas Antoñanzas; A Jover Moreno.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Plató.

ID: 51

TÍTULO: PLAN DE MEJORA DEL DESCANSO Y CONFORT DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO HOSPITALIZADO

RESUMEN:
El sueño es un proceso fisiológico esencial, el cual está relacionado directamente con la calidad de vida. El abordaje usual de las alteraciones del sueño son durante la hospitalización el uso de fármacos, pero estos pueden presentar efectos secundarios, como es el uso de benzodiazepinas y la presencia de delírium en pacientes frágiles.
Evaluar el impacto de un Plan de mejora del descanso del paciente oncohematológico hospitalizado en el Institut Català d'Oncologia Badalona 2017-2018
Ámbito: Unidad de Hospitalización Oncohematológica del Institut Català d'Oncologia Badalona (Barcelona) durante 2017-2018. Unidad de 43 camas pluripatológicas (oncológica, hematológica, paliativos y Unidad de Trasplante Hematopoyético).
Diseño: Estudio mixto pre y post intervención, mediante una intervención de mejora basada en el método de acción investigación participante (IAP).
Muestra: 306 pacientes oncohematológicos hospitalizados (IC:95%; d=5%; p:50%). 153 pacientes para fase pre y post intervención de mejora.
Variables: Áreas de mejora identificadas mediante método Metaplan; grado de satisfacción del paciente, nº de quejas y reclamaciones acerca del entorno y datos sociodemográficos y de salud del paciente. Recogida mediante cuestionario adhoc autoadministrado con 7 preguntas cerradas de ponderación 0 a 10 y una pregunta abierta, previamente pilotado.
Análisis de datos descriptiva uni y bivariant mediante IBM SPSS V.24.0.
Resultados:
En la fase inicial preimplantació han sido incluidos 128 pacientes, de los cuales se han retirado 7 cuestionarios por una estancia inferior de 48 horas, realizando un análisis de 121 participantes. El 58,5% (69) son hombres y 41,5% (49) mujeres. La edad media se sitúa en 63,4 (11,9) años con una estancia media de 14,1 (13,5) días de hospitalización.
El 71,3% (82) de los pacientes refieren alteración del patrón del sueño, un 93,2% (109) de los pacientes presentaron interrupción del sueño durante la noche, sólo un 33,3% (40) refiere descansar entre 6 a 8 horas al día. La sensación de descanso es moderada, el 54,6% (65) toma medicación inductora del sueño frente el 45,4% (54) que no la precisa.
La puntuación global del sueño se sitúa en 6,7 (1,8) puntos.
Las causas que provoquen mayor alteración del sueño son (Arango 0 a 10): el dolor o malestar del paciente (4,36=9,55), las alarmas de los infusores (4,29=10,42) y la temperatura de la habitación (2,96=9,01), entre otras.
Conclusiones:
El paciente oncohematológico percibe como principal causa de alteración del descanso la presencia de dolor o malestar, así como el ruido generado por los dispositivos asociados al tratamiento terapéutico. Un mejor control simptomatológico y reducción de la complejidad del abordaje terapéutico puede favorecer el descanso y confort del paciente.
Las dinámicas de los profesionales han de ser ajustadas a los ritmos biológicos del paciente hospitalizado, favoreciendo el descanso y confort.

AUTORES: Sandra Cabrera Jaime; N Zarza Arnau; L Cabrera Jaime; V Gonzalo Bachiller; M Benitez Martin; N Tierno Sanchez.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Catala D'oncologia.

ID: 52

TÍTULO: LOS ESTUDIANTES COMO PARTE DE NUESTRO MODELO DE EXCELENCIA

RESUMEN:
En nuestro centro nos comprometemos con la formación de los futuros profesionales del ámbito sanitario. Acogemos estudiantes que realizan prácticas formativas y de perfeccionamiento profesional. Estas prácticas quedan reguladas por convenios de colaboración. Desde de la Unidad de Gestión del Conocimiento y Desarrollo del Profesional (UGCDP) cuidamos de manera especial la acogida y acompañamiento de todas aquellas personas que van a formar parte del grupo de profesionales de nuestro hospital. La existencia de un proceso organizado aporta beneficios tanto para el estudiante como para la institución en sí. Durante el tiempo que los estudiantes están en nuestro centro les transmitimos desde el ejemplo, los valores y actitudes positivas que reconocemos como institución. Estamos seguros que estos valores se proyectarán en nuestra sociedad y tendrán una repercusión positiva.
La docencia está estrechamente vinculada a los principios éticos e institucionales, y contemplada en el Plan Estratégico 2015-2020 de nuestro Hospital, dentro del objetivo operativo "Fomentar la cultura de la excelencia". Contribuimos en la formación y desarrollo integral de los estudiantes y les hacemos partícipes de nuestro proyecto sostenible de excelencia asistencial.
Objetivos:
-Sistematizar el proceso de incorporación de los estudiantes
-Favorecer la integración y adaptación del estudiante en el Hospital y equipo profesional
-Coordinar y hacer seguimiento de las prácticas con los profesores/as asociados de las Universidades y centros de estudios
-Establecer un sistema de evaluación de estudiantes y tutores para la mejora de los procesos de acogida y acompañamiento.
Nuestra prioridad son las PERSONAS y por esta razón ponemos nuestro empeño en hacer que la estancia de los estudiantes sea excelente. Realizamos una sesión de acogida en la que informamos a los estudiantes acerca de la institución, los principios básicos y valores y los proyectos que se llevan a cabo. Los presentamos a la Unidad asignada donde conocerán a sus tutores y profesores asociados, que serán los encargados de hacer el acompañamiento y pautar las actividades a realizar durante su estancia. Además, desde de la UGCDP mantenemos un contacto directo y permanente con los tutores, profesores asociados y estudiantes para la gestión de cualquier tema o incidencia que pueda surgir.
Los excelentes resultados obtenidos en los cuestionarios de satisfacción de los estudiantes, la mayoría de ellos superiores al 85%, nos confirman la importancia y calidad de nuestro protocolo de acogida y acompañamiento de los estudiantes durante las prácticas. A su vez nos permiten detectar aspectos susceptibles de mejora.El acompañamiento de los estudiantes por parte de los profesionales del centro ayuda a detectar prácticas, aptitudes y actitudes excelentes en los estudiantes. Esto ha propiciado la incorporación de estudiantes en prácticas a nuestro equipo de profesionales facilitando su transición de la universidad al mundo laboral.

AUTORES: Carlos Gómez Sánchez; E Segura Martinez; A Jover Moreno.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Plató.

ID: 53

TÍTULO: ABORDAJE DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LA MUJER EN UNA GERENCIA DE GESTIÓN INTEGRADA.

RESUMEN: La enfermedad cardiovascular (ECV) en la mujer presenta unas características especiales: mayor proporción de muerte, manifestaciones clínicas más tardías y mayor proporción de infarto en edades medias y jóvenes.
•Disminuir el sesgo de género existente en el infradiagnóstico e infratratamiento.
•Fomentar un cambio de actitud en los profesionales sanitarios en su identificación y abordaje.
•Disminuir la variabilidad en la atención, mejorar su ejecución y establecer precozmente un tratamiento eficiente.
•Mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.
•Aumentar el grado de satisfacción y de información y potenciar su participación en la toma de decisiones.
Prevención primaria de ECV y accesibilidad a la atención especializada
•Información sobre hábitos de vida saludable
•Estratificación del riesgo cardiovascular
•Existencia de consulta electrónica (e-consulta)
•Consultas de acto único con ecocardiografía, ergometría y Holter.
Fase de diagnóstico (Unidad de Dolor Torácico)
•Anamnesis
•Estratificación del riesgo cardiovascular:
•Exploración física
•Solicitud de ECG urgente y resto de pruebas diagnósticas.
•Decisión terapéutica.
Instauración del tratamiento óptimo
•Angioplastia primaria percutánea en menos de 120 minutos.
•Tratamiento óptimo: antiagregantes, estatinas, IECA y betabloqueantes.
•Inicio del proceso educativo del paciente por parte de enfermería.
•Rehabilitación cardiaca y prevención cardiovascular personalizada.
Seguimiento y prevención de eventos cardiovasculares
•Informe clínico de alta e idoneidad para seguimiento en Atención Primaria
•Continuidad asistencial: teléfono de contacto y correo electrónico del Cardiólogo Consultor e informe de enfermería.
•Fase de optimización de tratamiento: en colaboración con Atención Primaria y con consultas durante 6 meses-1año.
•Criterios de derivación de pacientes desde Atención Primaria.
•Continuidad del programa educativo de enfermería en Atención Primaria.
Desde enero de 2008 y hasta el 31 de diciembre de 2016 se atendieron 1723 pacientes con síndrome coronario agudo de los que el 23% (n=396) eran mujeres.
 Tiempo desde inicio síntomas hasta 1º contacto médico: 121 minutos (RI, 63-240)
 Tiempo desde 1º contacto médico hasta angioplastia primaria: 90 min (62-138)
 % mujeres con ECG antes de 10 minutos: 85%
 % mujeres con tratamiento médico óptimo: 80%
o AAS: 88,4%
o Betabloqueante: 74,5%
o IECA/ARA2: 66%
o Estatina: 85,4%
 % mujeres con buen control de factores de riesgo cardiovascular
o Mujeres no fumadoras: 92%
o PA < 140/90 mmHg: 70%
o Concentración de LDL < 70 mg/dl: 22%
o Cifras de Hba1c < 7%: 51%
 % mujeres en Rehabilitación cardiaca: 52%
La puesta en marcha de un proceso asistencial integrado de atención a la cardiopatía isquémica en la mujer ha sensibilizado a los profesionales, modificando un sesgo de género con implicaciones significativamente negativas en la población femenina.

AUTORES: Gerardo Atienza Merino[1]; M Pedreira Pérez[2]; B Cid Álvarez[3]; Jr González Juanatey[4]; E Lopez-Pardo Pardo[5]; B Pais Iglesias[6].

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario De Santiago[1, 2, 3, 4, 6]; Complejo Hospitalario Universitario De Pontevedra[5].

ID: 54

TÍTULO: CALIDAD DE UN INFORME AUTOMÁTICO DE FIN DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

RESUMEN:
El Real Decreto 1566/1998, por el que se establecen los criterios de calidad de radioterapia, requiere un informe-resumen del tratamiento al especialista de procedencia. Además según la carta de derechos del ciudadano en relación a la atención sanitaria, el informe debe estar a disposición del paciente.
En una institución multicéntrica monográfica del cáncer, evaluar la calidad de un informe técnico de fin de tratamiento de radioterapia externa, generado automáticamente a partir del sistema de información oncológico, que sirve de base para redactar el informe-resumen requerido por el RD.
Los tres centros que realizan radioterapia externa en nuestra institución disponen de ARIA 13.7, de Varian Medical Systems, como sistema de información departamental. La parametrización es diferente en cada centro. Mediante una aplicación en .NET que utiliza una consulta SQL para extraer la información directamente de la base de datos de ARIA, se obtiene un informe técnico de fin de tratamiento en un fichero pdf. El contenido se puede editar, copiar y pegar directamente en el informe completo de radioterapia del Sistema de Información Hospitalaria (HIS). Debido a la complejidad de la radioterapia, este proceso de extracción y transformación de los datos puede contener errores.
Se han obtenido informes de los 30 primeros pacientes facturados durante el mes de marzo para cada uno de los centros. Se identifican 23 parámetros del informe que se obtienen automáticamente a partir de los registros de ARIA y se comparan con la información extraída directamente del interfaz de usuario de ARIA. Los parámetros son relativos a datos demográficos, diagnósticos y de prescripción, administración y técnica del tratamiento.
Se calcula el porcentaje de parámetros incorrectos y se clasifican según tipología descrita, conjuntamente y por centro.
El porcentaje de parámetros incorrectos promedio es del 11,7% (13,2% en el centro A, 18.1% en el B y 3,7% en el C). En 5 casos el sistema es incapaz de generar el informe.
La mayoría de los errores son en parámetros de administración y de prescripción del tratamiento, con un 55,3% y un 35,5% de total respectivamente. Un 6,6% corresponde a parámetros diagnósticos, un 2,6% técnicos y no existen errores en demográficos.
Si bien este patrón de errores se sigue en los centros A y B, el centro C presenta la siguiente distribución: 28% errores de administración, 48% prescripción, 20% diagnósticos y 4% técnicos. Esta distribución, más aleatoria, junto al significativamente menor porcentaje de errores, evidencia que la programación de la consulta se ha depurado según la parametrización del centro C.
Se dispone de una herramienta de utilidad para la creación de informes de fin de tratamiento de radioterapia. Se han detectado errores en la generación automática que se han clasificado según el tipo y el centro. La mayoría de los errores son sistemáticos y este análisis permitirá mejorar la herramienta depurando la consulta sobre la base de datos de ARIA.

AUTORES: Irene Gil Rubio; F Garcia Cordoba; RM Montoliu Valls; I Romera Martinez; D Jurado Bruggeman; C Muñoz Montplet.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català d'Oncologia.

ID: 55

TÍTULO: RECOMENDACIONES ' NO HACER' EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

RESUMEN:
Con el objetivo de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias, el MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD en 2013, elabora con las Sociedades Científicas el "PROYECTO COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN ESPAÑA" Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías sanitarias. La Sociedad Española de Cirugía Pediátrica no ha establecido hasta la fecha recomendaciones 'no hacer' pero estas pueden implementarse adaptándolas de otras sociedades científicas.
Implementar prácticas clínicas en Cirugía pediátrica que no deberían ser empleadas de forma rutinaria adaptadas de las recomendaciones establecidas por otras Sociedades Científicas.
Estudio de serie de casos clínicos durante el año 2017 en los que se implementó dos recomendaciones 'no hacer':
1 Recomendación.-No realizar estudios de laboratorio básicos en pacientes sin enfermedad sistémica importante (ASA I-II) que necesitan cirugía de bajo riesgo: Hemograma, bioquímica y estudio de coagulación, cuando la pérdida de fluidos o sangre vaya a ser mínima.
2 Recomendación.- No indicar antibioterapia postoperatoria en apendicitis aguda no complicada.
Se elaboró una base Excel para la recogida de datos
Se analizaron para cada categoría: número total de pacientes, casos de cumplimiento/incumplimiento, causas y justificación.
1.- Con respecto a la primera recomendación:
-Se intervinieron un total de 517 paciente catalogados como ASAI/ ASA II.
-Se cumplió la recomendación "no hacer" en 507 pacientes (98,10%).
-Se realizaron un total de 30 (5,80%) estudios analíticos de sangre preoperatorios, considerándose justificados, por el procedimiento quirúrgico a realizar, en 20 casos e injustificados en 10 pacientes (1.9%) del total.
2.-Con respecto a la segunda recomendación, durante 2017 se intervinieron un total de 69 pacientes con el diagnóstico de apendicitis aguda:
-25 casos se consideraron apendicitis complicadas
-44 apendicitis se consideraron no complicadas de estas en 40 pacientes (90,90% no se administraron dosis postoperatoria de antibióticos mientras que en 4 pacientes (9,1%) si se administraron antibióticos en el período postoperatorio.

Conclusiones: La implementación de recomendaciones 'no hacer' en un Servicio de Cirugía Pediátrica adaptadas de las establecidas por otras Sociedades científicas disminuye en la mayoría de los casos la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias.

AUTORES: José Manuel Gutiérrez Dueñas; C Hernández Díaz; J Montero García; Y Galvañ Félix; M Ortega Escudero; R Muguerza Vellibre.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 56

TÍTULO: SIMULACIÓN CLÍNICA PARA EL ENTRENAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

RESUMEN:
La simulación clínica se ha incorporado progresivamente en la formación continuada de profesionales de la salud para dar una respuesta a la asistencia sanitaria cada vez más compleja.
Se considera una metodología de formación y desarrollo de profesionales de la salud, ya que es una técnica pedagógica que permite el entrenamiento en un entorno real y seguro a equipos de trabajo, sin poner en riesgo a pacientes y profesionales.
Además, ha demostrado su eficacia y efectividad para que los profesionales adquieran y transfieran al contexto asistencial competencias relacionadas con seguridad clínica y calidad asistencial.
Por ese motivo, nuestro servicio de salud en colaboración con un centro de entrenamiento de alto rendimiento ha desarrollado un programa de formación para profesionales sanitarios utilizando la simulación clínica como herramienta de cambio. Todas las actividades docentes estaban acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de la Comunidad Autónoma
Analizar el programa de formación continuada de los profesionales de la salud basado en la simulación clínica.
Estudio descriptivo transversal de un programa de formación continuada de un servicio de salud tanto a nivel de atención hospitalaria como de atención primaria en el año 2017.
Se impartieron 18 cursos con 35 ediciones siendo 408,5 las horas totales de formación. El número de inscripciones realizadas fueron 340 siendo 324 admitidos y 312 asistentes. Las actividades formativas estaban dirigidas a equipos multidisciplinares de los servicios destinatarios del programa con un total de 11 participantes. La modalidad de las actividades formativas fue en todas ellas presencial. El diseño de los programas formativos a nivel de atención especializada abordó el manejo de situaciones críticas y mejora de la seguridad clínica en el área de partos, urgencias, quirúrgica, radiología, reanimación cardiopulmonar y traslado neonatal. En cambio, en la atención primaria se centró en la cirugía menor ambulatoria. Por niveles asistenciales, el 85,7% del programa se realizó en la atención especializada. Las áreas temáticas del programa formativo estaban relacionadas con la práctica clínica, calidad y seguridad.

AUTORES: Angel De La Fuente Alonso; B Torres Manrique.

CENTRO DE TRABAJO: Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial.

ID: 57

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA DE RECURSOS HUMANOS DE ALTO COMPROMISO DESDE LA ÓPTICA DEL PERSONAL DEL SMI

RESUMEN:
La adecuada gestión de los recursos humanos de alto compromiso es fundamental para proporcional una atención médica de alta calidad. La percepción por parte del personal de unas buenas prácticas de recursos humanos de alto compromiso y de la gestión organizativa afecta directamente a su rendimiento y satisfacción. Evaluar el nivel de compromiso del equipo directivo de un centro hospitalario hacia las prácticas de recursos humanos de alto compromiso (RRHH) desde la perspectiva del personal sanitario del Servicio de Medicina Intensiva (SMI).
Se realizaron 116 encuestas al personal sanitario del SMI (tasa de respuesta del 70%), desde agosto hasta noviembre 2017, para evaluar, a través de una escala tipo Likert de 24 ítems y 7 puntos (donde 1 significa la peor puntuación y 7 la mejor posible), diferentes aspectos relacionados con la gestión de los RRHH por parte de la Dirección General.
Se utilizó un análisis factorial confirmatorio para analizar el carácter multidimensional de la escala de RRHH. A pesar de que los resultados del modelo de medida indican que es estadísticamente significativo [χ2=107.87, p=0.000], los otros indicadores de ajuste global se encuentran dentro de los valores recomendados por la literatura, pues el CFI y el NFI son superiores al 0.9 y el RMSEA no supera el máximo recomendado de 0.08. Para cada una las dimensiones obtenidas, el valor de la fiabilidad compuesta (FC) es superior a 0.70 y el de la varianza extraída (AVE) a 0.50. Los valores del alfa de Cronbach corroboran los obtenidos en la fiabilidad compuesta. Estos resultados indican que el modelo de medida es válido y fiable.
En la escala de RRHH existen cuatro dimensiones claramente diferenciadas: Formación, Participación, Reconocimiento y Promoción Interna. Las medias ponderadas de los ítems que conforman cada dimensión ponderados por los pesos de regresión de cada uno de ellos en el AFC permiten extraer como conclusiones que (1) el personal sanitario del SMI asigna una baja puntuación a las prácticas de recursos humanos de alto compromiso, oscilando entre 3.55 y 4.33; (2) la dimensión “Participación” es la mejor valorada (M=4.33, DT=1.58), seguida de la “Formación” (M=3.80, DT=1.64), del “Reconocimiento” (M=3.65, DT=1.76), y (3) la dimensión peor valorada es la “Promoción Interna” (M=3.55, DT=1.88).

AUTORES: Carlos J. Mora Lourido[1]; L González Bautista[2]; P Vega Ocaña[3]; C Garcia del Rosario[4]; J Martín Santana[5]; R Lorenzo Torrent[6].

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil[1, 2, 3, 4, 6]; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria[5].

ID: 58

TÍTULO: DIFERENCIAS EN LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA DE RRHH DE ALTO COMPROMISO SEGÚN LA CATEGORÍA PROFESIONAL EN SMI

RESUMEN:
La gestión de prácticas de recursos humanos de alto compromiso es clave para proporcional una atención médica de calidad. La percepción del personal sobre esta gestión afecta directamente a su rendimiento y satisfacción, pudiendo estar afectada por la categoría profesional del personal sanitario del Servicio de Medicina Intensiva (SMI).
Analizar la influencia de la categoría profesional del personal sanitario del SMI en su percepción sobre el nivel de compromiso del equipo directivo de un centro hospitalario hacia las prácticas de recursos humanos de alto compromiso (RRHH).
Se realizaron 116 encuestas al personal sanitario del SMI (70% de tasa de respuesta), entre agosto y noviembre 2017, para evaluar, con una escala Likert de 24 ítems y 7 puntos (1 significa la peor puntuación y 7 la mejor), diferentes aspectos relacionados con la gestión de los RRHH por parte de la Dirección General.
Del análisis factorial confirmatorio (AFC) se desprende el carácter multidimensional de la escala. Aunque los resultados del modelo de medida indican que es estadísticamente significativo [χ2=107.87, p=0.000], los otros indicadores de ajuste global se encuentran dentro de los valores recomendados, pues el CFI y el NFI son superiores a 0.9 y el RMSEA no supera el máximo recomendado de 0.08. En cada dimensión, la fiabilidad compuesta (FC) es superior a 0.70 y la varianza extraída (AVE) a 0.50. Los valores del alfa de Cronbach corroboran los obtenidos en la fiabilidad compuesta. Estos resultados indican que el modelo es válido y fiable.
Para analizar la existencia de diferencias de medias en la evaluación de la RRHH en función de la categoría profesional del personal sanitario del SMI se utilizó un ANOVA.
En la escala existen cuatro dimensiones: Formación, Participación, Reconocimiento y Promoción Interna. Las medias ponderadas de los ítems de cada dimensión, ponderados por los pesos de regresión de cada uno de ellos en el AFC, permiten extraer estas conclusiones: (1) la “Promoción Interna” es la dimensión que presenta la mayor discrepancia en función de la categoría profesional (F=23.960, p=0.000), siendo el colectivo más crítico el de médicos (M=2.40, DT=1.47) frente a las enfermeras y auxiliares (M=3.03, DT=1.72 y M=5.03, DT=1.40); (2) la “Formación” ocupa el segundo puesto en discrepancias (F=21.857, p=0.000), siendo también el colectivo de médicos el más crítico (M=2.65, DT=1.28) frente a las enfermeras y auxiliares (M=3.39, DT=1.54 y M=4.99, DT=1.21) y (3) las otras dos dimensiones también muestras diferencias estadísticamente significativas en las evaluaciones (F=15.915, p=0.000 para “Participación” y F=14.532, p=0.000 para “Reconocimiento”), siendo el colectivo de médicos el que menores puntuaciones otorga (M=3.27, DT=1.36 y M=2.75, DT=1.39, respectivamente) frente a los otros dos colectivos (M=4.07, DT=1.51 y M=3.24, DT=1.71 para enfermeras frente a M=5.33, DT=1.27 y M=4.78, DT=1.46 para auxiliares).

AUTORES: Carlos J. Mora Lourido[1]; P Vega Ocaña[2]; L González Bautista[3]; L Santana Cabrera[4]; J Martín Santana[5]; C García del Rosario[6].

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil[1, 2, 3, 4, 6]; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria[5].

ID: 59

TÍTULO: INFLUENCIA DE LA GESTIÓN DE RRHH DE ALTO COMPROMISO EN LA SATISFACCIÓN PERSONAL Y COMPROMISO DEL PERSONAL DEL SMI

RESUMEN:
La gestión de los recursos humanos de alto compromiso es fundamental para una atención médica de calidad. La percepción del personal sobre la gestión de estas prácticas afecta directamente a su satisfacción y compromiso afectivo con la organización.
Evaluar la relación entre la percepción del personal sanitario del SMI sobre el compromiso del equipo directivo hacia las prácticas de recursos humanos de alto compromiso (RRHH) con su satisfacción y compromiso afectivo.
Se realizaron 116 encuestas al personal sanitario del SMI (70% de tasa de respuesta), entre agosto y noviembre 2017, para evaluar diferentes aspectos de la gestión de los RRHH por parte de la Dirección General, así como la satisfacción y compromiso del personal, utilizando escalas Likert de 24 ítems y 13 ítems, respectivamente, de 7 puntos (1 peor puntuación y 7 mejor).
Del análisis factorial confirmatorio (AFC) se desprende el carácter multidimensional de la escala de RRHH y el carácter unidimensional de las otras dos escalas. Aunque los resultados del modelo de medida indican que es estadísticamente significativo [χ2=107.87, p=0.000], los otros indicadores de ajuste global se sitúan dentro de los valores recomendados, pues el CFI y el NFI superen el 0.9 y el RMSEA no supera el máximo recomendado de 0.08. En todas las dimensiones, la fiabilidad compuesta (FC) es superior a 0.70 y la varianza extraída (AVE) a 0.50. Los valores del alfa de Cronbach corroboran los obtenidos en la fiabilidad compuesta. Estos resultados indican que el modelo de medida es válido y fiable. Con estos resultados se generaron seis nuevas variables a través de las medias ponderadas de los ítems que conforman cada dimensión de RRHH y de los constructos Satisfacción y Compromiso, los cuales eran ponderados por los pesos de regresión de cada uno de ellos en el AFC.
Para analizar la relación entre RRHH y los constructos de satisfacción personal y el compromiso organizativo se utilizó el test de correlación de la r de Pearson.
Los resultados indican que existe una asociación positiva estadísticamente significativa entre la satisfacción personal del personal sanitario del SMI y su compromiso organizativo con todas y cada una de las cuatro dimensiones que componen las prácticas de recursos humanos de alto compromiso (Formación, Participación, Reconocimiento y Promoción Interna). Ahora bien, la relación con el compromiso es más fuerte que la de la satisfacción en todos los casos. Así, en cuanto a la relación Compromiso-RRHH, es “Promoción Interna” la que posee la relación más fuerte (r=0.857, p=0.000), seguida del “Reconocimiento” (r=0.798, p=0.000), la “Participación” (r=0.746, p=0.000) y la “Formación” (r=0.719, p=0.000). Por su parte, en la relación Satisfacción-RRHH, existe una relación más estrecha con la “Participación” (r=0.526, p=0.000), seguida de “Formación” (r=0.494, p=0.000), “Reconocimiento” (r=0.481, p=0.000) y “Promoción Interna” (r=0.472, p=0.000).

AUTORES: Carlos J. Mora Lourido[1]; l González Bautista[2]; P Vega Ocaña[3]; JD Martín Santana[4]; L Santana Cabrera[5]; C Garcia del Rosario[6].

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil[1, 2, 3, 5, 6]; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria[4].

ID: 60

TÍTULO: ALERTAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS

RESUMEN:
La detección de eventos adversos, su magnitud, frecuencia y severidad, son datos de costosa obtención, más aun en un ámbito de actuación como lo es el de Urgencias. La declaración de eventos adversos suele ser escasa y los registros escritos no reflejan totalmente lo sucedido en bastantes ocasiones. Debido a todo esto nos planteamos en este trabajo usar como fuente de datos la experiencia y el método Delphy para búsqueda de acuerdos, partiendo como base, de las alertas de seguridad del paciente emitidas por la Joint Commission.
Establecer las alertas de seguridad del paciente que más afectan a los servicios de urgencias y explorar su frecuencia y existencia de acciones de mejora realizadas para controlar su riesgo.
Se invitó a participar a los Servicios de Urgencia de nuestra Región: 2 médicos y dos enfermeras por servicio y todos los jefes y supervisores. Se utilizó el método de consenso de Delphy, precisando 3 entregas. En la primera se explicaba el proyecto y se pedía que se valorase de 1 a 5, la relación de cada alerta con la seguridad del paciente en su servicio, además de que incluyeran otras causas de incidentes de seguridad, si hubiera.
En la segunda, se pedía confirmación de acuerdo para los que se había obtenido consenso estadístico inicialmente. Se explicaban más ampliamente los que no tenían consenso y se pedía una nueva valoración. Se pedía, así mismo, la opinión sobre las nuevas causas de incidentes aportadas.
En la tercera fase se pedía confirmación de las consensuadas y ponderación de la frecuencia de incidentes en cada apartado, así como medidas de control.
Para establecer acuerdo se ha utilizado la mediana de respuestas (4 o mayor para acuerdos positivos y 2 o menor para negativos), siempre que el rango intercuartílico fuese inferior a 1,5.
Han participado en este estudio 44 profesionales, 24 médicos y 20 enfermeras de 6 servicios de Urgencias hospitalarios. 17 de ellos eran jefes de servicio o sección o supervisores de enfermería. Entre todos ellos suman 707 años de experiencia en Urgencias.
Se han obtenido acuerdos positivos en 22 de las alertas propuestas inicialmente y en 9 de las aportaciones por los participantes. En todas estas causas había alguna experiencia de haber tenido eventos adversos.
Respecto a la frecuencia de eventos, los 5 con más puntuación, por encima de 3 sobre 5 (ocasional: podría ocurrir 1 o dos veces al año) han sido: los retrasos en los tratamientos, la prevención de pinchazos con agujas y lesiones corto-punzantes, la intervención de distintos especialistas en la atención, las órdenes verbales en tratamientos y los problemas con los relevos y cambios de turno.
No se ha observado acuerdo intracentro respecto a medidas de mejora ni sobre el impacto de estas.
Como conclusiones:
- se han identificado 31 causas potenciales de eventos adversos en Urgencia y se ha ponderado su frecuencia.
- se desprende un desigual desconocimiento y ponderación del impacto en las medidas de mejora adoptadas localmente.

AUTORES: Julian Alcaraz Martínez[1]; JM Marín Martínez[2]; ML Blanco Linares[3]; A Conesa Hernández[4]; JV Ortega Liarte[5]; C Escudero Sánchez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Morales Meseguer[1, 3]; Hospital Clinico Universitario V Arrixaca[2]; Hospital U Santa Lucia. Cartagena[4]; HU Los Arcos del Mar Menor. San Javier[5]; Hospital Lorenzo Guirao. Cieza[6].

ID: 61

TÍTULO: IMPACTO DE UN CICLO DE MEJORA EN EL INFORME DE LABORATORIO PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA HEMÓLISIS

RESUMEN:
La interferencia por hemólisis es un problema real al que se enfrentan los laboratorios clínicos. Con la creciente demanda de peticiones analíticas la gestión de este tipo de interferencias de forma manual se hace cada vez más laboriosa. Es trabajo del laboratorio clínico el manejar adecuadamente este tipo de interferencias e informar de los resultados analíticos a los médicos solicitantes de la manera más clara y precisa.
Evaluar y mejorar la calidad en el informe de laboratorio gestionando de forma automatizada las interferencias por hemólisis, a través de la realización de un ciclo de evaluación y mejora de la calidad.
Diseño pre-post cuasi-experimental retrospectivo para evaluar con abordaje cuali-cuantitativommediante un ciclo de mejora, la "calidad en el informe de laboratorio gestionando de forma automatizada las interferencias por hemólisis",problema seleccionado tras la identificación de oportunidades de mejora y la priorización de las mismas, utilizando herramientas como la técnica del grupo nominal, matriz decisional y análisis de causa y efecto.
Fueron analizadas las causas que podrían influir en el problema y se elaboraron 2 criterios válidos y fiables (1-El informe analítico con un índice de hemólisis ≥800 debe ser anulado. 2-Informe analítico con parámetros interferidos por hemolisis (por índices entre 15 y 799) debe especificar comentarios de tal interferencia).
Se utilizó el sistema informático de laboratorio para la obtención de los datos en formato Excel de informes con sus valores de hemólisis y comentarios, para poder evaluar el cumplimiento de los criterios.
Para la primera evaluación, el marco temporal fue el que va de 01/01/2017 a 30/06/2017. Se estimó el grado de cumplimiento de los criterios evaluados y se analizaron los defectos de calidad y la priorización de la intervención usando las herramientas de diagrama de afinidades y de Gantt. Seis meses después de la implantación, se procedió a una reevaluación estableciéndose como marco temporal el que va de 01/10/2017 a 30/03/2018. El marco muestral fueron todas las muestras con índice de hemólisis durante los marcos temporales indicados (309062 informes en la evaluación y 309398 en la reevaluación).
En la primera evaluación, el criterio 1 presentó un porcentaje de cumplimiento del 84,4% y el criterio 2 un porcentaje de tan solo el 0,28%. En la segunda evaluación, tras la aplicación delas intervenciones, la media de cumplimiento fue del 100% para ambos criterios.

La realización del ciclo de mejora ha conseguido mejorar la calidad en la emisión del informe de laboratorio. Es necesario implementar un plan de monitorización para asegurar que las mejoras conseguidas se mantienen en el tiempo

AUTORES: Daniel Parraga Garcia; A López Jimenez; C Varela Rodriguez; L Parés Pollán; C Vargas Gallego; P Ruiz Lopez.

CENTRO DE TRABAJO: H.U. 12 de Octubre.

ID: 62

TÍTULO: EVALUACIÓN DE CAUSAS DE INERCIA CLÍNICA Y TIEMPO DE RESPUESTA TERAPEÚTICA TRAS UN ESTUDIO DE HIPERTENSIÓN

RESUMEN:
La no realización, por parte del médico, de los cambios/ajuste de tratamiento por cifras mal controladas tras la entrega de resultados de su paciente, es lo que bien podríamos definir como inercia clínica. La cual es un frecuente y grave problema por omisión que afecta la sanidad a nivel nacional.
Valorar la respuesta de los profesionales de salud de nuestro centro ante el malcontrol de sus pacientes hipertensos. Conocer el tiempo de respuesta terapeútica de los médicos de nuestro centro de salud tras conocer los resultados de descontrol de sus hipertensos.
153 pacientes hipertensos de un equipo de atención primaria urbano (EAP) que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, a los que se le evaluaría su grado de control tensional. Antes de iniciar los registros del estudio, se informó y formó a los 14 médicos del EAP de adultos sobre el estudio, métodos de medición, tipos de aparatos y sobre los resultados de TA obtenidos con ellos, con el fin de que cuando el investigador les entregara los registros y el paciente acudiera a la consulta, el médico realizará los ajustes que creyera oportunos en función de los resultados de presión arterial, según su criterio y práctica clínica habitual. Tras obtenerse las medidas tensionales, se le recomendaba al paciente citarse con su médico a partir de 48 horas, quien ya dispondría de los resultados impresos para comentarlos con él. Se estudia a los pacientes incluidos con carácter retrospectivo al año de la recogida de los registros del MAPA y se comprobó que cambios introdujeron sus médicos en función del resultado del mismo, si lo precisaban.
Las variables medidas eran si necesitaba o no ajuste de tratamiento; y en el caso de que lo necesitara: si se realizaron los ajustes debidos o nó; y el tiempo trascurrido hasta realizar el ajuste.
En el 57,5 % de los casos, las cifras de MAPA estaban dentro de los límites de control y no era preciso realizar cambios en el tratamiento; pero en el 42,5% sí eran precisos cambios en el mismo. Solo en 29 pacientes (45%) de entre los 65 hipertensos que presentaban cifras descontroladas de presión arterial se efectuaron ajustes en el tratamiento antihipertensivo, siendo objetos de inercia clínica el 23,5% de los pacientes estudiados. En cuanto al tiempo transcurrido entre la notificación de los resultados y los ajustes de tratamiento a los pacientes a los que sí se le le hicieron los cambios de lugar, encontramos que el 52% se le realizó dentro del mes posterior a la notificación de los resultados.

AUTORES: Arleen De León Robert[1]; C López Alegría[2]; I Hidalgo García[3]; H Campusano Castellanos[4]; Y Pérez Cabrera[5]; J Gascón Cánovas[6].

CENTRO DE TRABAJO: Centro de salud Fortuna[1]; Centro de salud Cieza[2]; Centro de salud Vistalegre-La flota[3]; Centro de salud Abanilla[4]; Centro de salud Morella[5]; Instituto Murciano de investigación bio-sanitaria-Arrixaca[6].

ID: 63

TÍTULO: AUMENTO DE LA COBERTURA VACUNAL EN UN CENTRO DE DISMINUIDOS PSÍQUICOS. RESULTADOS DE UN PLAN DE MEJORA

RESUMEN:
Los resultados de un estudio realizado para conocer el estado de inmunización de los residentes de un centro de disminuidos psíquicos perteneciente a nuestro centro, demostró una baja cobertura vacunal.
Solo un 3,1% tenía actualizado su estado vacunal según su edad y/o factor de riesgo.
Las personas con discapacidad psíquica por distintos factores pueden tener mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y mayor número de complicaciones al padecerlas.
Una correcta vacunación disminuye el impacto negativo de las infecciones sobre su calidad de vida, por ello se consideró prioritaria la puesta en marcha de acciones que garanticen su adecuada inmunización, llevando a cabo este proyecto.
En 2018, al menos el 90% de los Residentes tendrán actualizado su estado vacunal y habrán recibido las vacunas recomendadas por su edad y/o factor de riesgo, según el calendario de vacunación del adulto de nuestra Comunidad.
Se propuso el proyecto en el Centro de Salud y se constituyó el equipo de mejora.
Se identificaron las causas del problema, se realizó el análisis utilizando el diagrama de Ishikawa y se seleccionaron las causas abordables.
Se establecieron acciones de mejora, y se planificó la implantación del proyecto en septiembre de 2017.
Para la evaluación, se propuso realizar monitorizaciones cuatrimestrales que permitiesen conocer el nivel de cumplimiento de las acciones programadas y evaluación final en septiembre de 2018, comprobando los indicadores de cobertura para cada vacuna y la cobertura global fijada en el objetivo.
La dimensión de la calidad que se aborda en este proyecto se encuadra en el área de efectividad.
Los resultados obtenidos desde la implantación de las acciones de mejora son los siguientes:
•Se han llevado a cabo la totalidad de acciones planificadas.
•Se elaboró un calendario de vacunación personalizado, en función de la edad y/o factor de riesgo de cada uno de los Residentes, que se está aplicando.
•La cobertura vacunal para cada una de las vacunas ha aumentado con respecto a 2017, habiendo alcanzado coberturas del 100% frente a Hepatitis A, Gripe y Neumococo; del 93,3% frente a Sarampión, Rubeola y Paperas. El 98,4% han iniciado/completado la vacunación frente a Tétanos-difteria.
•La cobertura vacunal global ha aumentado significativamente, habiendo pasado del 3,1% de Residentes vacunados correctamente en 2017, al 82,5% en mayo de 2018. En la evaluación final del proyecto, se estima alcanzar la cobertura global ≥90%, planteada en el objetivo.
Los resultados obtenidos en la actualidad son satisfactorios y la metodología de trabajo basada en la mejora continua demuestra ser una excelente herramienta para alcanzar el objetivo fijado.
Este proyecto, además, ha favorecido una mayor coordinación entre los profesionales del Centro de Salud y los profesionales de la Residencia y con él, se pretende contribuir a garantizar la Seguridad y mejorar la Calidad de vida de esta población especialmente vulnerable.

AUTORES: Lucia Carbonell Muñoz; R Vega Agustín; M Crespo Álvarez; J Puzo Leris; AR Concepción Pérez; ML Lezameta Rodrigo.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Parque Coimbra.

ID: 65

TÍTULO: COMO REALIZAR LA DEVOLUCIÓN DE MUESTRAS EN UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

RESUMEN:
La devolución de muestras mal identificadas, o con graves defectos de conservación, es una actuación problemática cuando se instaura un proceso de laboratorio. Sin embargo, es una medida necesaria cuando no se puede asegurar la identidad del paciente o una mínima calidad de la muestra ya que se compromete la seguridad del paciente.
En Anatomía Patológica esta devolución es complicada ya que muchas muestras son irrepetibles.
Describir los pasos para instaurar un proceso de recepción de muestras en un laboratorio de Anatomía Patológica y que el rechazo de muestras sea mínimo y controlado. Se trata de evitar el caos y rechazo al proceso general que se produce cuando se instaura el rechazo de muestras de forma brusca.
Se realizaron los procedimientos del laboratorio de Anatomía Patológica, incluyendo la recepción de muestras.
Se definieron los datos obligatorios que debía incluir toda petición, entre los que estaban los datos de identificación con impresión mecánica, incluyendo unos datos mínimos (nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número de historia y seguridad social), así como el tipo de muestra enviada, rechazándose las muestras que no cumplieran con esos requisitos mínimos.
El procedimiento fue aprobado por el Comité de Calidad, con el visto bueno de la Dirección del Hospital.
Se presentó el protocolo a los servicios peticionarios, insistiendo en la correcta identificación y manipulación de las muestras. Se recalcó el grave error que supone para la seguridad del paciente el defecto de identificación o la incorrecta manipulación de las muestras, consiguiendo una excelente respuesta de la mayoría de los servicios peticionarios.
Las muestras que seguían deficientemente identificadas, se devolvió el volante para completar los datos con impresión mecánica, procesando la muestra para evitar extravíos, ya que en muchas ocasiones son muestras irrepetibles.
En los pocos casos en que se seguía sin enviar la identificación correcta el caso se estudiaba, pero no se emitía el informe, salvo resultados críticos, hasta la reclamación de este.
Se estudiaron y solucionaron algunos casos puntuales periféricos con dificultad para el acceso a etiquetas identificativas.
En la actualidad no se superan las 15 incidencias en la recepción, incluyendo la incorrecta identificación de los envases.
La devolución de muestras con errores de identificación o conservación es una necesidad de los laboratorios para asegurar la calidad de los diagnósticos y la seguridad del paciente.
La devolución de muestras debe basarse en un proceso de recepción de muestras aprobado por el servicio y respaldado por la dirección del centro.
El número y porcentaje de muestras devueltas o con errores de identificación constituye un buen indicador en preanalítica
Un laboratorio excesivamente permisivo en las condiciones de recepción de muestras que implante unos criterios de devolución de muestras debe hacerlo de forma paulatina, apoyado con una formación progresiva en seguridad del paciente.

AUTORES: JOSE SANTOS Salas Valién; JM González Herbon; N González Dorado; B Alonso Reyero; E Santín Piedrafita.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de León.

ID: 66

TÍTULO: GESTIÓN DE INCIDENCIAS A TRAVÉS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LABORATORIO (SIL) CORPORATIVO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

RESUMEN:
La notificación de incidencias en el laboratorio, a través de las clásicas hojas, tiene el inconveniente de lo tedioso de su cumplimentación, requiriendo muchos datos, si pretendemos hacer un buen seguimiento. Esto se debe a que suelen ir referenciados a muestras que hay que identificar con el número de estudio.
Esto hace que en muchas ocasiones no se registren todas las incidencias que se producen, falten datos o tengan errores, sobre todo si se hace manuscrito.
Minimizar los errores de cumplimentación y la perdida de registros de incidencias en los Servicios de Anatomía Patológica, aprovechando el LIS para la gestión de todas las incidencias y no conformidades.
Aprovechar la correcta cumplimentación de las incidencias para realizar una explotación adecuada de los datos.
El acceso al SIL corporativo de Anatomía Patológica se encuentra en todos los puestos de trabajo del Servicio, pudiendo acceder todo el personal del servicio, tanto médicos como técnicos y personal administrativo. Todos tienen su perfil definido, con su usuario y clave privada, pudiendo todos registrar incidencias en el SIL.
Con la posibilidad del registro y explotación de incidencias a través del SIL se ha cambiado la gestión de estas, anulando los formatos en papel de registro de incidencias y pasando a gestionarlas a través del SIL.
Se realizó formación en el registro de incidencias a todo el personal del Servicio y se ligó al Coordinador de calidad como destinatario de las mismas, realizando éste la exploración mensual de las incidencias y emitiendo informe que se difunde a todos los miembros del Servicio.
La explotación de las incidencias permite agruparlas por importancia, por área en la que se genera y por tipo de incidencia, generando múltiples posibilidades de gráficos. Además, la asignación de incidencias y el control de las incidencias abiertas es mucho más fácil de seguir.
Se facilita el registro de incidencias a través del SIL por ser la herramienta informática principal de trabajo en un servicio de Anatomía Patológica.
Al registrar una incidencia a través del SIL se agiliza la inclusión de determinados datos de forma automática e inequívoca, como usuario que registra la incidencia, fecha y muestra a la que va ligada, generándose un aviso de forma automática al Coordinador de Calidad del servicio.
La estratificación de los tipos de incidencia por categorías predeterminadas facilita enormemente la explotación estadística posterior.
Se permite también una estratificación de las incidencias por gravedad, pudiendo incluso impedir la validación accidentar del diagnóstico de una muestra hasta que no se cierre su incidencia.
En las consultas directas del SIL, por paciente o por estudio, se identifican los estudios que han tenido alguna incidencia, pudiendo verse los detalles de esta. Esto es importante en el caso de que la incidencia pueda afectar al diagnóstico, como las incidencias sobre la manipulación o conservación de las muestras.

AUTORES: José Santos Salas Valién[1]; N González Dorado[2]; B Alonso Reyero[3]; E Santín Piedrafita[4]; JM González Herbon[5]; EM Reguera San José[6].

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de León[1, 2, 3, 4, 5]; Gerencia Regional de Salud de Castilla y León[6].

ID: 67

TÍTULO: SACANDO MAYOR PARTIDO A LA GESTIÓN DE LA FORMACIÓN.

RESUMEN:
La correcta gestión de la formación en cualquier servicio nos permite recoger muchos datos que habitualmente se encuentran dispersos y en muchas ocasiones se pierden.
La gestión de las actividades formativas, su valoración, las memorias científicas de los servicios, los curriculum profesionales y los méritos para la carrera profesional forman parte de un todo que bien gestionado nos ahorra esfuerzo e impide la pérdida de datos, cumpliendo además con la correcta gestión de la formación de un sistema de calidad.
Realizar una sistemática estructurada de gestión de la formación para todo el personal de un Servicio hospitalario, que con distintos pasos controle las actividades formativas con sus encuestas de valoración, memoria científica del servicio, curriculum de los profesionales del servicio y sus méritos científicos para la carrera profesional.
Se comienza con el registro de una actividad formativa que se va a realizar, donde figurará la planificación de los asistentes, la denominación de la actividad, objetivos, responsable, créditos, lugar y fecha.
Cuando se ha realizado la actividad se valora la actividad por nuestros asistentes. Con todos estos datos construiremos la memoria del servicio respecto a formación y la valoración que nosotros hacemos de las distintas actividades formativas.
Posteriormente incluimos esa actividad en la ficha de curriculum de cada uno de los asistentes, especificando los créditos obtenidos y en el caso que se realice alguna otra actividad como ponencia, presentación de comunicación, participación en mesa redonda, etc. se añadirá también a la ficha del curriculum de todos los autores, identificando el apartado de la carrera profesional al que pertenece (ponencia congreso internacional, comunicación congreso nacional, etc.)
De esta forma a partir del inicio de una actividad formativa vamos controlando las propias actividades formativas con su valoración, los curriculum de los que participan en ellas, las memorias científicas del servicio y los méritos docentes de la carrera profesional.
El acceso a los datos por parte de todo el personal del servicio hace que el proceso tenga una excelente retroalimentación, pudiéndose llegar a incluir los propios certificados de asistencia, comunicación, etc. lo que mantiene un curriculum perfectamente organizado y listo para usarse.
La gestión y control de las actividades formativas, incluido el curriculum científico se descuida habitualmente en los servicios médicos, perdiéndose en muchas ocasiones información.
El registro de todas las actividades formativas y su posterior valoración nos da información suficiente para controlar la formación, las memorias científicas y de calidad de un servicio, así como para gestionar la actualización de los curriculum científicos del personal del servicio, especificando los méritos para los distintos grados de la carrera profesional.
Dada la gran utilidad que tiene esta información para el profesional la alimentación de los datos es excelente.

AUTORES: José Santos Salas Valién; E Santín Piedrafita; JM González Herbon.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de León.

ID: 68

TÍTULO: ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN OSAKIDETZA

RESUMEN:
Más del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas. Las lesiones provocadas por las caídas en las personas hospitalizadas pueden generar nuevos problemas, complicar la evolución de su patología, aumentar el sufrimiento de la persona y sus allegados, alargar la estancia e incluso provocar el fallecimiento. La evidencia disponible permite estimar que el 20% de las caídas son prevenibles. Por ello la prevención de las caídas en el ámbito hospitalario constituye una prioridad en cualquier estrategia de mejora de seguridad de los pacientes y de la calidad asistencial
Incrementar la seguridad del paciente reduciendo la probabilidad de caída durante la hospitalización.
En los últimos 4 años se han publicado y difundido, recomendaciones basadas en la evidencia revisadas por un grupo de expertos de Osakidetza. Además se ha puesto en marcha la estrategia "Eroriko ez" como una iniciativa transversal a todas la organizaciones de servicios para unificar criterios y promover diferentes iniciativas para la mejora de las caídas en pacientes hospitalizados, formando parte del grupo referentes de cada organización de servicios.
Se ha trabajado en múltiples estrategias fomentando la valoración del riesgo de caídas en la herramienta informática de registro de cuidados de enfermería Osanaia, cumplimiento de precauciones universales, declaración y registro de las caídas, educación a pacientes y cuidadores….Así mismo ha sistematizado la evaluación del cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas de forma anual en todas las organizaciones de servicio.
El indicador de caídas en los hospitales de agudos está al alza, ya que a medida que se fomenta el registro y visibilidad del problema, aumenta la declaración de caídas
Además se trabaja con datos reales, y no estimaciones, del número total de caídas registradas en los hospitales de Osakidetza, y el número total de caídas registradas en las consultas de primaria (atención comunitaria y domiciliaria), ya que siguiendo el protocolo para la prevención de caídas de Osakidetza (abril 2017), a las personas >65 años que acuden al sistema sanitario se les realiza el screening de caídas, junto con la valoración de los factores de riesgo.
Se ha homogeneizado unos materiales informativos para pacientes y cuidadores con consejos para prevenir caídas.
El problema de las caídas comienza a ser valorado cada vez más, pero aún existe margen de mejora y la necesidad de trabajar para abordarlo de forma completa. Los procesos de monitorización ayudan a conocer áreas en las que incidir para fomentar un cuidado de mayor calidad. El abordaje de múltiples estrategias a nivel organizacional puede favorecer que disminuya este importante problema.

AUTORES: M. Angeles Cidoncha Moreno; I Moro Casuso; Mg Landaluze Okerantza; I Martinez Aramberri; L Garate Echenique.

CENTRO DE TRABAJO: OSAKIDETZA. Direccion General.

ID: 69

TÍTULO: ¿QUÉ ESTÁN DISPUESTOS A HACER POR SU SEGURIDAD LOS PACIENTES FORMADOS CUANDO ESTÁN CARA A CARA CON LOS PROFESIONALES?

RESUMEN:
La colaboración de los usuarios en la seguridad es retadora cuando éstos interpelan directamente al profesional en el caso de que éste no haya realizado una acción concreta, por ejemplo, no hubieran realizado la higiene de manos. Uno de los elementos identificados para que el paciente se atreva a interpelar y velar por su seguridad es la formación que los pacientes tienen sobre las prácticas seguras. Por lo tanto, la formación es uno de los elementos que capacita a los pacientes para ser un agente activo en su seguridad.
Los pacientes oncológicos son un colectivo vulnerable tanto por su situación de salud como por las consecuencias que en ellos puede tener el incumplimiento de las prácticas seguras (infecciones, toxicidad medicamentosa, etc.),por lo que la formación en prácticas seguras de este colectivo puede resultar esencial para su seguridad.
Conocer si los pacientes oncológicos, durante su asistencia sanitaria y tras la formación en cuatro practicas seguras, se atreverían a comentar a los profesionales sanitarios la detección de una vulneración en la seguridad.
Se seleccionaron mediante muestreo consecutivo pacientes que acudían al Hospital de Día de Oncología para recibir tratamiento quimioterápico. Se seleccionaron los pacientes cuyo estado físico y psicológico les permitiese la participación y que hubieran recibido quimioterapia previa para asegurar que eran conocedores de la atención sanitaria a recibir. Los pacientes recibieron formación sobre cómo realizar adecuadamente cuatro prácticas seguras. La formación consistió en la visualización de unos vídeos, la lectura de unos folletos y la realización de unos tests para comprobar la comprensión de la formación proporcionada.
Tras la formación, se exploró si los pacientes avisarían al profesional sanitario en caso de que, durante la atención, este no se adhiriese a las prácticas seguras. Dicha evaluación se realizó mediante la cumplimentación de un formulario por parte de los pacientes formados.
Se presentan los datos preliminares de 21 pacientes de un total de 150 a reclutar en los próximos meses.
El 79% de los pacientes comentarían al profesional si éste no verifica los fármacos que le va administrar, el 71% si no le identificara correctamente con nombre y apellidos, el 67% si no le informara sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los fármacos y el 57,5% si no realiza la higiene de manos cuando debe. El género del profesional no influye en los pacientes a la hora de atreverse a comunicar la no adherencia a la práctica segura. De la misma manera el estamento del profesional no influye en la mayoría de los pacientes aunque el 14% se sentiría más cómodo comentándolo si el profesional es médico y el 5% si es enfermera
Conclusión
Aunque la mayor parte de los pacientes dicen que comentarían a los profesionales si éstos incumplen una práctica segura, la respuesta influye mucho según la práctica segura vulnerada. Probablemente la diferente percepción del riesgo para su propia

AUTORES: Isabel Rodrigo Rincon; I Irigoyen Aristorena; B Tirapu Leon; M Martin Vizcaino; N Zaballos Barcala; M Sarobe Carricas.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario De Navarra.

ID: 71

TÍTULO: LA IGUALDAD DE GÉNERO COMO POLÍTICA DE GESTIÓN DEL TALENTO

RESUMEN:
Desde el año 2002 implantó un modelo propio basado en la gestión social hacia los profesionales, como mecanismo para conseguir los objetivos esenciales de la organización.
En el marco de estas políticas se desplegaron diferentes prácticas, como la definición nuestros valores y compromisos éticos. Igualmente se desarrolló una política de igualdad liderada por la comisión de responsabilidad social y gestión ética.
Transmitir nuestros valores e impulsar acciones para favorecer un entorno igualitario que favorezca el talento de todas las personas que integran la organización.
Anualmente la Comisión planifica acciones encaminadas a conseguir los objetivos estratégicos de la organización en materia de gestión social e igualdad. Destacamos los actos conmemorativos del este 8 de marzo:
- Presentación de un conjunto de vídeos micro cápsulas protagonizados por los propios profesionales, relatando diferentes visiones y vivencias en relación a la discriminación de género. La difusión de lo videos se realizó tanto en la intranet como en las redes sociales con la intención de sensibilizar en materia de violencia de género y desigualdad.
- Conferencia sobre "Políticas de igualdad efectivas", impartida por una consultora experta en la implantación de políticas de igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito laboral.
- Parada y concentración de todos los profesionales y lectura de un manifiesto reivindicando nuestro rechazo contra la violencia y discriminación de género.
- Reparto de chapas contra la discriminación para todo el personal.
- Exposición de gran formato en los principales pasillos de acceso al centro sobre "mujeres mayores", con la idea de mostrar la "invisibilización" que sufren las mujeres al llegar a una cierta edad.

Independientemente de todas estas acciones dentro de nuestra organización disponemos de un plan de igualdad hecho a medida, además de un agente y una comisión de igualdad que juntamente con la Dirección de Gestión Social y Corporativa vela por el cumplimiento de dicho plan, y actúan como un agente impulsor para un entorno igualitario.
Como consecuencia de todo el trayecto iniciado des del 2002, tenemos resultados en las personas que acreditan a través de diferentes indicadores, entre ellos la encuesta de Clima Laboral donde se refleja que somos considerados por los propios profesionales como un lugar excelente para trabajar. (Reconocimiento "Great Place To Work 2018")
Se refleja también en los indicadores de promociones internas, contratación, puestos de responsabilidad por género, así como otros indicadores de gestión de personas.
Destacando finalmente el resultado de la encuesta de clima, donde el 96% de los/las profesionales respondieron positivamente a la afirmación "Somos tratados de forma justa independientemente de nuestro sexo".

AUTORES: Anna Galera Urrea; E Segura Martinez; A Jover Moreno; R Verdejo Torras.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Plató Fundació Privada.

ID: 72

TÍTULO: CIRCUITO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON MARCAPASOS

RESUMEN:
Tradicionalmente los pacientes con marcapasos no eran candidatos a la realización de ninguna exploración de Resonancia Magnética (RM) porque podían dañar el dispositivo haciendolo disfuncionante, lo cual tendría serias repercusiones sobre el paciente. Esta imposibilidad impedía estudiar pacientes con esclerosis múltiples, tumores cerebrales, tumores de recto, roturas de ligamentos de la rodialla entre otros.
Con la aparación de nuevos dispositivos y estudios recientes de compatiblidad ya es posible la realización de RM a pacientes con ciertos dispositivos y con una seria de condicionantes. Lo cual complica el proceso porque no se puede realizar de forma sistemamática a todos los pacientes, siendo necesaria la colaboración entre los servicios de Radiologia y Cardiología para poder seleccionar correctamente los pacientes aptos para la RM.
Realizar un circuito para citar pacientes con dispositivo intracardiacos sin complicaciones para el paciente.
Se crea una prestación de RM nueva llamada 'RM MARCAPASOS' para que pueda ser pedida y citada por cualquier médico del hospital. Esta prestación se cita un día en concreto de la semana para que un especialista en Marcapasos realice el 'check list' para ver si se puede realizar o no el estudio.
Este 'check list' consta de 2 apartados uno con características cardiológicas y la otra radiológica y de medicación.
En el caso que el paciente no cumple con el 'check list' se le desestima para la exploración. En cambio si es apto se le realiza la exploración que el médico ha solicitado en los datos clínicos de la exploración. Antes de la realización de la RM el paciente firma el consentimiento necesario creado para lo mismo.
Durante toda la exploración el especialista en Marcapasos esta presesnta por si sucede algún improvisto. Al terminar el estudio se realiza un chequeo del Marcapasos para comprobar que todo funcionar correctamente.
Por útimo, se ha dado una sesión a todos los médicos del hospital para que conozcan el circutito y pidan correctamente las exploraciones.
Desde que se ha implantado el nuevo circuito en Abril de 2018 se han realizado 2 RM MARCAPASOS sin ningún contratiempo para el paciente y 1 paciente ha sido rechazado por no ser su dispositivo compatible con la RM.

AUTORES: Félix Guerra Gutiérrez; F Navarro del Amo; J Silva Coya; E Fernández Delgado; L Rubio Cirilo; L Alfaro Cadenas.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Villalba.

ID: 73

TÍTULO: GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: DE LA NORMA 179003 E ISO 9001:2008 A LA NORMA 9001:2015

RESUMEN: Los Servicios de Hemodiálisis (HD) y Laboratorio están certificados en la Norma ISO 9001 (enero de 2004 y marzo 2010 respectivamente), y en la Norma 179003 "Servicios Sanitarios. Gestión de riesgos (GR) para la Seguridad del paciente", desde el diciembre de 2011 y marzo 2013 respectivamente. Por decisión estratégica de la dirección se mantendrá la certificación en la Norma ISO 9001, de carácter internacional, y se enfocará el sistema siguiendo las directrices de esta Norma. Adaptar el sistema de GR y Calidad implantado a la Norma ISO 9001:2015

Específicos:

-Reciclaje de la responsable de Calidad en requisitos nuevos de la Norma.

-Mantener la cultura de seguridad en los servicios

La responsable de Calidad se inscribe en curso impartido por AENOR.

Reuniones con dirección.

Reuniones con el personal para:

•Elaboración de documentos requeridos y revisión posterior por dirección: Análisis DAFO y de las partes interesadas.

•Revisión del sistema: simplificar el registro de riesgos y revisar controles establecidos; incluir controles/barreras potenciales.

Revisión documentos y adecuación de procedimientos generales a nuevas directrices.

Elaboración del Mapa de riesgos. Establecer e implantar planes de tratamiento.

Participación de la responsable de Calidad en auditorías internas de la Norma en otros centros.

Realización de auditorías internas y externas

La responsable de Calidad realiza un curso impartido por AENOR de la Norma 9001:2015 en septiembre 2017.

Se realizan reuniones bimestrales con el personal y 3 con la alta dirección en un trimestre, para revisión del sistema: objetivos, no conformidades (NC), notificaciones, riesgos y controles establecidos, indicadores de procesos, etc. Se simplifican los registros mediante consenso.

Nuevas ediciones de procedimientos.

Enero 2018 hecho análisis DAFO y de partes interesadas (fuentes de información para identificación, Necesidades, Expectativas, Requisitos/medios de control y seguimiento).

Enero 2018 Mapas de riesgos (datos 2012 a 2017).

Responsable de Calidad como auditora de la Norma en otros centros: dic 2017 (S. Limpieza y Hostelería), feb 2018 (S. Farmacia) y abril 2018 (S. laboratorio).

Realización de auditorías externas marzo 2018, con 0 NC en HD y 1 NC en Laboratorio.

CONCLUSIONES

La implicación del personal y dirección en los sistemas de Calidad implantados se refleja en la participación en el mantenimiento y seguimiento de los mismos, mediante las reuniones, registro de notificaciones, registro de incidencias (vivo) y actualizaciones de procedimientos cuando procede.

La responsable de Calidad es conocedora de la Norma y participa de forma activa como auditora en otros centros, lo que enriquece la visión. El personal con cultura de seguridad del paciente hace que su labor sea más segura, y gestiona y controla los riesgos de su Servicio. Los resultados de las auditorías externas reflejan la adecuación de los sistemas a las nuevas directrices de la Norma 9001:2015.

AUTORES: Mónica Rodríguez Castaño; Am Albán Salgado; Lm García Rivela.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Da Barbanza - Área Santiago De Compostela E A Barbanza.

ID: 75

TÍTULO: PROYECTO DE MEJORA DE VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN MAYORES DE 60 AÑOS

RESUMEN:
La enfermedad neumocócica invasora (ENI) y la neumonía adquirida en la comunidad son causa importante de morbimortalidad en adultos.
La edad es uno de los factores de riesgo más importantes relacionados con mayor predisposición a sufrir enfermedad neumocócica por la coincidencia de factores de riesgo y la disminución progresiva de la respuesta inmune asociada al envejecimiento.
A pesar de ser la vacunación la principal herramienta preventiva disponible frente a estas patologías, las coberturas en adultos son bajas.
En 2017 en nuestro centro, la cobertura global de vacunación antineumocócica en mayores de 60 años fue del 57,81%, habiendo recibido la vacuna conjugada el 63% de los inmunodeprimidos y el 46,5% de las personas con patología crónica.
En 2018 cambian las recomendaciones de vacunación antineumocócica en nuestra Comunidad, incluyendo la vacuna conjugada para todas las personas con 60 años o más y adultos con patología crónica, y recomendando pauta secuencial con vacuna de polisacáridos en personas de alto riesgo de ENI.
Dada la importancia de la prevención de estas patologías se considera prioritaria la puesta en marcha de acciones que garanticen la adecuada vacunación de las personas con 60 años o más de nuestro cupo.
Alcanzar una cobertura de vacunación mayor o igual al 70% frente al Neumococo, en la población de edad mayor o igual a 60 años perteneciente a nuestro cupo.
Se creó el equipo de mejora formado por los profesionales que atienden a esta población.
Se realizó un análisis de la situación revisando la historia de los 452 pacientes con 60 años o más para comprobar la existencia de patología crónica o condición de alto riesgo y situación vacunal.
Se identificaron las causas del problema, se realizó un análisis y se seleccionaron las causas abordables.
Se establecieron acciones de mejora que incluyeron: actualización de los profesionales con las recomendaciones de vacunación, captación activa (llamada telefónica, investigar el estado vacunal en cada visita al centro, cartelería...) y vacunación oportunista, entre otras.
Se planificó la implantación del plan de acción en mayo de 2018.
Se propuso realizar monitorizaciones parciales que permitieran conocer el nivel de cumplimiento de las acciones propuestas y una evaluación final al año del inicio del programa comprobando el indicador de cobertura fijada en el objetivo.
La dimensión de la calidad abordada se encuadra en el área de efectividad.
En la actualidad se han realizado parte de las acciones propuestas: sesión de formación para los profesionales y elaboración de listados de pacientes susceptibles.
Se está en proceso de captación e iniciando la vacunación de las personas susceptibles.
Se realizará la primera revisión parcial en septiembre, para valorar la variación de cobertura.
La puesta en marcha de un proyecto de calidad contribuye de manera importante a identificar problemas a veces poco conocidos y encontrar acciones encaminadas a solventar las causas.

AUTORES: Arturo González Sánchez[1]; L Martín Méndez[2]; G García Ortega[3]; A Aguado Arranz[4]; MA Tapias Ledesma[5]; L Carbonell Muñoz[6].

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Universitario El Soto[1, 2, 3, 4, 5]; Centro de Salud Parque Coimbra[6].

ID: 76

TÍTULO: CÓMO CUIDAR SIN CONTENCIONES FÍSICAS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

RESUMEN: En muchos entornos persiste la creencia que las contenciones físicas, en el ámbito hospitalario, sean una herramienta de primera opción para la seguridad de pacientes con alteración conductual y riesgo de caídas. En cambio, los perjuicios físicos y psicológicos de las contenciones físicas son ampliamente estudiados y documentados. Existen modelos de cuidado sin contenciones, que se fundamentan sobre un cambio cultural y organizativo, aportando valor para el paciente y profesionales. Estos modelos se han aplicado principalmente en residencias geriátricas, mientras hay menos evidencia en hospitales de agudos o de atención intermedia (sub y post-agudos geriátricos).

Principal:

•Disminuir la prevalencia de contenciones físicas en pacientes con alteración de la conducta, errantes o con medio/alto riesgo de caídas.

Intermedios:

•Identificar las necesidades reales de los pacientes de forma multidisciplinar, teniendo en cuenta sus vivencias previas.

•Fomentar la cultura de la movilidad y mejorar la sintomatología conductual a través de psicoestimulación emocional y afectiva.

•Provocar un cambio cultural en la manera de cuidar de los profesionales.

1ª FASE: Capacitación del equipo en la nueva metodología (principios y organización).

2ª FASE: Análisis del contexto (centro, características de pacientes, contenciones colocadas, aspectos arquitectónicos y dinámicas de trabajo de los profesionales).

3º FASE: implementación del proyecto en una unidad de convalecencia y rehabilitación geriátrica de 39 camas. Acciones de difusión. Los aspectos organizativos incluyeron:

-Diseño del método de vigilancia 24h por los diversos turnos y profesionales

-Modificación del parte de enfermería especificando intensidad de vigilancia necesaria y ayuda técnica requerida

- Creación de la figura de “Auxiliar Responsable de Caídas y Seguridad”
- Creación de la “Zona segura”: habitaciones próximas al control de enfermería, sala de actividades/comedor
- Introducción de ayudas técnicas para facilitar la vigilancia (sensores de movimiento)
- Reuniones semanales de seguimiento

Evaluamos el proyecto entre Enero y Abril del 2018. De 9 pacientes que ingresaron con contención física, la retiramos en 8 casos. Todos tenían deterioro cognitvo o habían presentado delirium. 7 mejoraron funcionalmente en actividades diarias (I. Barthel promedio: ingreso=30/100, alta=50/100) y deambulación (escala FAC promedio: ingreso=1/5, alta=4/5). En 5 se reeducó incontinencia. No se incrementaron las caídas respecto al cuatrimestre previo. Los profesionales han valorado el proyecto como muy satisfactorio a nivel personal, con mejoría en la humanización del trato. Según nuestros resultados preliminares, la implementación del programa en atención intermedia parece factible, y supone un cambio en el enfoque de los cuidados basado en la atención centrada en la persona, con mejoras de la calidad de atención y retirada de las contenciones físicas.

AUTORES: María Eulalia Casanova Falguera[1]; MT Molins Vara[2]; MJ Pérez Guijarro[3]; M Rodó Cobo[4]; M Inzitari[5]; AM Urrutia Beaskoa[6].

CENTRO DE TRABAJO: Parc Sanitari Pere Virgili[1, 2, 3, 4, 5]; Fundación Cuidados Dignos[6].

ID: 77

TÍTULO: MEJORANDO LA CALIDAD EN LA TRANSFUSIÓN: CON UN CONCENTRADO HEMATIES GANAMOS VIDA Y OPTIMIZAMOS RECURSOS

RESUMEN:
La sangre es un recurso escaso que depende del carácter altruista de donantes. En los últimos años las necesidades han crecido exponencialmente, sobretodo en pacientes hematológicos, que por la evolución de su enfermedad necesitan transfusiones periódicas, ocasionando un deterioro en su calidad de vida personal y familiar, así como un consumo de recursos sanitarios creciente.
Objetivo principal: modificar patrones habituales de transfusión de 2CH a 1, en pacientes hematológicos, analizando su implicación en la mejoría de la calidad de vida percibida.
Objetivos secundarios: analizar estabilidad clínica (número de semanas sin transfundir), estabilidad analítica y efectos adversos de politransfusión (sobrecarga férrica, complicaciones accesos venosos), ahorro en número de CH utilizados y gestión de los recursos sanitarios (estancia hospitalaria y gasto sanitario)
Estudio de corte prospectivo en abril-diciembre/2017 en pacientes hematológicos según criterios de inclusión y con necesidad transfusional periódica.
La calidad de vida se recogió mediante anamnesis, analizando el menor tiempo de estancia hospitalaria durante la transfusión, la satisfacción y la percepción acerca de la menor sobrecarga familiar.
Analizamos edad/sexo y parámetros de estabilidad clínica: datos de hemoglobina, hematocrito y patrón ferrocinético, número de procedimientos realizados, CH transfundidos y tiempo (semanas) entre transfusiones.
Registramos la reducción del número de CH mensualmente y comparamos de forma global con datos del 2016
Evaluamos 203visitas de 52pacientes.
Satisfacción-Calidad Vida: 98% refieren alto grado de satisfacción con la reducción, 97% mostró estar contento con el tiempo ganado para su familia y 100% recomendaría esta práctica a pacientes con patologías similares.
Respuesta Clínica: 95% han permanecido estables, sin complicaciones o empeoramiento clínico. El número de semanas entre transfusiones se mantuvo estable. Sólo 3% precisaron nueva transfusión en periodo más corto de tiempo. Ningún paciente presentó complicaciones con accesos venosos ni documentó sobrecarga férrica.
Reducción de CH empleados fue 30% dentro de hematología y 74% con respecto al resto del hospital (comparado con 2016), lo que supone para un gasto medio 150€ por CH, una reducción económica y de recursos sanitarios muy importante.
CONCLUSIÓN
La reducción de CH mejora el concepto de calidad de vida percibida por el paciente, sin que ello suponga un deterioro clínico o analítico, facilitando el principio ético básico de no hacer/no dañar a este grupo tan susceptible.
Además genera un ahorro del gasto, una medida eficiente, que permitirá destinar recursos al desarrollo de nuevos proyectos que mejoren la calidad asistencial, de vida y satisfacción de los pacientes.
La ampliación del proyecto al resto de especialidades, introduciendo escalas de calidad de vida unificadas, permitirán comparar datos cualitativos y subjetivos entre servicios/hospitales y reforzarán estos resultados

AUTORES: Rafael Martos Martínez; M Yuste Platero; E Gonzalez Arias; Mp Llamas Sillero; L Rubio Cirilo; L Alfaro Cadenas.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General De Villalba.

ID: 78

TÍTULO: CREACIÓN DE UN PROYECTO COMÚN. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS Y LABORATORIO CLÍNICO.

RESUMEN:
En la bibliografía de los últimos años se encuentran múltiples estudios que demuestran la alta morbi-mortalidad asociada a errores en la atención sanitaria, así como su coste, señalando que más de un 50 % de los incidentes de seguridad del paciente podrían haberse evitado.
La asistencia sanitaria depende en gran medida del Laboratorio que es esencial para el diagnóstico y establecimiento de las medidas terapéuticas. La mayor parte de los errores de laboratorio ocurren en las fases pre y postanalíticas. Los principales y más peligrosos son los que tienen que ver con pruebas inadecuadas, error de identificación del paciente y sus muestras biológicas, interpretación de resultados y comunicación de valores críticos, que serán determinantes en las decisiones médicas. En la última década se ha despertado un gran interés por crear sistemas sanitarios más seguros y eficaces, donde la confianza de los pacientes en el sistema y la sensación de buena atención sea el factor predominante.
Crear un grupo multidisciplinar cuyo cometido sea el análisis de incidentes de seguridad.
Fomentar la educación sobre notificación de incidentes en el Laboratorio Clínico.
Desarrollar estrategias para aumentar el nivel de interés dentro de los profesionales sanitarios sobre la seguridad del paciente.
Se crea un grupo de profesionales sanitarios multidisciplinar centralizado en el Servicio de Urgencias, incluyendo un representante del Laboratorio de Urgencias.
Dicho grupo de trabajo se reunirá de forma periódica y mantendrán comunicación constante entre los miembros para el análisis de incidentes.
En cuanto al laboratorio clínico, se presentan los principales incidentes detectados en los últimos meses relacionados con la fase preanalítica, analítica y postanalítica. Para ello, en el Laboratorio de Urgencias, se hace un registro de los incidentes ocurridos a lo largo de las 24 horas de su actividad en los últimos tres meses
Se ha detectado que la mayoría de los errores están relacionados con la identificación del paciente y sus muestras, utilización de contenedores inadecuados y comunicación de valores críticos.
Se dialoga sobre la forma de proceder para afrontar dichos datos y se propone distintos proyectos de acción como elaborar cursos educativos para personal sanitario, fomentar la cultura de seguridad al paciente entre el personal y diseñar protocolos de actuación para el laboratorio frente a situaciones relacionadas con seguridad del paciente.
Los primeros resultados muestran mejoras en los indicadores utilizados.
CONCLUSIONES
- La creación de grupos multidisciplinares en el entorno hospitalario encargados de la seguridad del paciente, es una iniciativa altamente recomendada.
- El laboratorio clínico participa de forma activa en el proyecto común de Seguridad del paciente.
- La premisa del grupo de trabajo es no culpabilizar sino analizar y prevenir los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

AUTORES: Aránzazu Martín García; ML Cigüenza Fuster.

CENTRO DE TRABAJO: HUPH Majadahonda.

ID: 79

TÍTULO: APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN LA MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA

RESUMEN:
La unidad de dispensación ambulatoria (UDA) recibe anualmente 55.993 visitas de pacientes (230 pacientes al día), un 11% de atención farmacéutica (AF) y un 89% a dispensación. Las visitas de AF sólo se realizan para los inicios y cambios de tratamiento (15-20 minutos por paciente). No incluye visitas de seguimiento clínico, ya que sólo se dispone de 1,5 farmacéuticos y 5 técnicos, en un espacio físico con 1 despacho para AF y 3 para dispensación. La dispensación se realiza a través de un robot (ROWA).
Solo un 37% del total de visitas, se programan para la recogida de medicación mediante 2 agendas de dispensación, que no están integradas con el gestor de colas, generando un tiempo de espera por paciente de hasta 90 minutos. Optimizar el funcionamiento actual de una UDA centrada en el paciente, mediante el uso de la metodología LEAN. El proyecto se encuentra en fase de desarrollo y únicamente se dispone de datos desde febrero de 2018 hasta la fecha.
Se diseñó el mapa de flujo del paciente, para identificar los problemas y esperas del proceso, realizándose la priorización de los puntos de mejora, mediante la matriz de esfuerzo versus impacto.
Se realizaron un total de 20 reuniones de un equipo multidisciplinar aplicando el análisis de procesos y se procedió en una primera etapa a la implantación de las mejoras priorizadas:
- Creación de agendas de AF y de dispensación, y programación de todos los pacientes.
- Integración del gestor de colas con las agendas de programación, disponiendo de un punto de información al usuario.
- Designación de responsables en la reposición del ROWA, para priorizar el orden de reposición y esta sea constante.
- Resolución inmediata de incidencias relacionadas con el programa de prescripción-dispensación electrónica (Silicon®).
- Mejorar el circuito de alta de pacientes con MHDA.

Todos estas iniciativas permitieron organizar el trabajo, eliminar la confusión en la selección de la cola por el paciente, garantizar la disponibilidad de los medicamentos durante la dispensación, evitar descuadres de los stocks, coordinar con antelación las altas y evitar la existencia de circuitos paralelos de prescripción.
En una etapa posterior se dará paso al resto de acciones de mejora:
- Redistribución del proceso de validación de la MHDA por áreas de responsabilidad farmacéutica.
- Ampliación del espacio físico para disponer de un mayor número de puntos de AF, para incrementar el número de visitas de seguimiento clínico.
- Disponer de un farmacéutico exclusivo para la atención de pacientes oncohematológicos.
- Mejorar la coordinación con los diferentes servicios médicos de consultas externas y la comunicación intraservicio.

Conclusión: Es evidente que el actual modelo de la UDA no se adapta a las necesidades de los pacientes, por ser estos cada vez más complejos y requerir de una AF cada vez más especializada, razón por la que se necesita un cambio de estructural y organizativo centrado en el paciente.

AUTORES: Constanza Salazar Valdebenito; I Cardona Pascual; M Gómez Domingo; C Alerany Pardo; M Gorgas Torner.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Vall d'Hebron.

ID: 80

TÍTULO: ¿ES EFICAZ LA IONTOFORESIS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PALMOPLANTAR?

RESUMEN: En la hiperhidrosis palmoplantar (HPP) se produce un aumento de sudoración en distintas partes del cuerpo como manos, pies axilas y cara, que compromete la calidad de vida de la persona a nivel social y laboral y familiar. Entre otras opciones terapéuticas, la iontoforesis es una alternativa no invasiva costo efectiva para la hiperhidrosis. Evaluar la eficacia de la iontoforesis en el tratamiento de la HPP. Determinar su periodo de efectividad y valorar la posibilidad de ofrecerlo como alternativa domiciliaria a otros tratamientos.
Periodo de estudio: mayo 2013 - junio 2016.
Ámbito: Hospital público de segundo nivel de la Comunidad de Madrid.
Estudio prospectivo con una serie de 55 casos diagnosticados de HPP. A los pacientes, se les aplicó un tratamiento de iontoforesis con corriente galvánica en agua del grifo (galvanización de manos y pies, 10 sesiones, 5 días a la semana, durante 30 minutos realizando un cambio de polaridad a mitad de la sesión. El seguimiento de la intervención fue de al menos 30 días tras la aplicación del tratamiento.
Las variables que se midieron con escalas validadas, fueron:
- intensidad de la sudoración en la percepción subjetiva del paciente,
- intensidad de sudoración objetiva con la gravimetría,
- calidad de vida con la DLQI,
- ansiedad del paciente con la escala Hamilton,
- incidencia de efectos adversos,
- satisfacción con el tratamiento.

Estas medidas se tomaron al inicio, al final de tratamiento y en el seguimiento de 15 días. Se consideró éxito del tratamiento la disminución de 1 o 2 puntos en la HDSS según la puntuación inicial.
RESULTADOS
Se encontraron valores de éxito del tratamiento del 78,2% en manos y 74,5% en pies. De estos, el 55,2% mantuvo la eficacia después de 15 días y el 50% al mes. La mediana del tiempo que se mantuvo la mejoría fue de 30 días. El efecto deseado se alcanzó en el 50% de los pacientes a las 9 sesiones. La ansiedad, en ocasiones atribuida a la HPP, no era dependiente de la sudoración. 6 pacientes presentaron efectos adversos leves y de corta duración (sequedad de boca, enrojecimiento y picor de piel). El índice de satisfacción media fue de 7,23/10.
CONCLUSIONES
•En el estudio la iontoforesis ha demostrado ser un tratamiento eficaz, barato y fácil de administrar con posibilidad de hacerlo en el domicilio.
•La mediana del tiempo en la que se mantuvo la mejoría fue de 30 días.
•11% de los pacientes sufrieron efectos adversos leves y fáciles de evitar.
•Su mayor inconveniente es la reversibilidad de sus efectos en el tiempo, lo que hace necesaria la repetición periódica de su aplicación.
•Es un tratamiento que puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes ya que la HPP provoca un gran impacto a nivel funcional-laboral y psicosocial que origina una pérdida de calidad de vida de los pacientes. Por todo esto pensamos que es necesaria la sensibilización del profesional sanitario en la búsqueda activa de estos pacientes.

AUTORES: Lourdes Fernández García; IM Galán Meléndez; MP González Ortega; L Sastre Torregrosa; MD Muñoz Frejo; J Aboitiz Cantalapiedra.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ID: 81

TÍTULO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADA A LA PRÁCTICA CLÍNICA. UN CAMBIO DE CULTURA. GRUPO DE SEGURIDAD. URGENCIAS. HUPHM.

RESUMEN:
Millones de personas mueren cada año por errores médicos e infecciones vinculadas a la asistencia sanitaria. Los errores médicos ocupan la tercera causa de muerte en EEUU por detrás de la Cardiopatía Isquémica y el Cáncer (BMJ 2016).
La responsabilidad de la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria exige un compromiso institucional y político que dirija sus esfuerzos hacia el 'ante todo NO hacer daño', marcado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.
La Seguridad Clínica es por tanto un componente de la asistencia sanitaria exenta de todo daño o riesgo innecesario, que exige desde el punto de vista profesional prácticas seguras, desde el marco Institucional centros seguros y desde el marco político, estrategias que promueven cambios en el SNS y en la sociedad.
En los últimos años se están implementando múltiples estrategias para la prevención de errores en medicina y mejorar la seguridad de los pacientes, contribuyendo a mejorar la calidad y eficiencia de la atención sanitaria, pero a la vez, el progresivo crecimiento de la actividad asistencial, la progresiva complejidad y especialización de procesos y nuevas técnicas sanitarias, han favorecido la aparición de numerosos Eventos Adversos (EA) ligados a la hospitalización de los pacientes.
En España, el estudio ENEAS (2005) muestra que un 37,5% del total de EA Hospitalarios se originaron en Urgencias y el Estudio EVADUR muestra que un 14% de los pacientes visitados en Urgencias sufrirán algún Incidente o EA, siendo el 70% evitables.
La mayor dificultad en la prevención de errores reside en que para obtener resultados alentadores, se requiere fundamentalmente un profundo cambio de cultura de los profesionales en el abordaje del error.
OBJETIVOS
1.- Identificar prácticas seguras y métodos para minimizar los riesgos inherentes a la atención sanitaria en Urgencias de un Hospital de alta complejidad, así como desarrollar herramientas que nos permitan su detección.
2.- Promover una Cultura de Seguridad que sensibilice a los profesionales.
Se crea un grupo de profesionales sanitarios sensibilizados que trabajan en Urgencias, para el análisis de incidentes y los factores que puedan contribuir a minimizar la ocurrencia de EA.
Se diseña un Plan de Mejora 2017-2018 con los siguientes objetivos específicos:
Reactivar Sistema de Notificación On Line. CISEMadrid.
Formación a los profesionales.
Análisis de Cultura de Seguridad. Para ello se ha distribuido una Encuesta (Adaptación Cuestionario AHRQ) a 241 profesionales.
La Seguridad Clínica implica la sensibilización de los profesionales en prevención de riesgos.
Se constituye la Comisión de Seguridad, que se reúne bimensualmente para el análisis de incidentes, implicando a la Unidad de Calidad y a la Gerencia del Hospital en el desarrollo de acciones de mejora.
Todavía se requiere un profundo cambio de la Cultura de Seguridad en el abordaje del error sanitario.

AUTORES: Maria Luisa Ciguenza Fuster; Ma Maqueda Martin; A Martín García; A Junco García; R Capilla Pueyo.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Puerta De Hierro Majadahonda.

ID: 82

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

RESUMEN: Implementar un proceso quirúrgico eficiente y seguro tanto para el paciente como de los profesionales que participan.

- Asegurar la calidad asistencial.
- Garantizar la seguridad del paciente y de profesionales implicados.
- Realización de estudio de necesidades y garantizar la dotación de material necesario en la unidad para el proceso.
- Colaboración activa de los servicios implicados.
- Establecer metodología de trabajo óptima y segura. Elaboración de protocolos asistenciales.

La quimioterapia intraoperatoria hipertérmica es el proceso mediante el cual se administra quimioterapia potenciada con calor, una vez realizada cirugía de citorreducción radical en la cavidad peritoneal.

Su implementación conlleva una coordinación exhaustiva de la Supervisión de enfermería con diferentes servicios:

- Servicio de suministros y Supervisora de Enfermería de Recursos materiales. Material específico y necesario para HIPEC.
- Servicio de Cirugía General: información y formación en el proceso de enfermería. establecer necesidades materiales y humanas.
- Servicio de Anestesia: valoración de necesidades del paciente y material específico para su control, valoración y seguimiento.
- Servicio de Prevención de Riesgos laborales: información, formación y revisiones al personal implicado en el proceso (Protocolo de manejo de citostáticos en HIPEC). ƒ
- Servicio de Recursos humanos:
  - Enfermería: creación de equipo de enfermería formado e implicado.
  - Tcae: implementación de protocolo de limpieza de material quirúrgico empleado.
  - Celador.
  - Limpieza.
- Laboratorio: prioridad.
- Anatomía patológica: trazabilidad de muestras.
- Farmacia: Gestión de la medicación quimioterápica.
- U.C.I: comunicación activa y traslado seguro.
- Gestión de residuos.

La implementación de un proceso quirúrgico conlleva el conocimiento del procedimiento quirúrgico en todas sus fases, fundamental para prestar con la mayor calidad los cuidados de enfermería que requieren los pacientes sometidos a HIPEC. El establecimiento de protocolos de necesidades y actuación del equipo quirúrgico de enfermería así como la buena coordinación con los diferentes servicios implicados mejora la eficiencia, optimizan los recursos, facilitan la comodidad y la seguridad de los profesionales implicados, agiliza el proceso quirúrgico garantizando la calidad asistencial, la seguridad del paciente y de los propios profesionales implicados en el proceso. La puesta en marcha de protocolos y normas para la prevención de riesgos laborales en todas las fases de trabajo hace que aumente la seguridad del paciente y del personal sanitario que interviene en el procedimiento y se realice una óptima gestión de residuos.

AUTORES: Mercedes Miguel Vázquez; P Zaragoza Pérez; L Diez Gonzalez; C Sancha García; E Miguel Vázquez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital universitario de Burgos.

ID: 83

TÍTULO: BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DE PACIENTES.FLEBITIS ZERO

RESUMEN:
La flebitis se define como una inflamación de la capa interna venosa cuyo origen puede ser mecánico, químico o infeccioso. En la actualidad al 66,6 % de los pacientes ingresados se les ha insertado un catéter venoso periférico (CVP). La flebitis forma parte del 12,9% de los efectos adversos detectados y su incidencia tiene un amplio intervalo internacional en el rango 2,3% al 60%, siendo una tasa aceptable el 5% según la Infusion Nursing Society. Este amplio rango puede deberse a la variabilidad de la técnica en la inserción y mantenimiento de los CVP, de donde surge la necesidad de realizar una intervención estandarizada que frene la incidencia de la flebitis.
Objetivo principal :
Determinar y analizar la incidencia de flebitis asociada al CVP y los factores relacionados
Objetivos específicos:
- Homogeneizar actividades de enfermería en el cuidado de los CVP. Disminuir la variabilidad en la inserción y mantenimiento del CVP.
- Documentar todos los episodios de flebitis categorizándolos según etiología.
- Promover y reforzar la Cultura de Seguridad en las Unidades de Hospitalización.

Estudio longitudinal prospectivo para medir la incidencia de flebitis a los pacientes ingresados en dos unidades hospitalarias pre y post intervención, desde el 2017 forman parte dos Unidades Hospitalarias más. La intervención consiste en sesiones formativas online a los profesionales de enfermería. El estudio continúa posteriormente con recogida de datos en dos cortes anuales para determinar la evolución de la incidencia.
Para cumplir el objetivo específico “Promover y reforzar la Cultura de Seguridad en las Unidades de Hospitalización” la metodología empleada siguiendo el enfoque y despliegue de nuestro Hospital en el reconocimiento de las personas (profesionales) y la implicación de los profesionales en la mejora continua, se constituyó un grupo de trabajo de profesionales. Este grupo actualizó el protocolo denominado “Inserción, mantenimiento y retirada de CVP”, realizó la formación transversal en todas las Unidades mediante sesiones formativas y un vídeo de soporte gráfico del protocolo, y motivó a los profesionales para completar su formación con un curso online “FlebitisZero”.
Los resultados en la incidencia de flebitis en las Unidades disminuyeron post intervención formativa online de 8,82% al 5,08%.
La utilización de clorhexidina en la técnica de inserción aumentó de un 76,47% pre a un 96,61 post.
En el año 2017 se alcanzó el tercer puesto con mejores resultados en flebitis entre todos los hospitales que participan en el proyecto.

AUTORES: María José Fernández Alzola; Is Blanco Álvarez Isabel; Ro Valencia Murciego Rosa Mª; Si Álvarez Rodríguez Silvia; Lu Gutierrez Fuertes Lucia; La Castellano Uña Laura.

CENTRO DE TRABAJO: CAULE.

ID: 84

TÍTULO: ANÁLISIS DE UNA EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DEL MÉTODO 5'S EN LA SALA DE CIRUGÍA DE UN CENTRO DE SALUD

RESUMEN:
El sistema Lean Healthcare es un modelo de gestión enfocado a la mejora de procesos, consistente en identificar todo aquello que aporta valor para las personas y eliminar lo innecesario. La actividad desarrollada en una sala de cirugía menor y los posibles riesgos implícitos a la misma, exigen que reúna unas condiciones idóneas en relación con aspectos sanitarios y aquellos relativos a la seguridad del paciente.

- Estandarizar el proceso de cirugía menor, reducir la variabilidad y optimizar los recursos existentes.
- Mejorar la atención sanitaria a los pacientes incluidos en el proceso de cirugía menor, reducir errores y eventos adversos y mejorar la calidad de la asistencia.

El método utilizado para mejorar el proceso de cirugía menor, condiciones de la sala y mejora continua de la calidad, es la herramienta 5'S: 1'S (Seiri - seleccionar lo que es necesario), 2'S (Seiton - ordenar lo que es necesario), 3'S (Seiso - Limpiar, eliminar las fuentes de suciedad), 4'S (Seiketsu - estandarizar las reglas de orden) y 5'S (Shitsuke - mantener las condiciones y mejorar).

Valoramos la aplicación a nuestro medio y consensuamos la intervención inmediata siguiendo los pasos:
1'S.- Revisión del proceso de cirugía menor, la sala y el material, identificando lo estrictamente necesario, con qué frecuencia y en qué cantidad. Desechamos todo lo innecesario.
2'S.- Colocación de todo lo necesario, mejorando la accesibilidad, en el menor tiempo posible y sin rodeos. Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.
3'S.- Detección de fuentes de suciedad (cajas en el suelo, carteles,…) y eliminación. Notificación al servicio de limpieza facilitando instrucciones de higienización de paredes, suelo y muebles y pautas de frecuencia de la limpieza.
4'S.- Se establecen reglas de orden de los materiales e instrumental y lugar exacto de colocación de los distintos equipos y utensilios necesarios para la actividad. En este punto, seguimos valorando reglas de estandarización.
5'S.- Se acuerda revisión mensual de las diferentes zonas de la sala con el fin de detectar fallos, deficiencias, y posibilidades de mejora.
RESULTADOS
Tras la aplicación de 1'S, 2'S y 3'S comprobamos que la sala es aparentemente más amplia y luminosa, limpia y ordenada y extraordinariamente más funcional. La actividad es más cómoda, rápida y segura.

CONCLUSIÓNES
La aplicación de 5'S en la sala de cirugía menor en un centro de salud supone una mejora en la imagen de la organización y una mejora operativa y en seguridad en relación con la cirugía menor.

AUTORES: Julio Mata Poyo[1]; Cn Andres Martin[2]; M Galan Viñas[3]; L Ledesma Santiago[4]; C Lopez Hernandez[5]; Ja Vega Diaz[6].

CENTRO DE TRABAJO: Zamora Norte[1, 2, 6]; Dr. Fleming[3]; Puerta Nueva[4]; Gerencia Ap[5].

ID: 85

TÍTULO: INDICE TOBILLO-BRAZO COMO TECNICA DE CRIBADO DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA EN DIABETICOS Y/O TABAQUISMO EN A. P.

RESUMEN:
La enfermedad arterial periférica es una entidad caracterizada por la oclusión esclerótica de las arterias de las extremidades inferiores. Es un factor de riesgo mayor de amputación de extremidades inferiores y un marcador de afectación arteriosclerótica en otros territorios vasculares. Se estima una prevalencia superior al 13% en población mayor de 50 años. El síntoma clásico es la claudicación intermitente, que se manifiesta por calambres y/o dolor en los músculos de las piernas, fundamentalmente al hacer ejercicio o caminar y que se alivia, con cierta rapidez, con el reposo.
 Conocer la prevalencia de enfermedad arterial periférica en personas con diabetes y/o hábito tabáquico en una Zona Básica de Salud rural.
 Reducir el infradiagnóstico, infratratamiento y morbimortalidad por enfermedad arterial periférica
Se valoró la posibilidad de mejorar la asistencia a pacientes con factores de riesgo cardiovascular y sospecha de enfermedad arterial periférica que residen en el medio rural, mediante la implementación de una técnica sencilla como el índice tobillo-brazo (ITB). Se analizó la situación de partida y los recursos disponibles. Se diseñó el proceso, se dio a conocer al resto de profesionales del equipo y se realizó formación al respecto.

La técnica consiste en la utilización de un aparato Doppler con sonda continuo manual y un esfingomanómetro convencional, para comparar la presión arterial sistólica de las extremidades superior e inferior. En nuestro proyecto, la indicación establecida es en pacientes con antecedentes de diabetes y/o hábito tabáquico y sospecha de enfermedad arterial periférica.
RESULTADOS
En atención primaria podemos sospechar enfermedad arterial periférica en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, fundamentalmente diabetes mellitus y tabaquismo: mediante la clínica, la anamnesis, y una exploración física adecuada. El ITB, que correlaciona la presión sistólica de las arterias tibial posterior y pedia con la presión sistólica braquial, permite confirmar el diagnóstico, siendo la principal prueba no invasiva para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica: es rápida, sencilla y barata, con una sensibilidad mayor del 90% y una especificidad del 96%.
CONCLUSIONES
La implementación de técnicas sencillas como el índice tobillo-brazo aumenta la capacidad resolutiva del profesional de atención primaria y el diagnóstico precoz. La detección temprana de casos asintomáticos de enfermedad arterial periférica permite el manejo y control de factores de riesgo modificables, el tratamiento precoz de la enfermedad y la disminución de la morbimortalidad.

AUTORES: JULIO MATA POYO[1]; MC BARTOLOME CALABOZO[2]; L BARRIO PRADA[3]; A CUADRADO BLANCO[4]; C LOPEZ HERNANDEZ[5]; E RODRIGUEZ RODRIGUEZ[6].

CENTRO DE TRABAJO: Zamora Norte[1, 2, 3, 4, 6]; Gerencia Ap[5].

ID: 87

TÍTULO: "NO HACER" EN CUIDADOS RESPIRATORIOS

RESUMEN:
Los profesionales sanitarios debemos de ser críticos con nuestra forma de actuación y no dejarnos llevar por "siempre se ha hecho así". Tenemos la obligación de cuidar con las mejores evidencias disponibles. Nuestro deseo es la cura de nuestros pacientes, no siempre lo conseguimos, pero debemos implicarnos en que nuestras acciones sigan el principio básico de seguridad del paciente, "no hacer daño". Este estudio sigue la tendencia internacional de "no hacer", y se sitúa dentro del compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España.
Identificar recomendaciones que no deberían realizarse en los cuidados de los pacientes con patologías respiratorios, para aumentar la seguridad y calidad de vida de los pacientes con problemas respiratorios.
Difundir las recomendaciones como buenas prácticas para lograr cuidados excelentes que apoyen la sostenibilidad del Sistema Sanitario.
Unificar la intervención enfermera en cuidados respiratorios
Procedimiento sistemático de revisión de la literatura. Búsqueda en bases de datos (Biblioteca virtual salud, Medline, Cochrane, RNAO; GUIA SALUD, UPTO DATE Cuiden, INAHTA, CINAHL, PREEVID, Agencias de tecnologías complementada con búsqueda referencial en las Sociedades Científicas, web del Ministerio Sanidad, DIANASALUD, web de referencia).Cada uno de los artículos seleccionados es revisado por dos miembros del equipo de forma independiente para decidir su inclusión en la revisión. Cuando existen discrepancias se decide en grupo.
Variables: cuidados respiratorios, seguridad, no hacer
Criterios de inclusión: Se seleccionan estudios a partir del título y del resumen del mismo; para un análisis más detallado se revisa el texto completo.
Período de publicación: período comprendido entre 2007-2017.
Idiomas: español, inglés y portugués.
Tipo de estudios: estudios secundarios con mayor nivel de evidencia por su diseño: Guías de Práctica Clínica basadas en evidencias, Síntesis de evidencia, Recomendaciones NO HACER
Se desarrollan estrategias de búsqueda sensibles para cada base de datos(DECs y MeSH)
Intervención: Cualquier intervención de cuidados principales enfermedades respiratorias
Para la obtención de datos se elaboran tablas de síntesis de las evidencias encontradas. El análisis de datos se realiza mediante desarrollo narrativo.
Se localizan 204 recomendaciones, 69 específicas de cuidados, el resto son generales o relativas a prescripción. Se agrupan por áreas de interés (oxigenoterapia, nebulización, actividad/movilización, autocuidados, generalidades).
Tras análisis de las recomendaciones localizadas, se realiza un listado de prácticas no recomendadas, su realización no aporta beneficio pero puede causar perjuicio
No se localizan recomendaciones NO HACER específicas de cuidados respiratorios.
Es un campo de trabajo para mejorar calidad de las intervenciones de enfermería.

AUTORES: YOLANDA MARTIN VAQUERO; A González Sanz; C Villar Bustos.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Zamora.

ID: 88

TÍTULO: REVISIÓN DE LOS MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES DE USO PARENTERAL

RESUMEN:
Los medicamentos fotosensibles necesitan conservarse protegidos de la luz, por lo que deben mantenerse en condiciones apropiadas tanto en el Servicio de Farmacia (SF) como en las Unidades de Hospitalización. Si no vienen acondicionados por la industria farmacéutica en envases topacio, deben conservarse siempre dentro del cartonaje del envase original o envolverlos en papel de aluminio u otro material opaco.
Identificar y señalizar los medicamentos fotosensibles de uso parenteral incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del Área Sanitaria.
Se revisaron todos los medicamentos administrados por vía parenteral, excluyendo las vacunas y las especialidades utilizadas para la preparación de nutrición parenteral. Dado que la estabilidad frente a la luz puede no depender exclusivamente del principio activo, la búsqueda se ha realizado por especialidad farmacéutica mediante consulta en la ficha técnica de cada medicamento.
De las 1378 especialidades incluidas en la GFT, se encontraron 202 de uso parenteral fotosensibles. De ellas, 144 (71,3%) están acondicionadas por la industria farmacéutica en cartonajes unitarios o en presentaciones de color topacio que las protege de la luz. En las 58 restantes (28,7%), o bien no son presentaciones color topacio o bien son envases múltiples que permiten la exposición del fármaco a la luz si se extrae del embalaje original; en esos casos es conveniente envolverlos con papel de aluminio u otro material opaco. De las 58, 18 (31%) son termolábiles, con lo que se consideró que están protegidas de la luz durante su almacenamiento (excepto en el caso de neveras con puertas de cristal transparente).
Por todo ello, en el SF se tomaron las siguientes medidas: señalización de todos los fármacos parenterales fotosensibles en el almacén de Farmacia con una pegatina amarilla identificativa de medicamento fotosensible; en la nevera se colocaron carteles indicando qué medicamentos fotosensibles estaban en su interior; colocación en las estanterías de cajetines tapados con un material opaco para proteger a los fotosensibles incorrectamente acondicionados (40); se diseñó una pegatina amarilla para enviar con el medicamento en la dispensación, alertando de las características de fotosensibilidad en la recepción y almacenamiento en el stock de la unidad.

Conclusión:
-La elaboración del listado ha facilitado el correcto almacenamiento y conservación de los fármacos parenterales fotosensibles.
-Un 28,7% de especialidades requieren, además de la señalización en el SF, el envío de etiqueta identificativa de fotosensibilidad cuando se dispensan a un servicio o unidad.
-Resulta imprescindible la actualización periódica de dicho listado con la incorporación de nuevas especialidades farmacéuticas a la GFT.
-Creemos necesario que los laboratorios incluyan el símbolo de fotosensibilidad en el etiquetado de los medicamentos (actualmente no existe esta obligación según RD 686/2013).

AUTORES: MÓNICA GRANERO LÓPEZ; T GONZÁLEZ FURELOS; M MOSQUERA PEREIRA; I RODRÍGUEZ PENÍN.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Arquitecto Marcide. Xerencia Xestión Integrada De Ferrol.

ID: 90

TÍTULO: IMPLANTACIÓN PROYECTO 'CÓDIGO AMABLE' EN CONSULTAS EXTERNAS

RESUMEN:
El modelo de Certificación 'Centro Amable' está incluido en la Estrategia SERGAS 2020 como proyecto a desarrollar en el Eje estratéGico 1'Atención integral adaptada a las necesidades de los usuarios', por ello el Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, decidió establer un Plan de Implantación de esta certificación en las Consultas Externas.
Obtener el reconocimiento de 'Centro Amable', con el fin de mejorar el trato al paciente, la satisfacción de los usuarios y la confianza en nuestro SPS.
Se inicia el Plan de Implantación en Septiembre de 2017 con la constitución de un grupo de trabajo.
Las primeras reuniones fueron para aumentar el conocimiento del Proyecto, exigencias y acciones necesarias para su consecución.
Antes de establecer los pasos para lograr una evaluación positiva, se realizó un análisis del contexto basal y una descripción de riesgos y oportunidades. Para establecer de forma eficiente el reparto de responsabilidades y actividades de cada miembro. Además se realiza un cronograma, que se plasma en un Diagrama de Gantt.

Se realizó una encuesta a pacientes y acompañantes para conocer quejas, reclamaciones y propuestas de mejora. Se estableció una correlación entre esta información y los criterios que propone el Código Amable.

Las acciones durante el 2018 se centraron en la formación de partes interesadas: Enfermeras y Auxiliares de Consultas, Facultativos y Celadores. Para ello se impartieron 14 sesiones de divulgación del Proyecto, programadas por la Unidad de Docencia e impartidas por la líder del Proyecto. Se consigue una respuesta muy positiva en cuanto al interés suscitado, con una elevada asistencia.
Actualmente se mantiene activa la formación, extendiéndola a facultativos.

También se realizaron actividades concretas para lograr los requisitos que exige la Certificación. Así en la Categoría de Señalización en cuanto a la identificación de los profesionales se aumentó el tamaño del rotulado de uniformes. Se colocaron diferentes carteles y pictogramas en las Consultas, a la vez que se retiraron notas y avisos en negativo dirigidos a los usuarios: 'No llame a la puerta', 'No entre, espere a que le llamemos'....
En Desplazamientos, se establece un sistema de cesión de sillas de ruedas. También en esta categoría se realiza un Procedimiento que regula el voluntariado para acompañamiento a consultas y pruebas.
En Comunicación, se instaura un servicio de traducción para pacientes y acompañantes.
Como mejoras en Señalización se coloca cartelería informativa de horarios de autobuses y radiotaxi en todos los accesos al Hospital.

Actualmente se encuentran en fase de realización una serie de propuestas que propone el Código Amable mediante la dirección de subgrupos liderados por las Supervisoras de Consultas, además está pendiente la Autoevaluación interna y la Auditoría externa.
Aunque el Proyecto se encuentra en fase de implantación se ve reflejado un aumento de la calidad recibida y percibida por los usuarios

AUTORES: María Olga Roca Bergantiños; JC Alvarez Vazquez; MP Morado Quiñoá.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Lucus Augusti.

ID: 91

TÍTULO: CALIDAD DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ESTUDIO DESCRIPTIVO

RESUMEN:
La función primordial de la disciplina enfermera en el ámbito asistencial es el cuidado y se realiza a través de la metodología propia basada en el Proceso de Atención de Enfermería. La incorporación de los aplicativos informáticos como herramienta de trabajo en el campo sanitario permite a las enfermeras disponer de programas específicos que proporcionan un soporte flexible y ágil permitiendo registrar todo el proceso. En esta línea existen estudios que apuntan una baja cumplimentación. La carga de trabajo percibida es un factor importante que repercute en la calidad del registro.
En el área de Formación y Docencia se hace todos los años un informe de la calidad del registro en las unidades de hospitalización, extrayendo los datos del programa Gacela.

- Identificar el grado de cumplimentación de la historia de enfermería en las siguientes áreas: médica, quirúrgica y salud mental
- Describir el grado de cumplimentación de: datos de cabecera, valoración, plan de cuidados, registros y agenda

Estudio descriptivo, transversal, aleatorio. Instrumentos de medida: programa Gacela. Descripción de las variables del estudio: registro de datos de cabecera, valoración, registros, plan de cuidados y cumplimentación de agenda. Tamaño de la muestra: área médica (n=261), área quirúrgica (n=208), y área de salud mental (n=104). Criterios de inclusión: pacientes ingresados un día determinado en todas las unidades de hospitalización.
Los datos de cabecera se han cumplimentado en un 91.45%, siendo en el área médica donde mejor se han realizado (93.52%) seguidos por el área quirúrgica (91.51%) y salud mental (89.33%). El registro de valoración se ha realizado en el 95.79% de los pacientes. En el área de Salud Mental es donde este registro es mayor (98.71%), a continuación le sigue el área médica (95.57%) y por último el área quirúrgica (93.1%).
Dentro de los registros de enfermería se mide la cumplimentación de las escalas Norton, Barthel y Valoración Sociofamiliar en pacientes mayores de 75 años. La cumplimentación ha sido de un 83.05% correspondiendo al área quirúrgica el registro más alto (88.51%) seguido por el área médica (86.50%) y salud mental (75%). Destacamos que en el área médica el porcentaje de pacientes mayores de 75 años es muy superior al resto de las áreas (54.78% frente a 35.57% de la quirúrgica). El resto de registros (catéteres y sondas) arrojan un resultado del 68.87%. El área médica sobresale (80.61%) con respecto a las otras (64.1% y 62%). Esto puede deberse a que en el área quirúrgica muchos de estos dispositivos se han insertado en el bloque quirúrgico y solo se registran los colocados en la unidad y en el área de salud mental no son registros habituales.
Los planes de cuidados están mejor elaborados en el área de Salud Mental (97.42%) y del mismo modo hay una mayor cumplimentación de la agenda de trabajo (78.33%), registro que te permite confirmar las actividades realizadas en el turno de trabajo.

AUTORES: Maria Carmen Enrique Arias; MA Febrero Ortiz De Quintana; MC Tomé Elena.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario De Burgos.

ID: 92

TÍTULO: PERCEPCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE-179003 DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL IBERMUTUAMUR

RESUMEN:
La formación, la concienciación y la sensibilización en Seguridad del Paciente es un requisito esencial para un Sistema de Gestión de Riesgos en un centro sanitario. Por este motivo, se realizó un plan de comunicación específico con el fin de mejorar la percepción de la implantación de la Norma en Seguridad del Paciente del Hospital de Ibermutuamur.
Describir los resultados de las encuestas de percepción de la implantación de la norma UNE 179003:2013 en Seguridad del Paciente del Hospital de Ibermutuamur, antes y después de un plan de comunicación diseñado ad-hoc.
Estudio observacional, transversal y descriptivo sobre la valoración cuantitativa y cualitativa de la percepción de la implantación de la norma UNE 179003:2013 en Seguridad del Paciente. Se compararon los resultados de las encuestas realizadas al personal del hospital en enero 2017, octubre de 2017 y febrero 2018.
En el periodo entre las dos últimas encuestas, se distribuyeron unos folletos cuyo contenido recogía los 10 compromisos en Seguridad del Paciente de nuestro hospital, junto con una separata que destacaba de manera especial el uso del Canal de Notificación. El Responsable de Seguridad del Paciente fue explicando y entregando estos folletos de manera individual, en las distintas áreas del hospital.
Se recogieron 37 tarjetas de encuestas en enero 2017, 54 tarjetas en octubre 2017 y 55 tarjetas en febrero 2018. Las respuestas obtenidas fueron: “¿Ha recibido información sobre la implantación de la Norma?” Sí: 62,2%/ 61,1%/ 96,4% (ene17/oct17/feb18); “¿consideras importante estar certificados en la Norma?” Sí: 86,5%/ 81,5%/ 98,2% (ene17/oct17/feb18); “¿conoces el Canal de Notificación?” Sí: 40,5%/ 40,7%/ 78,2% (ene17/oct17/feb18); ”¿crees que trabajas en un medio seguro?” Sí: 94,6%/ 83,3%/ 98,1% (ene17/oct17/feb18).
Los resultados de las encuestas de enero 2017 y octubre 2017 fueron similares, no observándose mejoría. Sin embargo, después del plan de comunicación específico, sí se apreció una mejora importante en las 4 preguntas, alcanzando entre un 96-98% de respuestas positivas en 3 de las cuestiones; respecto al Canal de Notificación, prácticamente se duplicó el porcentaje de respuestas positivas.
En conclusión, la percepción de la implantación de la norma UNE 179003:2013 en Seguridad del Paciente mejoró sustancialmente después de una acción específica de comunicación. El papel desempeñado por el Responsable de Seguridad del Paciente pareció suponer un valor añadido en cuanto a los resultados positivos.

AUTORES: Eva Calvo Bonacho; P Martínez Muñoz; A Fernández Meseguer; A Madrid Conesa; V Sanz Sanz; O Aragón Sosa.

CENTRO DE TRABAJO: Ibermutuamur. Mutua Colaboradora con la Seguridad Social 274.

ID: 93

TÍTULO: MEJORAR LA INTERRELACIÓN PROFESIONAL EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HUMS.ISO 9001

RESUMEN:
Nuestro Servicio se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015 lo que supone la necesidad de mejora continua.

En la Auditoria interna se puso de manifiesto la separación existente en el desarrollo profesional de médicos y enfermero quizás debido a los diferentes inicios y desarrollos laborales y curriculares de ambas profesiones.
Mejorar la integración asistencial, docente e investigadora entre medicina y enfermería desde posiciones conceptuales más igualatorias y respetuosas.
Poner en marcha un plan general de formación con actividades especificas y compartidas entre médicos y enfermeros.
Unificar la notificación y tratamiento de incidencias y no conformidades.
Transmitir los objetivos del servicio a todo el equipo, asi como de los indicadores y resultados de la evaluación
Formación de un grupo de trabajo con responsables de ambos colectivos
Selección de temas de interés compartidos
Elección fechas y forma de difusión de las sesiones
Analisis de los riesgos asociados a la hospitalización con el objeto de identificarlos y prevenirlos,

Unificación de la comunicación y análisis de incidencias y no conformidades.
Discusión con el responsable de Calidad y aplicación de medidas correctivas y preventivas
Revision mensual con Jefe de Servicio
A lo largo del año 2017 se realizaron sesiones clinicas, acreditadas, con la participación conjunta de facultativos y enfermeros.
Se ha unificado la notificación de análisis y resolución de las incidencias y no conformidades. Son analizadas conjuntamente por la Supervisora de Enfermería, el Responsable de Calidad y el Jefe de Servicio
Los resultados se comunican al conjunto del Servicio en sesión conjunta.
Podemos decir que esté cambio organizativo mejora los resultados en la atención y la percepción del usuario, disminuyendo los riesgos derivados de la atención.
Asi mismo influye de manera positiva en la utilización de los recursos.
Responde a las expectativas de los profesioanles de manera directa e inderectamente en la implicación de los mismos

AUTORES: A Ladron Ortega; A Lucia Noguera; C Expósito Sánchez; J Fondevila López; R Villar Turón; A Lambea Gil.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet.

ID: 94

TÍTULO: PROYECTO "SINTROMCITO": CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN NIÑOS A TRAVÉS DEL PORTAL DEL PACIENTE

RESUMEN:
El tratamiento con antagonistas de vitamina K (AVK) en niños asocia mayor riesgo de complicaciones necesitando controles y desplazamientos más frecuentes a centros sanitarios
El alto coste humano en niños que supone el sentimiento de enfermedad por acudir repetidamente al hospital y modificar sus actividades (asistencia al colegio, esperas) genera un impacto negativo en su calidad de vida. En los padres la pérdida días de trabajo y desplazamientos, ocasiona un deterioro familiar, que sobrecarga la complicada situación que supone tener un hijo con problemas de salud
Nuevas herramientas informáticas ponen a nuestra disposición recursos que mejoran la conciliación familiar, facilitando un contacto directo de padres y personal sanitario que asegura seguimientos más estrictos y de mejor calidad
Objetivo principal: Facilitar inclusión al programa a todos los pacientes (edad< 16a) en tratamiento con AVK, mejorando calidad de vida y evitando desplazamientos
Objetivos secundarios: Obtener rangos de coagulación estables con seguimientos más vigilados. Valorar grado satisfacción del niño y familia, realizando el control los padres.Hacer partícipe al niño del tratamiento, desarrollando programas infantiles(APPmédica, cuentos, juegos educativos)
Inicio mayo 2017, fase reclutamiento abierta, pacientes< 16a con necesidad de AVK
Todos los pacientes son valorados en consulta donde se explica el control coagulación en domicilio
Realizamos una primera prueba y revisamos circuito informático, enviando resultado al Portal del Paciente y recibiendo la pauta de tratamiento y próximo control. Al finalizar se entrega material (coagulómetro y tiras) para 6 meses donde revisamos el funcionamiento
Como medida de seguridad, facilitamos un teléfono directo para complicaciones o problemas técnicos.
Todos los resultados quedan registrados en la base de datos del programa para su análisis
Incluidos 4niños según criterios de inclusión. Edad media 4a
100% padres reflejan en anamnesis, alto grado satisfacción en calidad de vida percibida por niño y familia. Los niños destacan no perder colegio y realizar la prueba sus padres. La mayor de satisfacción de los padres es con la felicidad de sus hijos y la no pérdida de días de trabajo.
92% de todas las determinaciones se han mantenido en rango estables. Ningún niño acudió al hospital por mal control o complicaciones. Todas las dudas que surgieron fueron solventadas vía web
CONCLUSIÓN
El control de la anticoagulación oral en niños a través del portal del paciente, mejora su calidad de vida y la de sus familias, evitando desplazamientos y cambios en rutinas habituales, mejorando la conciliación familiar
Este seguimiento genera control más estrecho, personalizado y exhaustivo, con resultados más satisfactorios, favorecido por una participación más activa y de confianza del niño al ser el padre quien realizan la prueba
El reto en próximos meses es facilitar que todos los niños en tratamiento con AVK puedan beneficiarse de este programa

AUTORES: Rafael Martos Martínez; M Yuste Platero; E Gonzalez Arias; Mp Llamas Sillero; L Rubio Cirilo; L Alfaro Cadenas.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General De Villalba.

ID: 95

TÍTULO: EFICIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
Hace 9 años se inició la implantación de la ecografía en los centros de salud (CS) de una comunidad autónoma (CA). Con este estudio tratamos de evidenciar la eficiencia de las acciones derivadas de esta implantación. Para ello evaluamos la evolución de las solicitudes de ecografías a los servicios de radiología.
Describir la influencia de disponer de ecógrafo en el CS sobre la petición de ecografías a los servicios de radiología.
Determinar la influencia que tienen el volumen de actividad ecográfica y la antigüedad de la implantación del ecógrafo en el CS.
Estudio descriptivo para comparar datos de registros de dos años (2014 y 2016) de solicitudes de ecografías por parte de cada uno de los 262 CS existentes en la CA a finales de 2016; de ellos, 152 estaban dotados de ecógrafo. Se recaban los datos de solicitudes de ecografías de cada CS a los servicios de radiología durante los años 2014 y 2016. Para cada CS se calcula en porcentaje el diferencial de solicitudes entre ambos años. Se agrupan los datos de CS dotados de ecógrafo y los de no dotados. De estos últimos se recaban datos de exploraciones ecográficas efectuadas por los profesionales adscritos a los mismos durante 2016. Para el estudio se toman en consideración solo CS que tienen una "actividad ecográfica suficiente" (AES), que de forma arbitraria se fija en más de 90 exploraciones anuales.
Durante el periodo estudiado en los CS sin ecógrafo el promedio de los diferenciales de solicitudes de ecografías a servicios de radiología supuso un incremento de 9,10% de las mismas; se puede considerar el "incremento natural" (IN) esperable en la CA en ausencia absoluta de ecógrafos en los CS. Entre tanto, en los demás fue del 4,06%. De los 152 CS dotados de ecógrafo, 105 tenían AES; de los 47 restantes, 40 tenían menos de dos años de antigüedad de implantación del ecógrafo. En el conjunto de CS con ecógrafo y con AES el incremento se reduce al 0,82%; se convierte en decremento progresivamente mayor cuando se estratifican los datos en función del volumen de actividad ecográfica: por encima de 250 exploraciones anuales el promedio de los diferenciales de solicitudes es de -23,94%. Los decrementos son mayores en los CS con menos de 3 años de dotación de ecógrafo (el citado -23,94%) y son cada vez menores conforme se tienen en cuenta CS con mayor antigüedad en la dotación de ecógrafo.
CONCLUSIONES El IN de solicitudes de ecografías a los servicios de radiología casi desaparece en los CS dotados de ecógrafo y con AES. Las reducciones más intensas sobre el IN tienen lugar en los CS con menos de 3 años de implantación del ecógrafo, lo que se justifica en la progresiva minoración de los márgenes de mejora. Cuanto mayor es la actividad ecográfica en un CS dotado con ecógrafo, mayor es la reducción en el número de solicitudes externas de exploraciones ecográficas, lo que sugiere la importancia de implementar actuaciones tendentes a la incentivación permanente de la realización de ecografías en los CS.

AUTORES: Pedro Javier Cañones Garzón; C Ruiz Tuñón; S Ruiz Alonso; Jl Sánchez Suárez; A López Romero.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Asistencial De Atención Primaria - Sermas.

ID: 96

TÍTULO: ESTRATEGIA MULTIMODAL EN LA CAMPAÑA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

RESUMEN:
La concentración durante el mes de Abril de las actividades que habitualmente se realizan en el hospital para la implantación de la Cultura de la Seguridad añadiéndole algunas acciones nuevas hizo que se convirtiera en una Campaña.
1) Cuantificar el nº de directivos no sanitarios que realizaron el taller formativo sobre la Seguridad de los Pacientes y evaluar su opinión al respecto.
2) Evaluar el impacto de los talleres formativos en la sociedad:
2a) en pacientes que iban a ser sometidos a cirugía y a sus acompañantes
2b) en los escolares
El material consistió en la colocación de: póster en todas las dependencias, un Tótem funcionando las 24h con mensajes acerca de la seguridad, trípticos en las salas de espera, el Concurso y talleres formativos.
Las novedades fueron: un díptico para los pacientes, un salvapantallas, el uso por parte de las enfermeras de los chalecos durante la preparación de la medicación, la entrega de un neceser a todos los pacientes que ingresaron durante ese mes con los trípticos, el díptico y una pulsera con un eslogan y la oferta de los talleres para el personal no sanitario, escolares de once años y para los pacientes y sus acompañantes.
La herramienta utilizada para la difusión fue la Intranet a través de la cual se iba informando del inicio de la Campaña, del Concurso, de los distintos talleres y sus horarios.
Se diseñó una encuesta para valorar el impacto del salvapantallas y se elaboró una para conocer la opinión de los pacientes y acompañantes acerca de los talleres mientras que en el caso de los escolares se utilizó la establecida en el Centro para valorar la formación.
Descriptivos Se colgaron 64 póster DINA 2 y 29 DINA 3. Se entregaron 450 neceser y 80 chalecos. Se instaló el salvapantallas en 400 ordenadores (fijos y portátiles). Se presentaron 8 Vídeos al Concurso y se publicaron 9 noticias en la Intranet.
1) El 71,42% de los directivos no sanitarios realizó el taller. La valoración del contenido fue: 63% excelente, 33% muy bueno, 4% bueno y de cara a su práctica habitual: 54% excelente, 31% muy bien y 15% bueno.
2) 2a) Valoración de los Pacientes Interés del taller: sí el 95% y bastante un 5% Tranquilizador: sí el 90% y un 5% de bastante y no mucho. Acompañantes Interés del taller: si 100% Tranquilizador: si un 86% y bastante 14%
2b) Escolares Interés del taller: muchísimo 31%, mucho 44%, bastante 22% y poco 3% ¿Has aprendido cosas nuevas? Muchísimas 40%, muchas 38%, bastantes 19% pocas 2% y ninguna 1%

Realizar la Campaña motivó a los directivos no sanitarios a participar en ella.
Los pacientes que deben operarse se siente más tranquilos después de realizar el taller y lo valoran mejor que sus acompañantes.
Los escolares valoraron muy positivamente el taller. Iniciarlos durante su escolarización en los temas relacionados con la seguridad de los pacientes en la atención sanitaria favorecería la implantación de buenos hábitos.

AUTORES: Ana Palomino Martínez; C Rubio Guzmán; R López Martínez; A Mata Vila; D Ávila Alcántara; P Baxarías Gascón.

CENTRO DE TRABAJO: Fundación Puigvert.

ID: 97

TÍTULO: GAMIFICACIÓN: EL APRENDIZAJE DIVERTIDO

RESUMEN: La formación continuada de los profesionales sanitarios en temas de seguridad del paciente es fundamental para garantizar la calidad de los servicios prestados. Los hospitales destinan abundantes recursos para impulsar programas de formación. Sin embargo, un número importante de estos programas no consiguen alcanzar su objetivo. Desarrollar una solución formativa de gamificación online sobre los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente que promueva y motive el aprendizaje entre los profesionales sanitarios de un hospital universitario.

Se llevó a cabo la formación, basada en un juego de mesa virtualizado, cuyas principales características son:

•Mecánica reconocida por el público en general: permite centrarse en el aprendizaje del contenido y no en el de las normas.

•Metodología rapid learning: permite reducir tiempos y costes de desarrollo.

•Dirigido a todo tipo de jugadores, en especial a aquéllos con motivación de logro inmediato.

•Periodo corto de tiempo: 1 mes.

•Permite jugar tantas veces como se quiera.

•Relaciona juego con contenidos, aumentando la interiorización de los mismos.

Se elaboró un plan de comunicación y dinamización para crear expectativa, informar del proyecto, invitar y motivar a participar, y comunicar los principales resultados de la experiencia. Entre las medidas que se realizaron, cabe destacar la campaña de cartelería, el envío de mailings y la publicación de noticias en la revista interna. Las estadísticas periódicas sobre la actividad de los usuarios ayudaron a orientar las acciones de comunicación y dinamización. Se estableció un ranking, que ofrecía información sobre la posición del individuo respecto al resto, ya que se considera un elemento transversal motivacional importante. Está demostrado que el reconocimiento es una de las mayores motivaciones para participar, por ello se premió a los profesionales que hubieran finalizado el curso mediante un sorteo.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

•Nº total participantes: 841 (48%)

•Nº participantes que han finalizado el juego: 659 (78%)

•Nº partidas: > 2000

•Los días con más accesos coincidieron con las fechas de envío de mailing directo a los participantes.

RESULTADOS CUALITATIVOS (encuesta de satisfacción)

•El 85.7% consideran esta formación “útil” o “muy útil”.

•El 90% consideran que el contenido se ha expuesto con “claridad” o “mucha claridad”.

•El 90.5% valoran esta acción formativa como “satisfactoria” o “muy satisfactoria”.

•Las respuestas a la pregunta abierta de “Observaciones” fueron muy positivas y se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- “Innovador. Nos ha gustado mucho”
- “Nos hemos divertido”
- “Queremos repetir”
- “Queremos más. Ideas para un 2.0”
- Y simplemente: “¡Enhorabuena!”, “Ha sido motivador”, “Es instructivo a la vez que entretenido”.

En conclusión, la gamificación combinada con el aprendizaje de contenidos online da como resultado un sistema motivador y eficaz.

AUTORES: Cristina Gordo Luis; J Labiano Turrillas; E Regaira Martínez.

CENTRO DE TRABAJO: Clínica Universidad De Navarra.

ID: 98

TÍTULO: EXPERIENCIA DE DIFUSIÓN ACTIVA DE EVIDENCIA MEDIANTE FORMACIÓN

RESUMEN:
La falta de tiempo, de formación y recursos entre otros, crea una brecha entre la generación de evidencia y la aplicación de conocimiento en la práctica clínica.
Aunque se desconoce la mejor manera de difundir el conocimiento se sabe que la formación, la accesibilidad y el entorno laboral son factores favorecedores.
Para intentar disminuir esta brecha se decide llevar a cabo una actividad formativa acreditada ligada a la iniciativa '12 Meses-12 Cuidados' iniciada hace tres años.
Describir la experiencia de implantación de la actividad formativa '12 Meses- 12 Cuidados' en un hospital universitario de referencia.
Estudio descriptivo, retrospectivo, desde abril de 2017 a marzo de 2018.
La actividad formativa consta de la lectura de los artículos previamente seleccionados por la Unidad de Calidad de enfermería de nuestro centro relacionados con el cuidado del mes. Los artículos están a disposición de los alumnos a través de un espacio habilitado en la intranet y en el aplicativo de cursos del hospital para favorecer su realización desde casa.
Para cada mes se crea un formulario online compuesto de 15 preguntas tipo test aleatorizando preguntas y respuestas para cada alumno, siendo necesario contestar correctamente al menos el 80% de las preguntas. Esta actividad se acredita y el número de créditos varía en función de los artículos.
Acceso al curso libre para todo el personal del hospital. La difusión se hace a través de intranet, aplicativo de cursos del hospital, boletín de enfermería y de correos dirigidos a todos los mandos de enfermería para difusión a sus equipos.
Tras enviar el cuestionario el alumno recibe por email una copia de su examen que sirve de justificante de su inscripción. Al finalizar el curso se le envía su examen corregido. Además se publican las respuestas razonadas en el boletín del mes siguiente. Al finalizar se pasa una encuesta de satisfacción de la actividad compuesta por 11 ítems con una escala Likert de 1 a 5.
Las variables a estudio son: número de alumnos total, porcentaje de aprobados, media de alumnos por mes, número de horas por mes, número de créditos por mes e índice de satisfacción global de la iniciativa.
Se realizaron 12 cursos con un total de 8347 participantes (Media: 695,58 alumnos por mes, rango 211-929 alumnos), porcentaje de aprobados 95,36% (rango 86,72-99,22%), media de horas por curso 2,53 h. (rango 1,1-4), media de créditos por curso 0,58 (rango 0,2-1,1 créditos), índice de satisfacción global 85,45% (rango 83,08-89,25%).

La actividad formativa 12 meses-12 cuidados supone una buena manera de actualizar conocimientos, acercar la evidencia científica a la práctica clínica, de comenzar a leer literatura científica entre los profesionales, permite adquirir competencias en el uso de nuevas tecnologías, permite la formación masiva de un gran número de profesionales, consigue conciliar la vida familiar y laboral, tiene un coste económico bajo y, todo ello, con un índice de satisfacción de los profesionales alto.

AUTORES: Faustino Gonzalez Menendez; S Moya Mier; C Renedo Gonzalez; P Gonzalez Setien; JL Cobo Sanchez; G Fernandez Carral.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 'Marqués De Valdecilla'.

ID: 99

TÍTULO: UNIDAD DE SOPORTE A LAS SEGUNDAS VICTIMAS

RESUMEN:
En el Hospital Universitari General de Catalunya (HUGC) trabajamos en seguridad del paciente (SP) desde el 2009, la evolución de la cultura de seguridad ha sido progresiva con un compromiso importante por parte de la dirección y una implicación directa de los profesionales. Esto nos ha llevado al aumento en el número de notificaciones así como en complejidad y gravedad de los casos notificados. La transparencia de las mismas ha evidenciado la presencia de profesionales afectados como Segundas Víctimas (SV) que no han sido identificadas y a las que no se les ha podido dar el soporte institucional que se merecen. Por este motivo, hemos querido conocer en qué punto estamos respecto a las SV, para ello hemos realizado un DAFO y una encuesta de opinión a los profesionales. La encuesta utilizada ha sido la facilitada por el proyecto de Segundas y Terceras Víctimas. (Cuestionario para profesionales de Hospitales).
- Creación de una unidad funcional de soporte a las SV.- Conocimiento de la realidad de las SV en el HUGC.- Determinar el número de SV relacionadas con el Evento Adverso.-Análisis de la demanda existente y de las necesidades a cubrir.
Población diana: Profesionales sanitarios implicados en un Evento Adverso (EA) y que quedan afectados por esta experiencia. Fase I: Diagnóstico, basada en el feed-back con profesionales afectados y en las respuestas facilitadas a través de la encuesta, justificando de forma clara una unidad de soporte. Un 67,5% de los profesionales afectados por un EA lo han pasado muy mal emocionalmente, un 62,5% no han tenido apoyo psicológico para superar esta situación y un 47% se han planteado abandonar la profesión en alguna ocasión. Con sólo estas 3 respuestas ya tenemos la obligación ética como organización de ofrecer soporte a las SV. Fase II: Factibilidad: se elabora un plan funcional para determinar la factibilidad institucional y técnica para la creación de la unidad de apoyo a las SV. Para esto se determina la disponibilidad de recursos humanos, físicos y técnicos que comprende desde la participación voluntaria de profesionales entrenados del propio centro para dar soporte a las SV, de una consulta específica, así como de un soporte informático que permita tener una historia clínica para seguimiento y evolución de forma que preserve la confidencialidad del profesional. Fase III: Diseño, se desarrollará con su respectiva misión, visión, objetivos, estructura organizativa y funcional, presentando el inventario de recursos a la Dirección. Se ha elaborado un plan de trabajo con un inicio-fin:2018-19.Se tendrán en cuenta las consideraciones éticas: confidencialidad, intimidad y derechos de los trabajadores.
Esperamos que con esta unidad podamos ayudar a nuestros profesionales a superar los sentimientos provocados por su implicación en un evento adverso grave.
Para su valoración se han planificado 3 grupos de indicadores: actividad, calidad y calidad percibida cuyos resultados se podrán presentar en próximas ediciones.

AUTORES: Cristina Sagrera Felip; E Concha León; MA Insensé Cortinas; M Guzman Fernandez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari General de Catalunya.

ID: 100

TÍTULO: SUPERVISION GENERAL: UN PUESTO DESCONOCIDO. ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RESUMEN:
La Supervisión General es el puesto de gestión que garantiza el correcto funcionamiento del centro en ausencia del resto de responsables de enfermería de la institución. El Supervisor General trabaja en un entorno que exige un alto grado de desarrollo y adaptabilidad. Facilita y dirige la actividad relacionada con el proceso asistencial, interviene en la gestión de conflictos, garantiza el proceso logístico, recoge y analiza información, facilitando el trabajo del personal a su cargo, para asegurar un cuidado de calidad tanto al paciente como a la familia. Este puesto lo desempeñan 5 enfermeras.
- Identificar las incidencias atendidas por la Supervisora General en un hospital universitario en el año 2017.
- Examinar las incidencias para determinar las actuaciones más adecuadas.
- Analizar los datos obtenidos para instaurar acciones de mejora.
Estudio descriptivo transversal retrospectivo llevado a cabo en un hospital universitario durante el año 2017. Se distribuyeron las incidencias en 9 campos: recursos humanos (ausencia por enfermedad, gestión de días libres, gestión del personal localizado, movilidad del personal de una unidad a otra o solicitud de refuerzo entre otros), recursos materiales (almacén, préstamo entre unidades, gestión de dietas y esterilización), tecnología de la información, farmacia (solicitud de medicamentos, preparación de medicación), gestión de camas, accidentes de trabajo/agresiones, asesoramiento en cuidados de enfermería, gestión de conflictos y varios. Los datos se obtuvieron a través del registro en una tabla Excel que diariamente cumplimenta la Supervisora General.
En total se registraron 4526 incidencias. Por su asiduidad las más relevantes fueron: recursos humanos (37.54%), recursos materiales (28.71%), tecnología de la información (15.70%), farmacia (6.05%), gestión de camas (2.92%), accidentes de trabajo/agresiones (2.15%), asesoramiento en cuidados de enfermería (0.90%), gestión de conflictos (0.36%) y varios (5.67%).
La Supervisora General es una figura clave en la toma de decisiones y un eslabón fundamental entre los profesionales y la Dirección de Enfermería.
Con la observación de las diferentes incidencias registradas por la Supervisora de Guardia se han obtenido las siguientes conclusiones:
- El análisis de las incidencias ha permitido visualizar las actuaciones más habituales y optimizar la gestión de las mismas.
- Se detecta la necesidad de la creación de una herramienta informática que permita un mejor registro y explotación de datos.
- Es conveniente el establecimiento de reuniones periódicas con las supervisoras de otras Unidades para tratar las incidencias más relevantes.
- En la unidad se cuenta con un manual de funcionamiento. Como fundamento dinámico de la Supervisora General, es necesario que esté actualizado debido a las modificaciones que tanto los procedimientos como las nuevas formas de actuación sufren constantemente. Ello nos permite homogeneizar y unificar criterios de trabajo.

AUTORES: Rocío González Casado; S Benito Santamaría; S González Hernando; M Merino García; C Peña Molinero; M González García.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 101

TÍTULO: ACERCANDO EL CUIDADO A LAS PERSONAS: PROYECTO TELEASISTENCIA DE ENFERMERIA

RESUMEN:
Telecures es un proyecto para la mejora de la atención a pacientes con heridas mediante una consulta telemática de asesoramiento experto.
La telecura es una consulta virtual donde se valoran, por vía telemática, pacientes con heridas que presentan alguna dificultad, estancamiento o complicación en relación al proceso evolutivo.
Este proyecto se enmarca dentro del Plan de Salud 2016-2020 contemplando varias líneas del mismo:

- Atención sanitaria, accesible, resolutiva e integral
- Atención integrada y cronicidad
- Atención con salud digital

Al final, lo que se pretende es el desarrollo de estrategias para implementar el modelo de atención centrada en la persona utilizando las tecnologías para la atención integral e integrada.
La telecura facilita el acceso del paciente en el ámbito hospitalario y disminuye el tiempo de espera consiguiendo rapidez y eficacia en la atención.

- Mejorar la eficacia y la eficiencia en la atención a pacientes con heridas, ofreciendo asesoramiento experto telemático.
- Facilitar el acceso y la continuidad de pacientes con heridas
- Mejorar la calidad asistencial percibida por parte del usuario.
- Disminuir la lista de espera entre el área básica y el hospital

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria después de hacer una valoración cuidadosa de la lesión y cumplimentando la hoja de valoración, fotografían la lesión, adjuntándola a la orden clínica.
Esta orden clínica se deriva al Hospital donde se programa la visita en una agenda virtual creada específicamente para esta consulta. Esta será valorada por la enfermera gestora de casos y experta del hospital a través del sistema informático de atención primaria.
Las órdenes se agrupan en tres procesos: Heridas, ostomias y pie diabético.
La enfermera gestora correspondiente revisa el caso y hace una valoración, respondiendo por el mismo sistema informático al profesional de enfermería de AP haciéndole llegar las recomendaciones pertinentes de manejo y seguimiento de la lesión y detallandole el plan terapéutico a seguir.
En caso de que se considere necesitar una visita presencial, ya sea por enfermería o por el especialista correspondiente, se comunica por vía telemática, y desde Primaria se informa al paciente, evitando los desplazamientos y esperas innecesarias
En un año de funcionamiento se han atendido un total de 66 pacientes, en su mayor parte heridas vasculares (47%) seguidos de lesiones por presión (25%). De estos, 11 se convirtieron en visita presencial.
Pese a les dificultades tecnológicas del inicio, actualmente la plataforma funciona de forma correcta.
El contacto con AP es inmediato y el 100% de las consultas se contestan en menos de 48 horas.
Pese a su crecimiento, la consulta de telecures ha de crecer en actividad durante los próximos años.
Nos planteamos realizar una encuesta de satisfacción al cliente interno (AP) para detectar puntos de mejora.

AUTORES: Josep Rodriguez Sadurni; E Ruda Resina; M Masso Garolera; J Larrea Baeza; M Martos Canto; C Tusquellas Oto.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General De Granollers.

ID: 102

TÍTULO: NIVEL DE INTERVENCIÓN DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. EVOLUCIÓN DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES INGRESADOS

RESUMEN:
La limitación del esfuerzo terapéutico, consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas con propósito terapéutico, en un paciente con mal pronóstico a corto plazo o mala calidad de vida.
Cada paciente ingresado ha de tener asignado, de manera clara y específica en su historia clínica y con conocimiento de todo el personal involucrado en su atención, un nivel de esfuerzo diagnóstico y terapéutico determinado. Este nivel puede variar a lo largo de la evolución del ingreso.
Este registro no solo debe ser específico de los pacientes ingresados a cargo del servicio de cuidados paliativos, sino que también debe estar disponible en los pacientes hospitalizados en el resto de servicios clínicos.
Valorar el registro del nivel de esfuerzo diagnóstico y terapéutico en la historia clínica de los pacientes hospitalizados en los 3 centros oncológicos de la institución realizando una comparación con los resultados obtenidos en 2015, después de una campaña de sensibilización de los profesionales, y evaluar su efectividad.
Se han valorado los pacientes ingresados el día 10 de mayo de 2018, en los 3 centros de la institución (178 historias clínicas) y se han revisado las últimas anotaciones médicas, para ver si se hacía referencia al nivel de intervención. Se han descartado los casos en los que se indica que el enfermo será dado de alta aquel mismo día y a los pacientes ingresados en el servicio de braquiterapia, por estar recibiendo tratamiento activo con finalidad curativa y, por tanto, ser considerados de nivel 1 (Paciente tributario de todas las medidas diagnósticas y terapéuticas, incluyendo reanimación cardiopulmonar e intubación orotraqueal para ventilación asistida. Tributario de ser atendido en una UCI).
Estos resultados se han comparado con los obtenidos en un estudio del 4 de febrero de 2015.
El registro del nivel de intervención en la historia clínica ha mejorado notablemente, pasando de 27,8% a 91,8% en el centro 1, de 7,1% a 84,6% en el centro 2 y de 54,7% a 92,2% en el centro 3.
La campaña de sensibilización de los profesionales sobre el registro de esta información en la historia clínica en lugar del documento utilizado para el pase de guardia, como se hacía anteriormente, ha demostrado ser efectiva.

AUTORES: Rosa M Montoliu-Valls; A Gonzalez Conte; L Machuca Tacón; F Navarro González; F Baciero Lorza; JL Pontón Sivillá.

CENTRO DE TRABAJO: Instituto Catalán de Oncología.

ID: 103

TÍTULO: APROXIMACIÓN A LA EXPERIENCIA DEL USUARIO DE UNA UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO

RESUMEN:
Para halar de la buena calidad de un sistema sanitario debemos conocer tanto la provisión de servicios, la profesionalidad, la coordinación y la continuidad de cuidados, como la percepción y aceptabilidad del paciente, llamada también usabilidad del sistema sanitario. La evaluación de estas percepciones tiene como finalidad conseguir una atención sanitaria centrada en el paciente para asegurar el respeto a sus preferencias y necesidades, y asegurar la información y el apoyo necesarios para tomar decisiones libremente con respecto a su salud.
En el caso de la atención a personas transgénero y transexuales alcanzar un nivel de satisfacción adecuado puede resultar un resto dado el papel central que juegan los profesionales de salud mental, porque en la mayoría de ocasiones se requiere de un diagnostico psicopatológico para poder acceder a las terapias endocrinológicas y quirúrgicas. La dificultad fundamental al estudiar la experiencia del paciente es que parte de sus subjetividad, y por lo tanto sólo puede ser conocida a través del paciente, de su descripción o reconstrucción de lo vivido. Este es el motivo por el que los métodos cualitativos ofrecen ventajas con respecto a los cuantitativos.
Esta investigación pretende conocer con metodología cuantitativa la experiencia de los usuarios de una Unidad de Identidad de Género Hospitalaria (UIGH) permitiendo identificar oportunidades de mejora en la atención prestada.
Investigación cualitativa socioconstructivista que incluya el papel de las transformaciones de la Unidad y los cambios sociopolíticos en la transidentidad sobre la vivencia de las personas usuarias. Se han realizado 8 entrevistas semiestructuradas posteriormente analizadas desde una perspectiva interpretativa.
Del análisis de las entrevistas se definieron 4 categorías temáticas principales: Aspectos sociales, la espera, fuentes de información y UIGH frente a la actual unidad de referencia ambulatoria. El entorno y contexto social son fundamentales en la aceptación propia y en las expectativas de cómo debe ser la atención. Muchos de los momentos de espera escapan del control de las personas usuarias generando incertidumbre. Coinciden en la falta de formación entre los profesionales ajenos a las Unidades especializadas y en el uso de canales no sanitarios para obtener información. Existe una dicotomía entre la UIGH y la Unidad de referencia ambulatoria, reconociendo sus puntos positivos y aspectos a mejorar, la necesidad de colaboración y de cambio en el sistema sanitario para aumentar la autonomía de las personas usuarias.
Los resultados sugieren que para mejorar la experiencia del colectivo trans es fundamental un cambio en los planes de formación sanitaria con perspectiva de género incluyendo temática trans, un compromiso institucional en favor de la educación, formación e información en este sentido, y que haya una colaboración entre la UIGH, la Unidad de referencia y los centros de atención primaria para todas las entidades avancen.

AUTORES: Marta García Diez; MJ Bertran Luengo; E Gómez Gil.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínic.

ID: 104

TÍTULO: PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA UNIDAD DE FORMACIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

RESUMEN:
La Unidad de Formación Continuada de Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla como entidad proveedora, gestiona el programa de formación continuada de todos los profesionales dependientes del área de enfermería contribuyendo a la actualización y mejora de forma óptima, de aquellas necesidades formativas que se generen en su ámbito laboral. El pasado año 2017 dando continuidad al compromiso existente en la unidad por la mejora continua, la unidad inició un proceso de revisión, análisis y reflexión de todos los procesos desarrollados en su gestión, con el fin de comprobar su adecuación a una serie de referenciales o parámetros de calidad previamente establecidos, permitiéndonos analizar la planificación, organización y desarrollo de todas las acciones formativas que conforman el plan.
1) Verificar la adecuación de los procedimientos desarrollados en la gestión de la Unidad.
2) Identificar áreas de desarrollo y áreas mejora, sólidas y estables, que permitan progresar en nuestra evolución como unidad de formación.
Este proceso fue llevado a cabo a partir de un programa específico, diseñado para unidades de formación continuada, compuesto por un número determinado de estándares, que identifican la calidad de la unidad de formación, en relación a la gestión de su actividad. El proceso implicó la autoevaluación de distintos estándares, distribuidos en 5 bloques y 11 criterios de evaluación, atendiendo a las variables o factores que intervienen en calidad de la formación continuada: Necesidad de la formación, proceso de aprendizaje, profesionales de la formación, planificación y recursos, y resultados. Los estándares, se distribuyen en tres niveles atendiendo al grado de exigencia que su cumplimiento requiere y este grado de cumplimiento de los estándares en cada grupo determina como resultado, el nivel que se obtiene tras el proceso de acreditación: Avanzado, óptimo y excelente. Alcanzar cualquiera de estos niveles y en función del nivel de acreditación logrado, nos permite obtener un Componente Cualitativo (CCL) fijo-medio en actividades de formación, es decir, una puntuación fija basada en la evaluación cualitativa del diseño y características de la actividad, que va a incidir directamente en los créditos finales y que va a poder ser aplicable a todas las actividades de formación.
La revisión de los estándares, dando cumplimiento al 100% del Grupo I y más del 60% de los del Grupo II, nos permitió lograr el nivel óptimo lo que supuso la obtención de un componente cualitativo de 2,49. Dimos cumplimiento a 79 estándares de nivel I y II, se aportaron de 83 evidencias positivas, 56 registros, identificando 18 áreas de mejora.
El proceso de acreditación nos ha proporcionado una metodología de trabajo destinada a favorecer la mejora continua, estableciendo un sistema normalizado cuyos procesos están descritos y documentados de manera precisa, y un mayor control y trazabilidad, lo que favorece la puesta en marcha de acciones de mejora.

AUTORES: Genoveva Fernandez Carral; F Gonzalez Menendez; C Renedo Gonzalez; S Moya Mier; JL Cobo Sanchez; M Lazaro Otero.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marques De Valdecilla.

ID: 105

TÍTULO: MODELO EXPERIMENTAL DE CERTIFICACIÓN EN EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA.

RESUMEN:
Existe abundante evidencia científica del impacto clínico, en bienestar y calidad de vida, así como económico de la aplicación de políticas y metodologías de experiencia de paciente en hospitales. ¿Cómo asegurar que se cumplen los estándares adecuados de experiencia del paciente en un hospital que decida seguir esta línea de trabajo?. La presente comunicación muestra la experiencia de un hospital de media estancia con un modelo experimental de acreditación, que a través de la evaluación de 8 dimensiones pretende ser una herramienta de transformación y consolidación de políticas tendentes a mejorar la experiencia del paciente.
Testar la viabilidad de dicho modelo de certificación.
Las 8 dimensiones de la certificación se han elaborado a partir de los principios de experiencia del paciente de Beryl Institute, el marco de involucración de pacientes de HIMSS, así como la definición de experiencia de paciente del IEXP. La metodología de trabajo parte de los principios de ISO, EFQM y TÜV, con el valor añadido de la incorporación de la perspectiva de los pacientes en la evaluación, a través de metodologías de sanidad participativa.
1. Comunicación: Información de calidad y adecuada.
2. Comprensión profunda y análisis de la experiencia de paciente.
3. Mejoras en dicha experiencia.
4. Servicios centrados en las necesidades del paciente.
5. Involucración y apoyo a los profesionales.
6. Empoderamiento, autogestión y co-diseño.
7. Ética.
8. Investigación.

Cada dimensiones cuenta con una lista de puntos a evaluar.
Cada dimensión debe ser verificada desde una triple perspectiva:
1. Análisis documental (evidencias presentadas por el centro)
2. Aplicación en la práctica (observación participante).
3. Validación mediante metodologías de sanidad participativa de las percepciones de los pacientes.

Se parametrizaron las dimensiones de la certificación adaptándolas al hospital certificado. Se verifica cada dimensión según metodología descrita. Se reporta el resultado de la evaluación, indicando los puntos fuertes y áreas de mejoras a abordar.
Unificar las dimensiones 3 y 4. Añadir el apoyo emocional a pacientes.
Cuatro acciones de mejora inmediatas: señalización en el acceso a ambulancias de la localización de admisión. Chequeo con pacientes mediante checklist, de la señalética del hospital (co-diseño “indirecto”). Formación sobre mapas de experiencia de pacientes. Involucración del paciente en el “Procedimiento de valoración y registro de la documentación dirigida a pacientes”.
Ocho líneas de trabajo a desarrollar a largo plazo: Analizar en el SGC los procedimientos susceptibles de contar con la participación de pacientes. Nuevas formas de elaboración y evaluación de la información dirigida a pacientes (UPL, inflesz e iniciativas similares), Mejora y actualización de la web, Decisiones compartidas, Autocuidado del profesional sanitario, Involucración de asociaciones de familiares y pacientes.

AUTORES: Carlos Bezos Daleske[1]; M Caballero Nahum[2]; R Salazar De La Guerra[3]; E Cano[4]; P Pavon[5].

CENTRO DE TRABAJO: IEXP[1, 4, 5]; Hospital Guadarrama[2, 3].

ID: 106

TÍTULO: SEGUIMIENTO Y CONTROL POR SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES INGRESADOS

RESUMEN:
La prevalencia de microorganismos resistentes, entre ellos las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) ha aumentado en los últimos años. Esta resistencia antimicrobiana es una grave amenaza para la seguridad del paciente y la salud pública. Estas infecciones están asociadas a elevadas tasas de mortalidad y tienen una amplia capacidad de diseminación, siendo resistentes a la mayoría de los antibióticos, lo que limita enormemente las opciones de tratamiento y supone una carga económica elevada. Disponer de guías de prevención y control, así como potenciar el diagnóstico precoz, la vigilancia activa y la disponibilidad de métodos microbiológicos para su detección son las mejores armas para su control.
Las EPC son la primera prioridad en el Plan español del control de las resistencias a los antimicrobianos.
La Dirección General de Salud Pública y la Gerencia del Servicio de Salud de nuestra comunidad elaboraron tres Guías para el control de las EPC, una para hospitales (GUÍA EPC-H), otra para centros residenciales (GUÍA EPC-R), y otra para atención primaria (GUÍA EPC-P).
Establecer una sistemática para el control de EPC en nuestro hospital en línea con las recomendaciones de la Gerencia del Servicio de Salud de nuestra comunidad como acción de mejora en el sistema de calidad de nuestro servicio.
Implantación de la sistemática por el Servicio de Microbiología.
Colaboración con otros servicios/grupos implicados: Grupo de control de EPC-H (enterobacterias productoras de carbapenemasas en el hospital), Comité de infecciones, Medicina Preventiva, Servicio de Control de Gestión, Servicio de Informática.
Generación de lista diaria de pacientes que ingresan cuyo antecedente epidemiológico sea haber estado ingresado en otro centro en los 12 meses previos.
Obtención de datos por Servicio de Control de Gestión.
Programación de registro específico en sistema informático de Microbiología.
Revisión de lista, toma de muestras y generación de petición por Medicina Preventiva.
Procesamiento, emisión de resultados y alerta por servicio de Microbiología.
En un periodo de 2 meses, marzo-abril 2018, desde que se llevó a cabo la implantación de la sistemática en nuestro servicio, se realizaron 79 controles en otros tantos pacientes, teniendo acceso a los datos del hospital dónde estuvieron ingresados en el último año.
Se lleva a cabo la implantación de una sistemática fruto de la colaboración multidisciplinar de los servicios implicados consiguiendo el cumplimiento del objetivo.
Se consigue el control de pacientes portadores, incluso en el caso de ingreso en otros centros, con lo que se cuenta con una valiosa herramienta de detección y control de un riesgo importante para la seguridad del paciente.
Se asegura el control del riesgo al detectarse el paciente portador permitiendo activar el protocolo de aislamiento en el momento del ingreso.
La implantación de la sistemática se ha realizado a coste cero.

AUTORES: Susana Mendez Lage; F Peña Rodriguez; A Fernandez Lopez; MJ Pardo Landrove; Re Veloso Rodriguez; A Agulla Budiño.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario De Ferrol (CHUF).

ID: 107

TÍTULO: ESTUDIO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO SISTÉMICO ANTINEOPLÁSICO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA

RESUMEN:
En un contexto actual de preocupación por la adecuación de los tratamientos, la institución incorpora entre sus indicadores clave de calidad el de éxitus con quimioterapia en curso en los últimos 30 días de vida y crea un Subcomité de Mortalidad (SM) para su análisis
Análisis sistemático de la mortalidad para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente, con indicadores comparables internacionalmente
Análisis de mortalidad en los Servicios asistenciales con la finalidad de integrar la mejora continua en la práctica asistencial
Material: listado mensual de éxitus hospitalarios con tratamiento en 30 últimos días de vida, historia clínica informatizada (HC), base de datos específica (BBDD), estudio de bibliografía (criterios Earle, entre otros)
Método: El SM consensua y define las variables e indicadores a analizar. Se diseña y construye una BBDD interna. El análisis es retrospectivo de los éxitus con tratamiento sistémico oncoactivo, excluyendo hormonoterapia y vacunas (SACT), en los últimos 30 días de vida. Inicialmente, un equipo de documentalistas supervisado por un facultativo especialista, registra las variables acordadas extrayendo la información de la HC. Se da traslado a los clínicos de aquellos casos que requieren su revisión según los criterios pactados (éxitus en menos de 14 días con SACT y causa de defunción relacionada con el tratamiento). Trimestralmente se realiza la presentación y análisis de los mismos
El período de estudio es 2017. Se revisan 396 casos, se excluyen 67 por incumplimiento de criterio. Se dispone de resultados descriptivos de los casos analizados y se prevé disponer de los indicadores de estudio en septiembre
- Descriptiva. 75% son tumores sólidos y el resto hematológicos. Edad promedio: 63 años, con un 30% mayores de 70. Patologías más prevalentes: pulmón, páncreas, leucemias, linfoma no Hodking y colorectal. El 48% presentan más de 2 comorbilidades y el 18% son tumores múltiples. El 52% son estadio IV de inicio y el 45% tienen PS de 3-4 pre-SACT. El 60% se hallan en progresión de su enfermedad y sólo un 16% son enfermedades de debut
- Indicadores de estudio. Se analizan los siguientes: Pacientes que cambian de esquema terapéutico en último mes; Con más de 1 ingreso en UCI en los 3 últimos meses; Con más de 1 ingreso hospitalario en los 3 últimos meses; Fallecidos dentro del programa de paliativos (UCP); Fallecidos en menos de 3 días de entrar en UCP
- Adecuación de las actuaciones clínicas en casos seleccionados. los clínicos responsables del SM han revisado los casos para establecer si ha existido adecuación del tratamiento, si esta ha estado relacionado con la defunción y la gestión de complicaciones derivadas
Conclusiones: Es clave disponer de indicadores para medir la calidad de la asistencia y poder hacer benchmarking. En próximas fases y con resultados periódicos comparables, se pretende identificar riesgos en los procesos y áreas de mejora y facilitar recomendaciones al resto de profesionales

AUTORES: Lourdes Pétriz González; F Galdón Ibañez; R Bricullé Fuentes; E Asensio Blasco; Miembros Del Subcomitè De Mortalidad; J Muniesa Rubio.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català D'oncologia.

ID: 108

TÍTULO: LA INTERCONSULTA VIRTUAL, UN NUEVO CANAL DE COMUNICACIÓN EN LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

RESUMEN:
La continuidad asistencial entre niveles asistenciales es un elemento elemental de mejora que debe garantizarse en los diferentes modelos de gestión gerenciales. Entre las dimensiones de dicha continuidad asistencial reconocemos la dimensión de información, de relación entre profesionales y de gestión. El análisis de la comunicación entre profesionales sanitarios, incluso en gerencias con gestión integrada, necesita la implementación y el impulso de nuevos canales de comunicación que optimicen la continuidad asistencial.
Evaluar la implantación de un sistema de interconsulta no presencial en la mejora de la comunicación y continuidad asistencial entre profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria
Desde el grupo de trabajo de comunicación Atención Primaria-Atención Hospitalaria, dependiente de la Unidad Funcional de Riesgos, se establece un proyecto de mejora de diseño e implantación de un sistema de interconsulta virtual que se desarrolló en las siguientes fases :
1. Activación del formulario en historia electrónica (Abril 2017). Dicha fase implicó sesiones formativas a los profesionales incluidos en el alcance del pilotaje: médicos de familia y especialistas hospitalarios gestores de las especialidades implicadas.
2. Pilotaje en los centros de salud elegidos para las especialidades de Reumatología y Digestivo (Mayo-Diciembre de 2017).
3. Evaluación pilotaje (Enero 2018)
RESULTADOS:
Se han recibido 175 interconsultas en los meses de Junio a Diciembre de 2017, 82 del Centro de Salud de Salud 1 y 93 de Centro de Salud de Salud 2 .
De las 175 interconsultas 80 han sido al servicio de digestivo y 95 a reumatología. Los motivos de consulta más frecuentes son la anemia ferropénica y las artritis microcristalinas para las especialidades de digestivo y reumatología respectivamente.
El 75% de las interconsultas virtuales evitaron el desplazamiento del paciente.
La interconsulta fue especialmente resolutiva para los motivos de consulta anemia ferropénica, patología del raquis y degenerativa y menos para las artritis microcristalinas
El tiempo medio de respuesta en el 100% de los casos e inferior a 10 días.
La encuesta de satisfacción a profesionales ha obtenido una tasa de respuesta del 100% en los 2 Centros seleccionados (n=19). En relación a los datos de satisfacción de la encuesta de opinión a los profesionales la satisfacción general es buena (media 7,5; ds 1,5). Se han descrito áreas de mejora con la usabilidad de la historia electrónica, mientras que se detecta una discreta mejor valoración de la especialidad de digestivo frente a reumatología.
CONCLUSIONES: El sistema de interconsulta virtual es altamente resolutivo (2/3 de los motivos consultados evitan el desplazamiento de los pacientes). La evaluación de la satisfacción de los profesionales con la interconsulta es favorable, mejorando la comunicación entre profesionales sanitarios de niveles asistenciales diferentes, así como la continuidad asistencial.

AUTORES: Antonio Alberto Leon Martin; Ma Tebar Betegon; M Armenteros Lechuga; Mm Aldana Moya.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Atencion Integrada de Ciudad Real.

ID: 109

TÍTULO: DISEÑANDO UNA HERRAMIENTA INTEGRAL PARA EL ANÁLISIS Y LA MEJORA DE LOS PROCESOS

RESUMEN:
En el año 2010 nuestra institución inicia un proceso de unificación los diferentes modelos de gestión de la calidad implantados, desarrollando un sistema de gestión de la calidad corporativo con un registro de las no conformidades estandarizado que no acaba de dar respuesta a las necesidades globales de los servicios. Por ello, en 2016 se inicia un análisis de necesidades que desemboca en un desarrollo adhoc.
Disponer de una herramienta con visión global, que nos permita hacer una correcta gestión de los riesgos, de los incidentes, de las quejas y sugerencias de los usuarios y la monitorización de las acciones correctivas y de mejora y de su eficacia. Además ha de estar accesible para todos los profesionales de la institución, y ha de permitir hacer análisis de extensión de incidencias entre las diferentes áreas, servicios y centros de la institución, así como hacer benchmarking interno. Implicar a todos los profesionales de la institución en la mejora continua. Reforzar la cultura de calidad organizacional.
Material: formularios papel, hoja de cálculo, bases de datos del Área de Personas y de Oncología Radioterápica, norma ISO 9001:2015, norma JACIE para el trasplante de precursores hematopoyéticos, requisitos de la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda, sistema de gestión de reclamaciones de CATSALUT.
Método: A partir de todos los sistemas de registro previos y de los requisitos de las normas en que se basa nuestro sistema de gestión de la calidad se identifican los campos, criterios e interrelaciones entre estos, necesarios para poder identificar los puntos críticos de los procesos y mejorarlos. Así mismo se incorpora en el aplicativo, la gestión de riesgos, aplicando metodología AMFE para la priorización y relacionando los riesgos determinados con acciones de mejora. También se integra la gestión de quejas y sugerencias de los pacientes para integrar la gestión de las acciones correctivas y de mejoras fruto de estas en el sistema.
- Disponer de una nueva herramienta de registro y gestión tanto de riesgos como de no conformidades de cualquier origen, así como de sus acciones correctivas y de mejora.

Accesible a todos los profesionales de la institución a través de la intranet, amigable, ágil por su alto nivel de parametrización y con visión global del ciclo de mejora continua.
- Incorporar una nueva dinámica de trabajo más participativa compartiendo el conocimiento y la experiencia.
- Poder realizar análisis de extensión de incidentes acaecidos, en otros servicios homónimos de los diferentes centros.
- Sistematizar el seguimiento introduciendo alertas automáticas de declaración de nuevos incidentes y de actividades pendientes por responsables.
- Extender el modelo de calidad a todos los servicios y profesionales con independencia que de los procesos en los que trabajan estén o no certificados.
- Reforzar la cultura de evaluación, desde una perspectiva de mejora continua y sin intención punitiva.

AUTORES: Ana Carpena Hernández; J Muniesa Rubio; E Asensio Blasco; Miembros De Servicios Certificados En Iso; E Barbero Biedma; A Vidal Milla.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català D'oncologia.

ID: 110

TÍTULO: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA PERIPROCEDIMIENTO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

RESUMEN:
Los pacientes (PAC) con anticoagulación oral crónica (TAO) que precisan de algún procedimiento donde exista riesgo de hemorragia, van a necesitar terapia periprocedimiento (TPP) para evitar complicaciones. Esta consiste en el ajuste del TAO según: patología, riesgo trombótico-hemorrágico, procedimiento a realizar etc., algunos PAC también pueden requerir terapia puente con heparina de bajo peso molecular (HBPM). Habitualmente es el médico el que entrega y explica la TPP. En nuestra unidad el hematólogo realiza la pauta TPP, pero en la visita es la enfermera la que recibe al paciente, realiza el control de INR capilar, explica la TPP a seguir, imparte la educación para la salud para la autoadministración de la terapia puente con la HBPM si es precisa, y realiza el control de INR previo procedimiento. Registrando todos los datos para que estén disponibles en el momento del procedimiento

1. Evaluar la eficacia de la atención de enfermería en la TPP
2. Evaluar y unificar los registros de enfermería

Realizamos un estudio restrospectivo observacional en un hospital de tercer nivel. Incluímos todas las pautas TPP realizadas del 28/03/2018 y 30/04/2018 en nuestra unidad. Los datos registrados fueron: edad, sexo, tipo de TAO, centro de referencia, control INR previo TPP, si el PAC acudía sólo o acompañado, si se suspendía TAO, necesidad de terapia puente con HBPM y si el INR previo procedimiento es correcto. Los datos estadísticos se expresaron en medias y porcentajes. Registro de datos en base excell

Se realizaron 97 pautas de TPP en 94 PAC. Edad media: 74.12 a. Hombres: 62.89%. TAO con antivitamina-K: 96.9%. Anticoagulantes de acción directa(ACOD): 3.09%. Procedencia: C.S: 55.7%, Hospital: 44.3%. Acudieron acompañados: 50%. Media control INR capilar antes TTP: 2.58. Suspendieron TAO: Antivit-K: 96.9%. ACOD: 100%. Terapia puente HBPM: 50%. Precisaron control INR previo procedimiento 87.23% de PAC. Acudieron a control INR previo procedimiento: 95.12%. INR correcto: 98%. Del total de las pautas TTP el cumplimiento fue correcto: 93.81%. Registro correcto de datos de enfermería fue del 95.5%.

Conclusiones:

Numerosos estudios demuestran la efectividad de las intervenciones enfermeras ya que las mismas aumentan la adherencia y eficacia en los tratamientos crónicos como es el tratamiento anticoagulante oral. Por tanto con ellas vamos a mejorar a calidad de la atención que ofrecemos a nuestros PAC. Los resultados obtenidos apoyan que la intervención de enfermería en la TPP es muy efectiva. Un porcentaje muy elevado de nuestros PAC realizan la TPP correctamente lo que disminuye las complicaciones y por tanto la morbi-mortalidad derivada tanto de la propia TPP como de los procedimientos realizados

Los datos demuestran que los registros de enfermería recogen en un alto porcentaje la información de los ítems incluidos en estudio, pero es necesario mejorar su clasificación de forma que nos permita un acceso rápido y dinámico a los mismos

AUTORES: María Elena Arranz de Andrés[1]; MC Gago Gomez[2]; MP Lillo Rubio[3]; M Page Higueras[4]; JM Gago Gomez[5]; AM Cano Sanz[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Alcorcón[1, 2, 3, 4, 6]; Centro Salud San Blas. Parla.[5].

ID: 111

TÍTULO: EXPECTATIVAS VS REALIDAD EN EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

RESUMEN:
Los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía han utilizado el programa de acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) para evaluar o reevaluar su práctica asistencial y como herramienta de mejora continua desde hace 12 años. Asimismo, han cumplimentado el cuestionario de calidad percibida que permite conocer su opinión acerca del proceso.
Analizar los proyectos de acreditación evaluados y el cumplimiento de las expectativas de los profesionales en relación al nivel de acreditación optado y alcanzado.
Conocer los resultados de calidad percibida por el cliente referentes al fomento de autoaprendizaje y reflexión y al mantenimiento y mejora de resultados de práctica clínica.
Tamaño de la muestra y periodo de estudio: 15659 proyectos evaluados entre el año 2007 y 2017 y 6945 cuestionarios cumplimentados entre 2012 y 2017.
Tipo de diseño: Análisis descriptivo.
Instrumento: aplicación informática Me_jora P, herramienta para la realización del proceso; herramienta Limesurvey, específica para medir las expectativas y la satisfacción de los clientes.
Del total de proyectos evaluados, 11618 fueron de primera acreditación, lo que supone un total de 74.5% frente a un 25.5% de proyectos de reacreditación. Un 35.02% optaban al nivel avanzado, un 40.17% al experto y un 24.81 al excelente. El nivel avanzado lo alcanzaron un 46.27%, un 34.53% el nivel experto y 12.42% el nivel excelente, no alcanzando ningún nivel de acreditación un 6.78%, dato significativamente mayor para proyectos de acreditación (8.35%) frente a los de reacreditación (2.25%).
Tras la evaluación, un 68.49% alcanzaron el nivel al cual optaba, sin diferencias significativas según el tipo de proyecto. De los que no alcanzaron el nivel, un 26.67% se quedaron en un nivel inferior al esperado, un 3.99% a dos niveles menos y solo un 0.86% no alcanzaron ningún nivel de acreditación aún optando al nivel Excelente (tres niveles menos).
En cuanto a los cuestionarios de satisfacción, los profesionales dieron una puntuación media de 7.8 sobre 10 a la percepción del proceso en cuanto al “Fomento de autoaprendizaje y reflexión”, con valores medios que oscilan entre 7.7 en 2012 y 8.0 en 2017; y una puntuación media de 7.7 sobre 10 a su percepción en cuanto al “Mantenimiento y mejora de resultados de práctica clínica”, con valores medios que oscilan entre 7.6 en 2012 y 7.9 en 2017.
Independientemente de si el proyecto es de acreditación o reacreditación, más de la mitad de los profesionales alcanzan su objetivo, siendo la distribución de los que alcanzan cada nivel acorde con un proceso de acreditación bien diseñado, donde una minoría consigue el nivel de excelencia.
Los profesionales valoran positivamente la realización del proceso de acreditación como herramienta de autorreflexión y mejora continua, valoración con tendencia ascendente con el paso de los años y que aún deja un margen de mejora del programa de acreditación por parte de ACSA.

AUTORES: Mª del Pilar Carrascosa Salmoral; SM Martín García; A Rojas de Mora-Figueroa; J Julián Carrión; P Brea Rivero.

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia.

ID: 112

TÍTULO: PROYECTO DE CREACIÓN DE UN EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA (ETI).

RESUMEN: La terapia intravenosa (TIV), con fines diagnósticos y terapéuticos, es una de las actividades enfermeras más comunes en todos los niveles asistenciales. Entre las complicaciones más graves asociadas a la TIV está bacteriemia relacionada con catéter (15-30%). Los efectos adversos pueden reducirse aplicando cuidados de calidad, siendo de vital importancia la unificación de criterios de actuación en el cuidado y manejo de accesos vasculares (AV), la elección adecuada de catéter en función de un algoritmo que tenga en cuenta el uso del acceso, la duración y el tipo de sustancias a administrar. Constituir un equipo especializado (ETI) asegura una atención de calidad, minimizando los riesgos, potenciando la seguridad del paciente, reduciendo las complicaciones, optimizando los recursos y los tiempos de asistencia y, por tanto, favoreciendo el diseño de procesos altamente eficientes. Elaboración de un proyecto para la creación de un ETI. Específicos: Gestionar la demanda de AV en situaciones de cierta complejidad de los distintos servicios preservando, en la medida de la posible, el capital venoso del paciente y ofreciendo unos cuidados basados en el conocimiento científico actual (ecoguiado). Canalizar la referencia en cuanto a conocimiento y formación en la implantación y cuidados de dispositivos de AV de línea media y centrales de acceso periférico. Búsqueda bibliográfica de evidencia científica. Análisis de antecedentes y situación actual. Elaboración de documento "proyecto de mejora" que incluye: introducción, ámbito de aplicación y destinatarios, justificación y marco teórico (conceptos clave, antecedentes y análisis situación actual, mejoras, funciones del ETI, organización de la actividad), objetivos, plan de trabajo (fases intervención y actividades programadas, cronograma), recursos humanos y materiales, presupuesto, coordinación, sistema de evaluación, conclusiones y bibliografía. Presentación del proyecto a la dirección. Implantación.
Presentación del proyecto a dirección: septiembre de 2017.
Las personas responsables del mismo comienzan formación específica mediante cursos presenciales, formación on line como expertas en TIV, asistencia a congresos.
Elaboración de documentación asociada.
Dotación de la consulta.
Creación de agenda.
A día de hoy en fase de implantación.
CONCLUSIONES La TIV es una herramienta imprescindible en el manejo del enfermo hospitalizado y domiciliario. Una de las estrategias que mayor eficacia está demostrando en la gestión del AV es la creación de ETIs porque:

- Tienen la capacidad de racionalizar el uso del capital venoso paciente y los recursos disponibles.
- Menor sufrimiento del paciente.
- Mayor seguridad por menor riesgo de infección nosocomial.
- Utilización adecuada de recursos.
- Permite la realización de estudios de investigación y formar al personal en base a evidencia científica actualizada.
- Rentabilidad para la institución.

Por ello es recomendable que se creen en nuestras organizaciones.

AUTORES: Mónica Rodríguez Castaño[1]; C Alfonso Noal[2]; S Trillo Guerra[3]; MA Mera Cores.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Da Barbanza - Área Santiago De Compostela E A Barbanza[1, 2]; CHUS - Área Santiago De Compostela E A Barbanza[3]; Centro De Salud Ribeira - Área De Santiago De Compostela E A Barbanza[4].

ID: 113

TÍTULO: EL CONTRATO DE GESTIÓN COMO INSTRUMENTO PARA CANALIZAR EL PLAN DE CALIDAD

RESUMEN:
Desde la Dirección de la Institución se promueve la gestión clínica a través de un modelo organizativo basado en el liderazgo clínico y la evaluación de resultados. Desde hace años, viene utilizándose el contrato de gestión (CG) como instrumento para impulsar la estrategia de la organización y su Plan de Calidad
Utilizar el CG, como instrumento para implicar a todos los profesionales en la consecución del Plan de Calidad focalizando la mejora continua de los procesos estratégicos
La Dirección negocia y firma un contrato de gestión con cada uno de sus equipos directivos.
En el caso de la Direcciones Clínicas y Asistenciales, los objetivos se estructuran en procesos clave (hospitalización, radioterapia, quimioterapia, atención continuada, atención ambulatoria,…) y están agrupados básicamente en las dimensiones de la calidad asistencial: eficiencia, adecuación, accesibilidad y seguridad del paciente. Dichos objetivos se traducen en un set de indicadores que permiten su seguimiento mensual a través del cuadro de mandos integral (CMI) y están vinculados a planes de mejora previamente pactados. El CG de las Direcciones Económica, Sistemas de Información, Personas… incluye a parte de la mejora de sus procesos clave, el dar soporte a los equipos clínicos para el seguimiento y análisis de los planes de acción.
Se ha incorporado en la intranet un portal de resultados que facilita el acceso al CMI. Los contratos de gestión se evalúan a final de año. El resultado impacta en la retribución variable de todos los profesionales.
En 2017, la Dirección General firmó 24 CG con Directivos, de los cuales 4 Direcciones Asistenciales y 5 Direcciones Clínicas.
Globalmente el grado de consecución de los CG fue del 85,6% y en el conjunto de las 4 direcciones asistenciales del 85,8%. A destacar los buenos resultados obtenidos en cuanto a la intervención paliativa precoz (IPP) en paciente oncológico (Pacientes exitus sin IPP: 2016: 22%; 2017: 14,6%), mientras que debemos seguir trabajando la agresividad terapéutica al final de la vida (pacientes exitus con quimioterapia activa: 2016: 38,85%; 2017: 35,88%). Del balance del proceso de evaluación realizado con todos los servicios y unidades se recogieron algunas propuestas que hemos incorporado en el año 2018, por ejemplo desarrollar una nueva área de resultados relativa a la adecuación de tratamientos farmacológicos (nuevos quimioterapias y resultados clínicos) y pruebas diagnósticas por patología en el CMI.
Discusión / conclusiones
A través de los CG se ha fomentado el compromiso de los profesionales con una gestión eficiente de los recursos y su responsabilidad sobre las decisiones clínicas adecuadas, en beneficio de una asistencia de calidad, segura y satisfactoria para nuestros pacientes.

AUTORES: Maria Glòria Torras Boatella; J Casaus García; JL Pontón Sivillá; MC Quiros Vallejo; M Garcia Erill; A Vidal Milla.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català d'Oncologia[1].

ID: 114

TÍTULO: ENFERMERÍA, PACIENTES Y FAMILIARES ANTE LA HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

RESUMEN:
La humanización, en auge desde hace algunos años, implica una atención sanitaria más holística, integral y cualificada.Centrada en tanto en el paciente y su familia como en la confortabilidad del trabajo que realizan los profesionales sanitarios.
En lo que respecta a la humanización enfermera, se trata de cuidar como un todo, con escucha activa, empatía, respeto y humanidad. Aportar unos cuidados de los cuales deberían formar parte, sus familias, acompañándolos, protegiéndolos e incluso participando en tareas como el aseo o la alimentación. En esta línea, se han puesto en marcha proyectos dirigidos a la "Humanización de los cuidados intensivos", cuyos objetivos son conseguir cercanía, comprensión, afectividad y ternura.elementos que se traducen en aumento de la calidad percibida por el paciente, su familia y el equipo de UCI. Conocer la repercusión que tiene en familias, pacientes y profesionales la humanización de las UCIs adultos.
Identificar y analizar los beneficios de la flexibilidad de las visitas en las UCI polivalente de adultos.
Conocer la percepción de los profesionales sobre la idoneidad de las UCI de puertas abiertas. Se realizó una revisión bibliográfica durante los meses de enero-abril de 2017 en la base de datos PUBMED, y en las revistas "Medicina Intensiva", "Enfermería clínica", "Enfermería Intensiva", las cuales nos han ofrecido la mayoría de los resultados. En una primera etapa se realizó una búsqueda para centrar y conocer que es la humanización de las unidades de cuidados críticos. En las siguientes etapas y tras conocer los aspectos más importantes de la humanización de los cuidados se plantean nuevas búsquedas que relacionen la humanización de UCI con las políticas de visitas y estas últimas con los elementos claves: los pacientes, sus familiares y la enfermería.
- Palabras claves: Unidad de cuidados intensivos; Humanización; Enfermería;
Percepción enfermería; Comunicación; Cuidados familia; Política visitas; Visitas abiertas
La Humanización de las UCI, no implica que hoy en día no sean lugares humanitarios, se trata de optimizar todos aquellos recursos emocionales que tenemos a nuestro alcance, puesto que reporta numerosas experiencias positivas para la piedra angular del tratamiento crítico, el paciente.
Son muchos los estudios que demuestran los numerosos beneficios de la flexibilidad de horarios y puertas abiertas en las UCI, entre ellos la disminución del nivel de ansiedad, de angustia, de estrés y de soledad tanto de familias como de pacientes, pudiendo mencionar también la visibilidad que esto da a la labor de enfermería en estas unidades.
Los profesionales de UCI, en concreto el personal de enfermería, sigue siendo bastante reticente a la apertura de puertas, argumentando que las unidades no están preparadas, que aumentaría el nivel de estrés y la carga laboral e incluso que la familia supone interrupciones en la aplicación de los planes de cuidados.

AUTORES: Ana Mancha Lopez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Sanitas La Moraleja.

ID: 115

TÍTULO: PROYECTO DE HUMANIZACIÓN PERIOPERATORIA INFANTIL. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANITAS LA MORALEJA.

RESUMEN:
Diferentes estudios indican que la ansiedad Perioperatoria en niños incide en, complicaciones postquirúrgicas, aumento de las necesidades analgésicas, así como problemas desadaptativos posteriores a la cirugía: eneuresis, terrores nocturnos, depresión o insomnio. El Hospital Universitario La Moraleja, ha incorporado dentro del Plan de Humanización de la atención del paciente, el Proyecto de Normalización Perioperatoria Infantil "Donde habitan Los Héroes". Mediante el juego, en el proceso de una intervención quirúrgica, se busca conseguir una mejora del afrontamiento ante situaciones que pueden ser hostiles. Ese es el motivo por el que sea el juego el instrumento utilizado para desarrollar este proyecto específico y original, en el que un cuento será el núcleo principal, donde se desarrolla, la búsqueda de determinados personajes en el periodo preoperatorio inmediato así como la recompensa final de un diploma.
La medición y valoración del programa se fundamenta en tres instrumentos ya validados por la literatura científica. La consecución y tratamiento de los datos siguen los más estrictos controles éticos, auspiciado por un comité ético de Investigación clínica oficial, el C.E.I.C del Hospital Universitario La Paz que dictó su aprobación el 22 diciembre de 2016 mediante código del protocolo: EAQI 1, Versión 3, código HULP: 4751
El cuestionario de preocupación paterna sobre cirugía-CPPC de Gironés.
La versión española de la escala de ansiedad preoperatoria de Yale-Brown modificada (EAPY-m) por Ulloa.
El Induction Compliace Checklist (ICC) de Kaint.
Herramientas y formación.
Las Herramientas que se han utilizado son las siguientes:
Cuento "donde habitan los héroes". Ilustrado con imágenes relaciones con todo el proceso, junto stickers adhesivos.
Un díptico (Manual para padres Donde habitan los héroes) donde se les explica, lo principal que han de saber sobre el proceso de la intervención.
Cochecitos y carritos, para el traslado hasta el área de quirófano.
Capas de diversos personajes de héroes.
Diploma " al niño más valiente"
La formación del personal hospitalario ha sido pieza clave para mejorar los cuidados enfocados a disminuir los niveles de ansiedad, reconocer situaciones disfuncionales o el sentimiento de abandono de la seguridad familiar, para ello, es preciso contar con un entrenamiento en algunas técnicas sencillas para disminuir la ansiedad infantil. La formación ha sido dirigida a todo el personal involucrado en el proceso.
Los resultados se están valorando dentro del programa "Estudio de evaluación de la ansiedad quirúrgica infantil tras programa propio especifico para su control", aprobado por el comité Ético de Investigación Científica del Hospital Universitario la Paz.
Con dichos datos podremos, no solo valorar la efectividad del programa, sino también complementarlo y mejorar aspectos asistenciales que podían estar ocultos. Todo con el fin de incrementar la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes.

AUTORES: Juan Garcia Ancin.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Sanitas La Moraleja.

ID: 116

TÍTULO: MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA FORMACIÓN PRÁCTICA DE CICLOS FORMATIVOS SANITARIOS: DE PROYECTO DE MEJORA A GRUPO DE TRABAJO

RESUMEN:
En nuestro centro realizan su formación práctica alumnos de diversos ciclos formativos sanitarios.
Con el paso del tiempo y valorando necesidades y problemas que surgen en su gestión, hemos ido adoptado varias medidas para solucionarlos y establecer procedimientos y circuitos de colaboración entre centros sanitarios y educativos que se consolidan como mejoras en el área de docencia pregrado.
Asimismo, debemos ser conscientes de nuestra responsabilidad en el adiestramiento y evaluación de estos alumnos. Mejorar la experiencia de la formación en centros de trabajo de los alumnos ofreciendo refuerzo teórico práctico en determinados temas transversales Establecer comunicación fluida con responsables de centros académicos y departamento de Educación. Concienciar a los profesionales de su responsabilidad docente y a los tutores de centro sanitario del seguimiento y evaluación de los alumnos.
Actualizar y adecuar la documentación relativa a la gestión interna de la Docencia pregrado.
Desde el curso académico 2015/2016 comenzamos un programa de sesiones para alumnos de TCAE con la intención de mejorar y homogeneizar la adquisición de conocimientos prácticos respecto a determinadas técnicas básicas incluidas en su programa formativo. Se planteó como un proyecto de mejora y actualmente se ha constituido un grupo de trabajo para su gestión, evaluación y actualización cada curso.
Con los tutores hospitalarios (habitualmente supervisores) hemos valorado sus necesidades para el correcto seguimiento del alumnado y de la información que requieren estos durante su formación práctica, diseñando formatos a tal efecto. También se observó en los servicios que poseen la certificación ISO 9001 que podíamos unificar un procedimiento sobre la gestión de la docencia pregrado dependiente del Área de Enfermería.
Por último, restaba mejorar la comunicación con los responsables educativos, que en estos últimos 3 años se ha hecho más frecuente y cercana y se ha plasmado en colaboraciones concretas entre ambas partes.
Establecimiento de un Programa de sesiones estable para alumnos de TCAE: Importante grado de satisfacción con los 3 programas realizados (asistencia voluntaria: 75-85%; valoración sesiones: 9,35-9,58; valoración docentes: 9,56-9,70)
Diseño de documentación: Individualmente, por alumno: control de asistencia; información a alumnos y tutores sobre rotación por secciones/unidades; programación de sesiones complementarias a TCAE
Procedimientos sobre docencia pregrado dependiente del área de Enfermería para unidades con certificación ISO 9001. Protocolos de colaboración puntual con otros centros, procedimiento sobre la certificación de colaboración práctica para los profesionales, etc para Dirección de Enfermería
Colaboración con centros educativos:
Se han facilitado cursos de actualización para profesores y talleres para alumnos
Programación de visitas a nuestro hospital que mejoran la comprensión de determinadas asignaturas
Intercambio de material didáctico.

AUTORES: Eva Galvez Alvarez; S Garces Horna; D Gonzalez De La Cuesta; A Latorre Izquierdo; N Lopez Ibort; A Lasala Villa.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet.

ID: 117

TÍTULO: PLAN ESTRATÉGICO COMO ELEMENTO DE MEJORA DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDADES AVANZADAS

RESUMEN: El Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas pretende contribuir a la atención integral de pacientes en situación de final de vida y cuenta con 42 Equipos de Atención Psicosocial (EAPS). Como elemento de mejora, la dirección del Programa ha considerado oportuno promover la elaboración de planes estratégicos en los EAPS. Diseñar y pilotar una herramienta que facilite a los EAPS la definición de la estrategia a seguir a medio plazo. Diseño: creación de una herramienta a partir de un borrador inicial para su cumplimentación. Prueba piloto: uno de los EAPS se ofrece a participar en el pilotaje de la herramienta. El proceso se completa en el período Mayo-Noviembre de 2017. Análisis: a través del análisis conjunto y la implicación de todos los profesionales del equipo se fueron añadiendo puntos de mejora y modificando el diseño inicial.La herramienta generada contempla dos niveles de análisis:
•General:
 Definición, revisión, reformulación de la misión, visión, valores
 Análisis de los resultados históricos de actividad, efectividad, satisfacción de los usuarios y equipos receptores
 Visualización del programa y del equipo a 5 años
•Por ámbito específico:
 EAPS
 Equipos receptores
 Actividad asistencial/Resultados
 Voluntariado
 Espiritualidad
 Duelo
 Stakeholders
 Formación
 Docencia
 Investigación
 Evaluación y mejora de la calidad
 Relación con el programa
 Relación con la sociedad
Para cada dimensión, hay que analizar:
 Pasado: dificultades superadas y logros obtenidos
 Presente: debilidades a corregir, amenazas a afrontar, fortalezas a mantener y oportunidades a explotar
 Futuro: 3 objetivos por dimensión con acciones iniciales, responsable, resultado esperado e indicador específico
Una vez validada la herramienta por uno de los EAPS, se ofreció la posibilidad de elaborar el plan estratégico al resto. Para 2018, se han incluido en el proyecto 12 equipos, 5 para el primer semestre y 7 para el segundo. Los planes estratégicos facilitan el análisis de la trayectoria del EAPS, definen y establecen los objetivos futuros, y mejoran la relación con las instituciones receptoras.

AUTORES: Rosa M Montoliu-Valls[1]; R Rodriguez Quintana[2]; E Cardeña Franquet[3]; J Lluch Salas[4]; L Espinàs Olvera[5]; M Buisán Gallardo[6].

CENTRO DE TRABAJO: Instituto Catalán de Oncología[1, 4]; Hospital Sant Joan de Déu[2, 5]; Obra Social la Caixa[3, 6].

ID: 118

TÍTULO: IMPLEMENTACION Y UTILIDAD DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

RESUMEN:
El listado de verificación de la seguridad quirúrgica (LVSQ) es una herramienta propuesta por la OMS en el año 2007 que permite proporcionar al paciente una atención quirúrgica más segura. Este listado contiene una serie de controles de seguridad que pueden efectuarse en cualquier quirófano. Pretende consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas.
Adaptar e implementar el LVSQ en la Cirugía Ginecológica programada y valorar la evolución tras dos años de implantación. Utilizar indicadores que permitan conocer su utilidad en la mejora de la seguridad del paciente.
Se constituyó un equipo multidisciplinar formado por un Ginecólogo, una Anestesista, una enfermera y un referente de seguridad del paciente.
Tomando como modelo el LVSQ de la OMS se elaboró un checklist quirúrgico adaptado a nuestro centro. El ítem correspondiente a la verificación de la administración de la profilaxis antibiótica se incorporó en la fase de antes de la inducción de la anestesia. Se incluyó en el listado la opción "sí tras corrección" que permite, en caso de que se detecte algún problema, solucionarlo y continuar con el proceso. Se organizaron sesiones informativas a los miembros del quirófano implicado.
Tras un periodo inicial de adaptación y pilotaje se llevó a cabo un registro de los incidentes detectados con el objetivo de conocer la utilidad del LVSQ. Se realizó un seguimiento de los indicadores: porcentaje de intervenciones de cirugía ginecológica programada con ingreso en las que se utilizó el LVSQ y porcentaje de LVSQ en los que se detecta algún incidente durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata.
El LVSQ fue implementado en la actividad quirúrgica siendo utilizado en un 84,6% de las intervenciones programadas en el año 2016 y en un 98% en el año 2017.
Durante el periodo de seguimiento el valor medio del % LVSQ con al menos una acción correctora fue del 13,7 (rango 2,6-39,4) en el año 2016 y del 9,7 (rango: 2,6-20) en el año 2017. El incidente más frecuente que precisó una acción correctora fue la administración de la profilaxis antibiótica (26,7% en el año 2016) y fue también el incidente que más se evitó tras el primer año y la adopción de protocolos específicos, pasando a un 14,1% en el año 2017.
La implementación del LVSQ adaptado ha sido factible y ha demostrado ser útil para detectar y evitar incidentes que afecten a la seguridad del paciente de Cirugía Ginecológica.

AUTORES: Enrique Gonzalez Diaz[1]; M Tejada Garcia[2]; M Goñi Zaballa[3]; A Fernandez Corona[4]; AM Rodriguez Fernandez[5]; MJ Perez Boillos[6].

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario De Leon[1, 2, 3, 4, 5]; Servicio De Calidad Y Seguridad Del Paciente[6].

ID: 119

TÍTULO: EDUCACIÓN PRE QUIRÚRGICA A PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA ORTOPROTÉSICA Y COLORRECTAL.

RESUMEN:
Es un hecho frecuente que los pacientes consulten en las redes sociales información clínica sobre posibles diagnósticos o tratamientos buscando soluciones. Esto pone de manifiesto la demanda de información y el cambio del rol del paciente tomando un papel activo en su asistencia. Los procesos quirúrgicos de mayor frecuencia y complejidad, que puedan generar limitaciones en la vida del paciente, son puntos clave para abordar la información que demanda. Por eso la cirugía protésica y colorrectal, son procedimientos que se enmarcan en estos aspectos. Incluir la educación al paciente y familia en estos procedimientos, puede ser el punto de inicio para extenderla a otros procesos quirúrgicos. Satisfacer la demanda de información del paciente en todo el proceso asistencial. Orientar al paciente en la consecución de los objetivos terapéuticos y considerarlo sujeto activo del proceso para que disminuya el grado de ansiedad del paciente. Recuperar el nivel funcional previo tan pronto como sea posible y facilitar la integración en su entorno social. Evitar estancias innecesarias, realizando la preparación en domicilio.
CIRUGÍA ORTOPROTÉSICA
Se organizan las sesiones formativas grupales, a paciente y familia, impartidas por una Enfermera de Traumatología y un Fisioterapeuta que informan de todas las fases del proceso asistencial, incluyendo la preparación del domicilio a la nueva situación.
Se entrega la documentación adjunta con las recomendaciones y la página Web de consulta y la medicación que precisa para realizar una correcta preparación en domicilio.
CIRUGÍA COLORRECTAL
La enfermera estomaterapeuta cita en consulta a los pacientes programados para cirugía colorrectal.
Además de informar acerca de todas las fases del proceso asistencial, esta educación incide en una óptima preparación nutricional, intestinal, respiratoria y antitrombótica.
Asimismo se orienta acerca de ejercicios de prehabilitación para optimizar el desgaste físico al que se someten en la cirugía. Los portadores de estoma, son citados nuevamente para el marcaje, realizando asimismo la extracción de pruebas cruzadas, para evitar más trámites al paciente.
En ambas se entrega una encuesta de satisfacción. Los pacientes disponen de un teléfono de contacto, de lunes a viernes de 9 a 16 horas, para satisfacer las dudas relativas a la preparación y el proceso.
CIRUGÍA ORTOPROTÉSICA
Se imparten 20 sesiones grupales de educación a paciente y familia desde Junio de 2017 hasta Abril de 2018, con un total de 450 asistentes.
El 99% de los pacientes intervenidos han acudido a educación preoperatoria.
El 99,8% considera que le ha resultado útil la información recibida.
El 96,1% valora la sesión educativa con la máxima puntuación.
CIRUGÍA COLORRECTAL
Se imparten 40 sesiones personalizadas de Enero a Abril de 2018.
El 100% de los pacientes han acudido a educación preoperatoria.
El 99% considera que le ha resultado útil la información recibida.

AUTORES: Maria Falagan Mota; Mª Muñoz Mella; RO LLovo Del Rio; JO Cáceres Serrano; Mª García Oubiña Celada.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Povisa.

ID: 120

TÍTULO: CONCORDANCIA ENTRE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PACIENTES DIABÉTICOS DEL CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN

RESUMEN: Pocos trabajos estudian concordancia entre información proporcionada por médico AP y la que el paciente dice haber recibido (fuente de recogida de datos directamente profesional y usuario)

•Estudiar características de información percibida por diabético y la proporcionada por el medico.

•Analizar concordancia entre información proporcionada (médico) y percibida (paciente).

Multicéntrico observacional descriptivo transversal prospectivo. Muestreo probabilístico aleatorio simple. 480 pacientes diabéticos y 60 médicos de Atención Primaria. Encuesta: variables sociodemográficas y clínicas de pacientes y sociodemográficas y laborales de médicos. Características de información percibida y proporcionada, respectivamente (enfermedad, tratamiento, riesgos y complicaciones, pruebas complementarias).

SPSSv.19

481 diabéticos y 60 médicos

Información (INF) que pacientes diabéticos PERCIBEN de su médico:

- Verdadera 96,3%, comprensible 94,2% y adecuada 90,9%
- Oral 95,8%. Escrita 29,5%
- Insuficiente tiempo en consulta para informar 16,5%
- Médico resuelve dudas: 88,6%
- INF diagnóstico (dx precoz, confirmación y características de enfermedad) 27,4%
- INF tratamiento: medidas higiénicas, dietéticas y actividad física 91,9%, 93,3% y 93,6%, respectivamente. Finalidad del tratamiento 90%, horas de toma y relación con dieta 92,9%, posología 96% y vía de administración 93,8%. Nunca reciben información sobre efectos secundarios 38,7%, contraindicaciones 49,3%, tratamientos alternativos 38,9%
- INF pronóstico 35%
- INF pruebas complementarias: aunque al 81,1%% no se le informa sobre molestias ni al 83,2% sobre complicaciones, el 56,5% informado sobre motivo de solicitud y 92,9% resultados
- INF impacto personal, familiar, social y laboral de DM2: 60,1%, 70,9%, 75,3% y 70,7%

Información que los médicos de Atención Primaria refieren proporcionar a sus pacientes diabéticos:

- 100% siempre da INF verdadera y casi siempre con lenguaje comprensible.
- Verbal 93,3% y 30% escrito.
- Aunque sin tiempo suficiente (61,7%), 73,4% resuelve dudas
- INF diagnóstico 55%
- INF tratamiento: 100% ejercicio físico y posología; 98,3% vía de administración, horas de tomas y relación con dieta y las medidas dietéticas; 96,7% medidas higiénicas y 95% revisiones. No informan sobre efectos secundarios 35%, finalidad del tratamiento 6,7%, contraindicaciones 48,3% y tratamientos alternativos 65%
- INF pronóstico 30,5%
- INF pruebas complementarias: 81,7% motivo y 100% resultados. No informan sobre molestias 58,3% y complicaciones 78,3%
- INF impacto personal, laboral, familiar y social: 26,7, 15, 15 y 10%

Concluimos que no existe concordancia entre la información que los médicos de Atención Primaria dicen que proporcionan a sus pacientes diabéticos y la información que éstos refieren haber recibido de su médico. Mayor desacuerdo en información sobre impacto personal 56,3%, tiempo suficiente para informar 53,4%, efectos secundarios 52,6% y contraindicaciones de medicación 49,1%

AUTORES: Antonia Cantero Sandoval[1]; R Rojas Luán[2]; JM Marín Martínez[3]; MI Arjona López[4]; J Nicolás Gálvez[5]; MD Pérez Cárceles[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca[1, 2, 3, 4]; Hospital General Universitario Morales Meseguer[5]; Universidad De Murcia[6].

ID: 121

TÍTULO: IMPACTO DEL DESARROLLO INFORMATIZADO PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE VÍAS CLÍNICAS DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA.

RESUMEN:
La cirugía electiva de cadera y rodilla implica discapacidad, pérdida de independencia y dificultad para desempeñar actividades de la vida diaria.
Este proyecto se basa en la transformación de una vía clínica, entendida como una simple matriz temporal, en un proceso de gestión integrada con la creación de algoritmos de decisión informatizada.
Es un proyecto innovador al hacer al paciente y familia partícipes activos de su proceso, se integran evaluaciones médicas y de enfermería, pruebas, cuidados, medicación, dieta, protocolos. que se despliegan de manera secuencial y automática, posibilita a los profesionales el mínimo esfuerzo en el seguimiento clínico del paciente y la evaluación de complicaciones, reingresos y desviaciones con respecto al itinerario clínico esperado.
Mejorar la calidad de vida del paciente.
Integrar al paciente y familia en el proceso asistencial.
Mejorar la calidad del proceso asistencial.
Reducir las complicaciones relacionadas con sangrado, infección y movilidad.
Evitar reingresos relacionados con el proceso.
Formación de un Equipo multidisciplinar con participación de 10 servicios asistenciales, para la elaboración e implantación de la matriz de la vía clínica.
Desarrollo de una herramienta propia informatizada integrada con la e-Historia: Entorno digital compartido en el que el médico, al activar la fase, automáticamente se vuelcan los cuidados correspondientes relativos a solicitud de pruebas, interconsultas y órdenes médicas.
Elementos claves del proceso: Prescripción anticipada y remota, activación y planificación del proceso, control de fases (pre/post), integración de la evaluación de riesgos según perfil, adaptación a la evolución clínica del paciente, educación de enfermería del paciente y familia.
Enfermera Gestora de casos: Coordinación de la educación, ingreso, pruebas complementarias, seguimiento hasta el alta y monitorización de indicadores.
Reducción de la estancia media de 9,3 a 4,6 días.
Disminución de 2.190 estancias/año.
Tasa de cumplimentación total de la vía den un 85,5%.
El 99% de los pacientes intervenidos, han acudido a educación previa y a través de una encuesta entregada, se confirma que el 99,6 % considera útil la información recibida.
Disminuye la tasa de infección del 2,7% al 2,3%, desde su implantación.
Impacto económico: más de 400.000 euros/año.
El 86,1% valora la sesión educativa con la máxima puntuación.
La eficacia del programa se evidencia, tanto por el resultado clínico, económico y social, como por la satisfacción, tanto de los profesionales como del paciente y familia.
Disponer de recursos tales como la Historia clínica electrónica, planes de cuidados asociados a la prescripción y la posibilidad de integrar informáticamente los procesos que afecten a condiciones específicas del paciente, permite plantearnos la posibilidad de extrapolar el proyecto a nuevas vías clínicas.

AUTORES: Maria Falagan Mota; Mª Muñoz Mella; IG Enriquez De Salamanca Holzinguer; PE Posadilla Casquete; JU Rodriguez Rodriguez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Povisa.

ID: 122

TÍTULO: ABORDAJE COORDINADO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD.

RESUMEN: El dolor crónico no oncológico (DCNO) engloba diferentes entidades nosológicas entre las que destacan lumbalgia crónica, hombro doloroso crónico, neuropatía postherpética, e incluso la coxartrosis y gonartrosis intervención quirúrgica. Se ha implementado un programa de mejora de la calidad de la asistencia a los pacientes con dolor crónico no oncológico en nuestra zona básica de salud con participación profesionales sanitarios, responsables del diagnóstico y del tratamiento, y de los pacientes que padecen el dolor crónico. Aumentar el número de pacientes con diagnóstico etiológico correcto del dolor crónico no oncológico Reducir el número de pacientes que reciben fármacos de primer y segundo escalón analgésico y no tienen un correcto control del dolor. Mejorar la indicación de técnicas mínimamente invasivas de control de dolor . Garantizar una vía rápida de derivación de pacientes con dolor crónico desde Atención Primaria a través de una consulta electrónica. Reducir el tiempo de espera entre la indicación de tratamiento especializado y el momento en recibirlo

Programa implementado en una zona básica de salud que atiende a 13639 personas y compuesta por 4 médicos de familia, 1 pediatra, 4 profesionales de enfermería, 1 matrona, 1 TCAE, 1 fisioterapeuta y 1 profesional de trabajo social.

Contenido del programa:

Valoración del paciente con dolor crónico no oncológico : Mediante criterios explícitos

-Abordaje inicial, incluye:

Tratamiento no farmacológico

Analgésicos de primer a tercer escalón y adyuvantes.

Analgésicos para dolor neuropático

Analgésicos para dolor mixto

-Derivación del paciente a Unidad hospitalaria de Dolor

-Establecimiento de criterios consensuados.

-Solicitud de consulta electrónica

-Contestación a dicha consulta: resolución o derivación presencial

-Establecimiento de indicadores

Número de pacientes con episodio de dolor crónico no oncológico abierto en IANUS código CIAP-2 correspondiente A01.01: 96.

Valoración de la Intensidad del dolor: pacientes en los que se ha evaluado la intensidad del dolor: 100%.

Porcentaje de pacientes con DCNO a los que se les aplica una intervención psicoeducativa breve: 80%.

Pacientes con episodio de dolor crónico no oncológico a tratamiento con opiáceos mayores tras 3 meses de iniciado el diagnóstico: 40 (51%). Pacientes con dolor crónico no oncológico derivados a la Unidad del Dolor por no haber obtenido mejoría: 27%. Pacientes con dolor crónico no oncológico a los que se les indica técnicas mínimamente invasivas para control de dolor: 100%. La consulta electrónica se perfila como un proceso altamente resolutivo y da protagonismo a conceptos como visibilidad, seguridad, ahorro de costes y tiempo. Permite una rápida respuesta a dudas y cuestiones planteadas por los equipos de Atención Primaria y permite evitar consultas presenciales. Permite priorizar la consulta presencial o técnicas más invasivas para control del dolor según la situación clínica identificada desde AP.

AUTORES: Beatriz Pais Iglesias[1]; E Lopez-Pardo[2]; G Atienza[3]; B Rodriguez[4].

CENTRO DE TRABAJO: Area Sanitaria De Santiago y Barbanza[1, 3, 4]; Area Sanitaria De Pontevedra[2].

ID: 123

TÍTULO: PROCESO INTEGRADO DE REHABILITACIÓN CARDIACA CON CONTINUIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN: La rehabilitación cardiaca (RhC) ha demostrado mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un SCA, revascularización coronaria y/o insuficiencia cardiaca.Ha demostrado disminuir el gasto por un menor índice de reingresos, menor consumo de fármacos y pruebas complementarias, y mayor tasa reincorporación laboral. Los programas de prevención secundaria deben ser multidisciplinares, multifactoriales e integrales, y por ello la Atención Primaria es el lugar ideal para los programas de RhC cardíaca, en pacientes de bajo riesgo. Desarrollar un programa de RhC a través de una Unidad Básica de Rehabilitación Cardiaca en un Servicio de Atención Primaria en coordinación con la Unidad de Rehabilitación Cardiaca y Prevención Secundaria del Servicio de Cardiología del hospital.
Componentes y actuaciones
.Educación y modificación del estilo de vida
.Control de los síntomas cardiovasculares y factores de riesgo cardiovascular.
.Entrenamiento físico individualizado
.Correcto diagnóstico y tratamiento de las alteraciones psicológicas
.Valoración y tratamiento de las alteraciones a nivel sexual
.Correcta prescripción y titulación de fármacos.
.Valoración y consejo/recomendación sobre la vuelta al trabajo
.Adherencia a medio y largo plazo.
Espacios de la Unidad de RhC básica
.Sala de FisioterapiA,Vestuarios con duchas para comodidad e higiene de los pacientes,Salas de consulta, para Fisioterapia, y RhC...Sala de reuniones
Equipos y material de la RhC básica
Recursos humanos
Cardiólogo/a y enfermero/a de referencia en la Unidad Hospitalaria,Médicos/as de Familia y enfermería A.P.,Fisioterapeuta/Médico Rehabilitador,Psiquiatra/PsicólogoTrabajador/a social,Nutricionista/ dietistaMédico Rehabilitador
Interconsulta entre las unidades básica y avanzada
.Mediante e-interconsulta para todo paciente en alta en RhC en fases II y III, sobre el que AP considere necesario consultar con la unidad de rehabilitación avanzada.
Actividades fase II
.Primera consulta cardiovascular Unidad de RhC Avanzada
.Primera consulta de Rehabilitación
Derivación a Fase II en Unidad Básica de RhC
.Primera consulta de Fase II Médico/a de familia ,Trabajo Social
Fisioterapia
.Programa de ejercicio físico
Consulta de seguimiento de Enfermería Fase II
.en Cardiología
.en Rehabilitación
Actividades fase III
.Primera consulta de Fase III Médico/a de familia
.Consulta de seguimiento Fase III Médico/a de familia
Segunda consulta de Enfermería Fase III
.Consulta de seguimiento en Fisioterapia
.E-Consulta de seguimiento
Consulta de seguimiento Fase III Unidad de RhC Avanzada. El presente “Proceso integrado de rehabilitación cardiaca con continuidad en Atención Primaria” es un proyecto de innovación en servicios con un alto valor para nuestros pacientes, que tiene las siguientes características: Basado en las necesidades de pacientes y cuidadores,Multidisciplinar,Multiintervención,Con servicios integrados,Accesible y en un entorno amigable, Ágil y resolutivo

AUTORES: Beatriz Pais Iglesias; J Sanchez[2]; D Rey; C Peña[4]; G Atienza; JR Gonzalez-Juanatey.

CENTRO DE TRABAJO: Area Sanitaria De Santiago Y Barbanza.

ID: 124

TÍTULO: UNA MIRADA SANITARIA HACIA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

RESUMEN:
Los profesionales de urgencias hospitalarias pueden desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia de género (VG), siendo fundamental la sensibilización de los mismos que los disponga a detectar dicho problema
- Incidir en la importancia de la detección de casos por parte del profesional.
- Enumerar los indicadores de sospecha generales y en la asistencia sanitaria de una víctima de VG.
Mujer, 42 años. Acude sola a urgencias hospitalarias a las 2.30 am.

Buena apariencia. Explica que se ha levantado con la luz apagada y se ha caído por la escalera del dúplex, golpeándose la cabeza, con cervicalgia e hipoacusia derecha. Nerviosa, habla bajito, entrecortada, titubeante, parece asustada.

Con diagnóstico de cervicalgia postraumática y perforación timpánica se disponen a darle alta a domicilio. Minutos antes, llega su madre: se dirige directamente a la paciente y le pregunta "si están como siempre", que cuánto más va a permitir. Mira al profesional y le pregunta: "¿Cómo se ha inventado esta vez que ha sido? Porque la verdad es que es culpa de su marido. Lleva siendo culpa de él desde hace 5 años"
Las víctimas de VG no suelen manifestar su problema espontáneamente: sienten miedo, vergüenza, minimizan la gravedad y peligrosidad, se resisten a reconocerlo y pueden llegar a autoculparse.

Existen dificultades para identificar la VG: por parte de la mujer (miedo, culpabilización, baja autoestima, vulnerabilidad, dependencia económica, vergüenza, desconfianza, falta de apoyo); por parte del personal sanitario (racionalización de conductas, miedo a ofender, desconocimiento, formación biologicista, actitud paternalista); en el contexto de la consulta (difícil comunicación, falta de privacidad, sobrecarga, escasa formación en habilidades de comunicación); y en el ámbito sanitario (falta de conocimiento y coordinación interdisciplinar, deficiente sensibilización y formación en VG).

Todo el personal sanitario debe conocer las situaciones de especial vulnerabilidad y dependencia de la mujer, los indicadores de sospecha generales de malos tratos (antecedentes de malos tratos en la infancia, hábitos de vida, gineco-obstétricos, síntomas físicos repetitivos y psicológicos, hiperfrecuentación) y los indicadores de sospecha en la asistencia clínica (lesiones físicas, actitud o estado de la paciente, actitud de la pareja, preguntar directamente, con cuestiones abiertas y generales)

CONCLUSIONES:
La VG precisa de una sensibilización e implicación activas por parte de todos los profesionales sanitarios, pues deben ser conscientes de que el abordaje y la resolución del problema se inician con la detección del mismo.
Ya la OMS, en 1998, establece como las dos primeras funciones a desarrollar por los profesionales sanitarios el "preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica" y "estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato"

AUTORES: Antonia Cantero Sandoval[1]; R Rojas Luán[2]; JM Marín Martínez[3]; MI Arjona López[4]; J Nicolás Gálvez[5]; P Manzur Rojas[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca[1, 2, 3, 4]; Hospital General Universitario Morales Meseguer[5]; Hospital Comarcal Del Noroeste[6].

ID: 126

TÍTULO: NUEVA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA FORMACIÓN CONTINUADA. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA APP DE FORMACIÓN

RESUMEN: Las TIC son una realidad presente en todas las áreas y es preciso incluirlas en la gestión de nuestro proceso formativo. Las herramientas que subyacen al desarrollo tecnológico nos permiten visualizar un modelo innovador y de excelencia en la gestión de la formación de un Hospital Universitario. Implementar soluciones tecnológicas nos permitirá conseguir que los procesos formativos sean más accesibles, duraderos, adaptables y asequibles. Los últimos estudios demuestran una reducción en el coste de la formación del 30-60%, 20-40% menos de tiempo de trabajo y aumento la eficacia de la formación en un 30% con el uso de las TIC. En síntesis, se incrementa la eficacia y productividad de la organización.

Apostamos por ser de los primeros hospitales en poner en marcha un proyecto innovador en la gestión de la formación continuada y el uso de las Apps en la gestión sanitaria, que permita validar y afianzar este nuevo modelo como un instrumento clave para conseguir que los profesionales sanitarios estén actualizados para responder a las necesidades actuales y futuras en materia de salud.

- Implementar un nuevo sistema de Gestión de la Formación Continuada de los profesionales del Hospital, mediante la utilización de soluciones tecnológicas adaptadas a las nuevas tendencias de uso y consumo
- Mejorar la accesibilidad a la información y formación de los profesionales del Hospital
- Proporcionar una respuesta rápida a necesidades formativas urgentes (Píldoras formativas)
- Sistematizar los procesos administrativos garantizando una mejor gestión del tiempo

El desarrollo de la aplicación se realizó en 5 etapas:

- Desarrollo de la Plataforma: Estructura de la base de datos, configuración del servidor
- Desarrollo de la aplicación: Diseño de la experiencia de usuario, integración de la APP con la plataforma
- Pilotaje y Validación de la herramienta
- Plan de Comunicación. Difusión y edición de tutoriales
- Publicación en Apple Store y Play Store

Tras una primera fase de pilotaje de 3 meses se comprueba la consolidación de la aplicación:

- 1900 altas de profesionales como usuarios
- 57 cursos gestionados y 519 h de formación
- 1400 solicitudes de inscripción
- 12 Píldoras publicadas: 6 formativas; 4 divulgativas; 2 tutoriales
- 1600 visualizaciones de píldoras
- 93% satisfacción de la App en Google Play y Apple Store

La App ha facilitado la obtención de la certificación del proceso de gestión de la formación con la Norma UNE ISO 9001/2015. En el informe de evaluación EFQM 500+, la App ha sido destacada como punto fuerte y ejemplo de buenas prácticas del Hospital.

Conclusiones: Es una herramienta única y referente en el sistema sanitario que permite agilizar y mejorar no solamente los procesos de la formación sino otros relativos a la comunicación, Calidad.

Esta App puede implementarse fácilmente en otros hospitales y organizaciones a nivel nacional e internacional. Permitirá abrir líneas de desarrollo futuras orientadas a la gestión sanitaria.

AUTORES: Manuel Revuelta Zamorano; P Rull Bravo; B De Andrés Gimeno; A Santano Magariño; M Gallego Paz; L Gómez Acosta.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital U. Puerta de Hierro Majadahonda.

ID: 127

TÍTULO: EVALUACION DE LAS AUDITORIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN COMPLEJO ASISTENCIAL

RESUMEN:
La seguridad de los pacientes (SP) se ha convertido en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud , de sus profesionales .Es un elemento central del trabajo de los países más implicados en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. La Comisión de Cuidados de la Gerencia Asistencial incorpora a sus objetivos mejorar la SP durante la hospitalización mediante implementación de las recomendaciones de buenas prácticas
Evaluar el nivel de implementación de las buenas prácticas del medio hospitalario.
Analizar la situación de indicadores de seguridad para implementar mejoras.
Estudio descriptivo transversal desde 2012 a 2018.
Se revisan las unidades hospitalización, habitaciones, entorno y pacientes ingresados en los días de las auditorias aleatorias semestralmente. Se diseña una hoja de recogida de datos ad-hoc para un análisis estadístico descriptivo posterior.
Las variables observadas son pulsera identificación de pacientes, oxigenoterapia (tomas de oxígeno, forma de administración, flujo y pauta en historia), existencia o no de freno en cama y sillón pacientes. No se recogen en ningún momento del estudio datos de identificación de pacientes.
Tras una revisión basal en 2012, la Dirección de Enfermería difunde los resultados a todos los responsables de las unidades de hospitalización, así como el protocolo de identificación y de oxigenoterapia. con la medida de uso de pegatina, que refleja la pauta En los sucesivos controles se evalúa el nivel de cumplimiento de las prácticas de seguridad que se determinan prioritarias en nuestro entorno hospitalario.
En 2012 la pulsera de identificación la tienen el 45’9%, se ha aumentado hasta alcanzar en mayo 2018 un 95’5% de los cuales el 98 % refieren que es cómoda y el 58% saben su utilidad.
La oxigenoterapia se ve la progresión, en 2018 se ha incrementado un 35’6% desde 2012 la concordancia entre pauta historia médica y registro enfermería es 94’1%, se ha mejorado un 50’4% la concordancia con el paciente lográndose el 96’7%. Han desaparecido las tomas abiertas innecesarias, fugas que ocasionaban mal uso. La buena práctica pegatina se ha implando en todas unidades hasta alcanzar un 77% y se ha eliminado casi ia de oxigeno no pautado 6’7%
En 2017 se inicia la valoración de factores extrínsecos caídas: freno camas la media es 99% y el freno sillón inicialmente 37 % y tras un año hay 60 %.
Las auditorías realizadas han conseguido visibilizar la mejora de los indicadores evaluados. Se ha logrado aumentar la seguridad de los pacientes con una identificación de pacientes casi completo desde urgencias hasta alta del paciente. La oxigenoterapia se ha considerado como un tratamiento disminuyendo el uso incorrecto, los potenciales efectos adversos de una incorrecta administración y aumentando concordancia de administración. Se inicia la valoración de factores extrínsecos de caídas, identificando un área de mejora en el que es preciso implicar a todo el equipo.

AUTORES: Yolanda Martin Vaquero; AC Fernando Pablo; AB Lozano Lozano; AB Baez Marin; J De Prada Garcia; N Calabozo Alvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Zamora.

ID: 128

TÍTULO: INDEMAND, CO-CREACIÓN LIDERADA POR LA DEMANDA

RESUMEN:
La innovación sanitaria presenta dificultades que retrasan su éxito respecto a otros sectores, partiendo casi sistemáticamente de la oferta, desde empresas con problemas de aproximación al mundo sanitario, sin apenas contar con los sanitarios en el diseño. La ausencia de financiación, sin hueco en un presupuesto inercial que no admite aventuras, así como la falta de estructura y de liderazgo de la demanda restan posibilidades de éxito para transformar nuestra sanidad.

1. Validar un nuevo modelo de innovación sanitaria que garantice el liderazgo de los profesionales sanitarios en la innovación, desde la iniciativa seleccionando los retos hasta el proceso de co-creación de sus soluciones.
2. Apalancar fondos FEDER para innovación sanitaria desde la demanda que aseguren la sostenibilidad de la innovación una vez terminado el proyecto europeo.

Este modelo ha sido financiado al 100% con 2,5 M € en el programa europeo Horizonte 2020.
El modelo inDemand se basa en la existencia de tres actores necesarios para el éxito de la innovación: el retador (servicio de salud), el financiador (agencia regional de desarrollo) y el solucionador (empresa específica). Por ello el consorcio de este proyecto está formado por un socio por cada rol, representando a las empresas una agrupación de las mismas. Esta fórmula de 1 socio por cada uno de los 3 roles se repite en las 3 regiones implicadas de 3 países (España, Francia y Finlandia).
El proceso se inicia con una convocatoria interna entre los profesionales sanitarios de cada socio retador, quienes proponen retos para ser solucionados con herramientas TIC. Los 8 mejores retos son convertidos en 8 convocatorias públicas abiertas a todas las empresas de Europa. Con la empresa ganadora de cada una de ellas se desarrolla un piloto de co-creación y validación junto a los profesionales sanitarios que propusieron dicho reto.
Los 8 pilotos de co-creación se desarrollarán en 2 iteraciones de 4 pilotos cada una, con un doble motivo:
1. No sobrecargar los SSII centrales con acciones concurrentes.
2. Tener dos ciclos con los que mejorar el modelo, aplicando en el 2º las lecciones aprendidas del 1º.
Con motivo de inDemand se ha creado al Red de Innovación como estructura de apoyo con más de 25 personas implicadas en todas las Áreas de Salud.
La respuesta de los profesionales de la región española ha sido muy superior a la esperada, con 110 asistentes al taller y 78 propuestas de retos enviadas en apenas dos semanas. De ellas se han seleccionado los 4 primeros retos para sendos pilotos co-creación que se han transformado en sendos pliegos actualmente a la espera de empresas en sus licitaciones.
El modelo inDemand puede trascender incluso el ámbito sanitario. En la región española su socio financiador está expectante para adaptarlo como la nueva forma de reparto de fondos FEDER en todos los sectores.

AUTORES: Gorka Sánchez Nanclares[1]; JM Alcaraz Muñoz[2]; P López Acuña[3]; MJ Caravaca Berenguer[4]; JA Gómez Company[5]; LG Contreras Ortiz[6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Murciano de Salud[1, 2, 4, 5, 6]; Fundación Formación e Investigación Sanitaria[3].

ID: 129

TÍTULO: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN LA UNIDAD DE ONCO-HEMATOLOGÍA

RESUMEN:
Debido al bajo cumplimiento del registro de la valoración del dolor en el paciente hospitalizado en la unidad de onco-hematología, en mediciones previas externas, y dada la importancia que tiene la valoración del dolor y las actuaciones posteriores por parte del personal de enfermería en nuestras especialidades vislumbramos una oportunidad de mejora.
Elaborar criterios específicos para evaluar el registro del dolor en nuestro ámbito.
Diseñar un ciclo de mejora que permita mejorar los resultados referidos al registro del dolor.
Se realiza análisis del problema detectado y se documenta con un Diagrama de Ishikawa.
Los componentes principales del problema se estructuran en 4 grandes áreas: profesional, paciente, metodología y recursos. Se elaboran 4 criterios para su posterior medición:
•C1: La valoración del dolor estará registrada en el turno en el que se produce el ingreso del paciente en la unidad.
•C2: La valoración del dolor se establecerá de forma rutinaria como 5ª constante.
•C3: La valoración del dolor estará registrada en el formulario del dolor, al menos una vez al día, mediante toma del monitor.
•C4: Si el paciente tiene registro en el gráfico de evolución no deberá constar en las notas de enfermería.
El marco muestral son los pacientes ingresados en la unidad de onco-hematología entre el 22 de Mayo de 2017 y el 22 de Junio de 2017.   Se realiza una primera medición en 60 historias clínicas, escogidas de forma aleatoria simple, con método de sustitución de casos, con el siguiente número aleatorio, durante el período indicado; recogiendo los datos del formulario del dolor de la historia clínica electrónica.
El porcentaje de incumplimiento de los criterios es: C1: 26’7% C2: 37’3% C3: 26% C4: 10%
Tras la medición, se elaboran las medidas correctoras:
• Formar a los enfermeros de la unidad para realizar un correcto registro del dolor. Indicarles dónde encontrar las escalas EVA y Campbell y el protocolo de valoración y registro del dolor.
• Demostrar a los enfermeros de la unidad que la monitorización de la escala de dolor como 5ª constante, durante la toma de constantes con el monitor VS3, permite ahorrar tiempo. Para ello diseñamos un video donde se evidencia esa diferencia de tiempo mediante el uso del monitor.
• Comunicar los resultados de la primera medición, como medida de motivación.
• Proporcionar escala Campbell en miniatura.
Tras dos meses de la implantación de las medidas, realizamos una segunda medición de otros 60 casos con el método aleatorio simple.
Los resultados de mejora relativa de los criterios son: : C1:22,3%; C2: 28’2%; C3: 24,6%; C4: 72%
A pesar de la mejora en la evaluación de los criterios, éstos quedan lejos de la monitorización, siendo nuestra intención volver a diseñar acciones correctoras involucrando a otros profesionales del equipo.

AUTORES: David Martinez Marin; C Hernández García; M Ferrer Bas; M Hellín Gil.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca.

ID: 130

TÍTULO: IHI SNF TRIGGER TOOL UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA MEDIR EVENTOS ADVERSOS EN SEGURIDAD DE PACIENTES

RESUMEN:
IHI Skilled Nursing Facility (SNF) Trigger Tool es una herramienta del Institute for Health Care Improvement (IHI) diseñada para detectar eventos adversos en personas ingresadas en residencias de ancianos y/o establecimientos de larga estancia. Debido a su reciente publicación (2017) no hay experiencia en su uso. Beca FECA 2017.
Identificar los 'triggers' o pistas y eventos adversos (EA) detectados en pacientes geriátricos en nuestro hospital utilizando esta nueva herramienta.
IHI SNF Trigger Tool es una herramienta que sigue la metodología del Global Trigger Tool (GTT) basada en la búsqueda de triggers y EA mediante 3 módulos: Care Module Triggers, Medication Module Triggers y Resident Care Module Triggers.
Ámbito: Unidad de Calidad del Hospital Monte Naranco que desde el año 2007 está trabajando con la herramienta GTT.
Marco: Hospital de 204 camas y asociado a la Universidad, fundamentalmente pacientes agudos geriátricos y quirúrgicos. Nuestro sistema de calidad es un proceso transversal dentro de la certificación ISO 9001:2015.
Diseño: Estudio retrospectivo para la detección de EA en 10 historias clínicas quincenales elegidas al azar (de 4454 pacientes ingresados).
Recogida de datos: Revisión de historias electrónicas (n=240) de pacientes dados de alta de forma interna por una enfermera y un médico. Para las categorías de severidad se empleó el NCC MERP Index (categorías E-I).
Periodo: año 2017.
Ingresaron 4454 pacientes y otros 2661 fueron pacientes quirúrgicos ambulatorios. Hubo 2752 estancias en los 240 pacientes revisados por el GTT. Los indicadores obtenidos por el GTT fueron: 0,35 EA por 1000 pacientes día, 0,42 EA por 100 admisiones y 0,42% admisiones con un EA.
Por el IHI SNF Trigger Tool se encontraron 167 triggers y sólo se detectó un EA externo categoría E (0,6%) y ninguno interno.
Los triggers más frecuentes fueron: (C25) estreñimiento prolongado en 38 pacientes (22,8%), (C3) llamada al médico o familiares 33 pacientes (19,8%), (M16) necesidad de analgesia por aumento de dolor 32 pacientes (19,2%), (C1) cambio brusco en el estado mental 15 pacientes (9%), (C24) nuevo comienzo de diarrea 13 pacientes (7,8%), (M17) administración de fluidos parenterales 12 pacientes (7,2%), (C23) retención urinaria 8 pacientes (4,8%), (C16) deterioro significativo fisiológico 5 pacientes (3%), (C26) radiología diagnóstica o estudios de imagen 5 pacientes (3%), (C11) prescripción nueva o aumento de diuréticos 4 pacientes (2,4%), (C12) alta o baja temperatura corporal 3 pacientes (1,2%).
IHI SNF Trigger Tool es una nueva herramienta de detección de EA que como el GTT es fácil de incorporar a la rutina diaria de revisión de historias clínicas.
En nuestros pacientes geriátricos se detectó un gran número de triggers aunque el número de EA detectado fue muy bajo.
Algunos de los triggers de esta nueva herramienta podrían incorporarse al GTT que utilizamos en nuestro hospital.

AUTORES: María Dolores Menéndez Fraga[1]; J Alonso Fernández[2]; E Fernández Tamargo[3]; C Salmerón Menéndez[4].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Monte Naranco[1, 3, 4]; Hospital Universitario Central de Asturias[2].

ID: 132

TÍTULO: CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS EN EL ÁMBITO DE PEDIATRÍA

RESUMEN:
En nuestra Comunidad Autónoma se planificó la implementación de las recomendaciones de No Hacer (RNH) de pediatría, conjuntamente con las Sociedades Científicas de Pediatría implantadas en nuestro territorio. Según la evidencia científica no se deben realizar radiografías de forma sistemática en la bronquiolitis y no se ha demostrado que los medicamentos curen la enfermedad.
Describir la experiencia de la implementación de las RNH en los servicios de pediatría de nuestra Comunidad Autónoma.
Las sociedades científicas priorizaron la recomendación "No se recomienda el uso rutinario de la radiografía de tórax en la bronquiolitis aguda ni el uso de anticatarrales, antitusivos, antibióticos (sólo si sospecha de sobreinfección bacteriana), corticoides, broncodilatadores ni Montelukast" para implementar en nuestros centros sanitarios. Se organizó un grupo de trabajo de pediatras de distintas áreas sanitarias. Se revisaron los pacientes de Urgencias y los hospitalizados en la temporada 2016-2017. Se planificaron y realizaron acciones en el ámbito profesional y de las familias.
Datos del análisis de las radiografías solicitadas y empleo de medicación: Se incluyeron 521 niños (192 hospitalizados y 329 atendidos en Urgencias). La edad media fue de 5,6 meses. Fueron bronquiolitis leves 71,2%, moderadas 18,6% y graves 4,8%. El 5,4% no se pudo clasificar. Se realizaron radiografías al 15,2%, justificadas 49,4%. Los tratamientos fueron: salbutamol inhalado (55,5%), corticoides (15%), adrenalina (5,8%), antibióticos (9,8%), "jarabes" (2%), ipratropio (1,9%), suero salino hipertónico al 3% (4%), suero salino hipertónico al 3% junto con adrenalina (4,8%), corticoide inhalado (0,8%).
Acciones en el ámbito profesional: elaboración de hojas informativas con contenidos relacionadas con la definición, diagnóstico, tratamiento y criterios de ingreso y observación estrecha. Sesiones clínicas (3). Jornada regional en la que se presentaron la evidencia científica y los datos.
Acciones en el ámbito de las familias: elaboración de infografía informativa y folletos para repartir por los centros sanitarios y hoja para entregar al alta hospitalaria con contenidos relacionados con la definición, forma de contagio, vulnerabilidad, síntomas, consultas a pediatría, tiempo de duración, tratamientos en domicilio, prevención, estudios durante la infección y tratamientos.
Conclusiones: Existen numerosos estudios en los que se ha visto que no se siguen estas recomendaciones y en nuestro caso encontramos resultados similares; se clasificaron como no adecuadas la mitad de las radiografías y se usaron diversos tratamientos. Consideramos que es necesario realizar una intervención para recordar estas recomendaciones.

AUTORES: María Fernández Miaja[1]; J González García[2]; M Arroyo Hernandez[3]; M de los Arcos Solas[4]; M Díaz Zabala[5]; E Muslera Canclini[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Vital Alvarez Buylla[1]; Hospital Universitario Cabueñes[2]; Hospital Universitario San Agustín[3]; Hospital Valle del Nalón[4]; Hospital del Oriente de Asturias[5]; OETSPA[6].

ID: 133

TÍTULO: HACIENDO LÍDERES PARA MEJORAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A NUESTRA POBLACIÓN.

RESUMEN:
La Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de Atención Primaria se define como la oferta de prestaciones priorizadas en función de los problemas de salud y necesidades de la población susceptibles de ser atendidos en este nivel asistencial y en las que se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención. La prestación de servicios de calidad debe de ser un objetivo en gestión. La CSE es una herramienta de calidad porque homogeneiza la metodología de trabajo, permite evaluar las actividades del proceso y potencia una asistencia de calidad. Todos los servicios cuentan con al menos un indicador de cobertura (IC) y varios criterios de buena atención (CBA). Su evaluación se lleva a cabo anualmente analizando resultados de más de 200 indicadores y resumiéndolos en un índice sintético (IS). En el año 2015 nuestra dirección cerró con un IS de 51.58. El análisis de los resultados permite identificar un área de mejora importante.
GENERALES:
Mejorar el liderazgo de los responsables de CSE de los centros de salud (CS)
Mejorar el alcance de los servicios de CSE con el fin de garantizar la calidad de la atención ofertada a la población
ESPECÍFICOS:
•Mejorar el IS
•Aumentar los conocimientos de los responsables de CSE
•Desarrollar habilidades de liderazgo: comunicación, equipo, cambio, motivación…
•Mejorar el registro en la historia clínica electrónica
•Identificación del área de mejora
•Análisis de causas: Se llevó a cabo un diagrama de Ishikawa por el equipo directivo y un DAFO con los responsables de CSE
•Planificación de acciones y puesta en marcha: Trabajo basado en 4 pilares que daban respuesta a las causas: organización del trabajo en equipo, formación, liderazgo y motivación
Reuniones periódicas con los responsables: formación en contenidos y registro de los servicios, liderazgo, comunicación, trabajo en equipo. Dinámicas de motivación
Presentación del plan a los directivos de los CS
•Evaluación: Encuesta de satisfacción individual. Resultados CSE
Se han realizado 11 reuniones. La encuesta individual reflejó un nivel de satisfacción alto. Se identificaron como áreas para seguir trabajando: liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, resistencia al cambio y la nueva CSE adaptada a la estrategia de atención a pacientes crónicos de la comunidad autónoma. El resultado en el IS de CSE 2017 ha sido 52.97. Esto supone un incremento de 2.38 puntos respecto al 2016. De 51 IC, 37 han mejorado (72.55%). De 198 CBA experimentan una evolución positiva 145 (73.23%) Se formaron el 97.14% de los responsables. La CSE se identifica como potente herramienta de gestión y de mejora continua de la calidad de la práctica asistencial. Conseguir la mejora en sus resultados y por ende, en la de los servicios que se oferta a la población, pasa por la implicación de los responsables de CSE de los CS, el desarrollo de sus competencias en liderazgo, trabajo en equipo y gestión del cambio; así como su formación en los contenidos, la evidencia y el registro de la misma.

AUTORES: María Cristina Cedrún Lastra[1]; B Becerril Rojas[2]; A Carrillo Fernández[3]; I Pardo Martínez[4]; M Porta López Acevedo[5]; F Villasante Claudios[6].

CENTRO DE TRABAJO: Dirección Asistencial Norte. Gerencia Asistencial Atención Primaria.[1]; Unidad de Apoyo Técnico. Gerencia Asistencial Atención Primaria.[2]; C.S. Dr. Castroviejo.[3]; C.S. Sector Oficios.[4]; C.S. Marqués de Valdavia[5]; C.S. Barrio del Pilar[6].

ID: 134

TÍTULO: EVALUACIÓN TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE EXTRACTOS HIPOSENSIBILIZANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
La administración de extractos hiposensibilizantes por vía subcutánea está considerada como una práctica de riesgo en Atención Primaria (AP). Aunque la probabilidad de ocurrencia de reacción sistémica grave es baja, el impacto en el paciente es muy alto y la magnitud del riesgo importante. Desde 2012 hasta 2015, se notificaron en AP 49 errores de medicación (EM) relacionados con su administración (10,9% del total de EM notificados relacionados con vacunas en este período). Los principales errores estaban relacionados con error en la dosis (41%), frecuencia incorrecta (14%) y medicación caducada o mal conservada (12%). En 2015 se elaboró un proyecto de seguridad para normalizar su administración en todos los centros (262), según la metodología de gestión de procesos y se diseñó igualmente un protocolo informático normalizado donde es posible registrar en la historia clínica electrónica (HCE) del paciente las actividades del proceso.
Analizar los datos registrados en el protocolo informático, en el primer año de implantación del proceso sobre la administración de extractos hiposensibilizantes en AP, así como los EM notificados relacionados con la administración de los extractos.
Desde enero 2016 se dispone de un registro normalizado de administración de extractos hiposensibilizantes en la HCE, donde es posible registrar las actividades realizadas, definidas como criterios de calidad para el proceso. En los 262 centros se realizó una explotación de los datos registrados para evaluar dichas actividades ; periodo de evaluación: mayo 2016-mayo 2017. También se analizaron las notificaciones relacionadas con EM en la administración de los extractos durante 2016 y 2017.
Durante el periodo de evaluación, se han realizado 133.270 visitas con registros en la HCE que corresponden a 21.838 pacientes diferentes. Los resultados más significativos son: se ha obtenido el consentimiento informado en 12.184 pacientes (55,8%) , en el 30% de las visitas que se registra que no se le administró la vacuna tienen identificado el motivo, el 86% en las que se administró (10.8246) tienen registrada la pauta y el mismo porcentaje si han tenido reacción alérgica; hay registradas 8.717 reacciones alérgicas que corresponden a 4.255 pacientes (19,5%), siendo el 4% sistémica (270 pacientes) y entre ellas el 48% eran leves, 10% moderadas y el 0,9 % graves (3 casos) , en el 41 % no consta; el 91,8% de los pacientes tienen registrado que reciben información sobre pautas a seguir tras la vacunación. En cuanto a la notificación de EM relacionados con extractos hiposensibilizantes , entre 2016 y 2017 se notificaron 26 EM (6,5% del total de EM notificados relacionados con vacunas en ese periodo). Disponer de un proceso y un registro normalizado sobre una práctica de riesgo en AP, ha permitido unificar dicha práctica y extraer datos que nos permitirán investigar y mejorar el proceso de atención, aunque el número de notificaciones de EM sigue siendo importante.

AUTORES: Asunción Cañada Dorado[1]; M Drake Canela[2]; J Cárdenas Valladolid[3]; MJ Toribio Vicente[4]; ML Peralta Ibañez[5]; H Martínez Sanz[6].

CENTRO DE TRABAJO: Dirección Técnica procesos y calidad[1, 2, 5]; Dirección Técnica sistemas de información[3]; Centro de salud Huerta de los Frailes[4]; Servicio de Farmacia[6].

ID: 136

TÍTULO: ZEINUKA, LA LENGUA DE SIGNOS COMO HERRAMIENTA PARA ASEGURAR UNA BUENA COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTE Y PROFESIONAL

RESUMEN:
Asegurar una correcta comunicación profesional-paciente con discapacidad auditiva, contribuyendo a cumplir con el compromiso de mejora de la seguridad de pacientes a través de dos de los valores que ha identificado toda la organización: Profesionalidad y Cercanía.
Sensibilizar a los profesionales de la obligación de ofrecer una asistencia sanitaria de calidad y segura a las personas con déficit auditivo, a través de la integración de la lengua de signos.
ZEINUKA (ZNK) surge de la necesidad de ofrecer una asistencia sanitaria de calidad y segura a personas con déficit auditivo. La organización analizo que todos los grupos de interés podían mantener comunicaciones sin barreras con los profesionales sin embargo, las personas con déficit auditivo, no. ZNK proyecto alineado con 3 de las 5 líneas estratégicas: Calidad Asistencial, Orientación al Cliente y Reputación Corporativa potencia la participación de pacientes en su Seguridad, mejora la información, comunicación y trato, haciendo nuestros centros accesibles a todas las personas eliminando barreras arquitectónicas y comunicativas que permitan ofrecer una óptima asistencia sanitaria. En 2017, comenzó la formación en Lengua de Signos (LS) especifica sanitaria a un equipo de 5 personas/60 horas con conocimientos previos en LS, este equipo es formador de las personas con puestos de mayor probabilidad de atención de situaciones de urgencia dónde las personas es probable que no acudan acompañadas de interprete. Hasta la fecha 21 personas/250 horas han sido formadas en conocimientos básicos. Siguiendo con el objetivo de asegurar una comunicación eficaz paciente profesional, a nivel arquitectónico, nuestros centros cada vez son más accesibles y muestra de ello es la instalación en las recepciones de bucles magnéticos portátiles facilitando la comunicación con este colectivo. Además, en caso de no disponer en el servicio de una persona con conocimientos en LS en el momento de la asistencia, se están implantando dispositivos a través de los cuales realizar videoconferencias con intérprete LS para favorecer la comunicación paciente profesional.
Es relevante la buena acogida por parte de la dirección y la implicación de las personas del proyecto ZEINUKA, superando las expectativas previstas. Los resultados obtenidos de las diferentes acciones han sido muy positivos, en especial la formación con un resultado de 9/10. El reconocimiento también ha venido desde fuera, en concreto desde la Junta Directiva de Euskal Gorrak(Federación Vasca de Asociaciones de Personas Sordas), que mediante nominación directa otorgó el Premio AMORRORTU reconociendo a nuestro trabajo de integración de este colectivo.Es necesario seguir avanzando hasta asegurar que todos los servicios puedan ofrecer el servicio en esta lengua o por lo menos haber minimizado muchas de las barreras comunicativas. Todo esto no hubiera sido posible sin la ilusión y esfuerzo de las personas de la organización que voluntariamente han creado este proyecto.

AUTORES: Gemma Olea Goiri; A Apesteguia Busto; G Claveria Virgili; N Gardeazabal Sánchez; I Elorduy Vadillo.

CENTRO DE TRABAJO: Mutualia, mutua de accidentes de trabajo colaboradora con la Seguridad Social nº 2.

ID: 137

TÍTULO: ACREDITACIÓN DE LA UNIDAD DE CERTIFICACIÓN EN CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS POR LA ENAC

RESUMEN:
La Unidad de Certificación en Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias (UC-SESPA) es el órgano administrativo del Servicio de Salud competente para realizar la evaluación de la calidad de los dispositivos asistenciales. Tras varios años de experiencia acumulada, el SESPA se plantea solicitar la acreditación de la UC-SESPA con la norma UNE-EN ISO/IEC 17020:2012, ante el organismo nacional con competencia para realizarlo (ENAC). Describir el proceso de acreditación de la UC-SESPA por la ENAC. El 12 de mayo de 2015, se realiza la solicitud a ENAC de acreditación de la UC-SESPA, con la Norma UNE-EN ISO/IEC 17020:2012.
La ENAC diseñó un Plan de Auditoría para verificar la competencia de la Unidad de Certificación que se desarrolló en dos fases:
•Una fase documental, realizada el 11 y 12 de diciembre de 2015, donde el equipo auditor de la ENAC hizo un examen de la documentación propia de la Unidad.
•Una fase de verificación 'in situ' de la actividad realizada por la UC-SESPA. Esta fase se realizó los días 12 y 13 de abril de 2016, presenciando el equipo auditor de ENAC las auditorías que se realizaron en estas jornadas en dos dispositivos asistenciales, con el objeto de verificar el desempeño del panel de auditores.
A la luz de las evidencias obtenidas durante el desarrollo de este Plan, la Comisión de Acreditación de la ENAC acordó conceder la acreditación a la UC-SESPA como reconocimiento a la competencia técnica para las actividades que realiza. Durante el año 2017, la ENAC diseñó un Plan de Auditoría de seguimiento de la acreditación, que también se desarrolló en dos fases (fase documental, realizada el 13 de marzo de 2017, y fase de verificación “in situ”, realizada el 4 de abril de 2017).Tras el estudio, por parte de la Comisión de Acreditación de la ENAC del informe de auditoría, se acordó mantener la acreditación a la UC-SESPA, con el mismo alcance. La próxima visita de seguimiento se realizará en el mes de septiembre de 2018. La acreditación de la UC-SESPA y posterior mantenimiento de la misma por parte de la ENAC aporta una serie de beneficios para la Organización:
•Es un reconocimiento externo con validez internacional por la única entidad que a nivel nacional tiene competencia para realizar la certificación.
•Es el primer Servicio de Salud de España que obtiene la acreditación con la norma UNE-EN ISO/EIC 17020:2012.
•La acreditación reconoce a la UC-SESPA como referente en la evaluación de la calidad, generando confianza en los ciudadanos, profesionales y pacientes.
•Aporta una base solida de calidad a la red sanitaria pública del Principado de Asturias y marca un camino hacia la excelencia.
•Pone a disposición de los dispositivos asistenciales el acceso a una certificación de la calidad asistencial, ratificado con la marca ENAC, con el prestigio que esto supone.

AUTORES: Natalia Rivas Suárez; M Bada Sánchez; V Rodríguez Martínez.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad De Certificación En Calidad Del SESPA.

ID: 138

TÍTULO: CALIDAD DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA DE ENFERMERIA.

RESUMEN:

En las unidades de hospitalización se ha detectado una baja calidad en la cumplimentación del Informe de Cuidados al Alta de Enfermeria. El ICC debe contener, al menos, lo estipulado por el Ministerio de Sanidad y debe ser útil para la continuidad de cuidados de Enfermeria en Atencion Primaria.
Mejorar la calidad del Informe de Continuidad de Cuidados al Alta de Enfermería
Evaluar el grado de cumplimentación del informe de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Sanidad
Se ha llevado a acabo una evaluación de la correcta cumplimentación de 60 ICC en las unidades de Digestivo y Trasplantes de nuestro hospital emitidos desde el 7/03/2017 hasta el 7/04/2017. Para ello se realizó un estudio transversal mediante un método de muestreo por conveniencia. (Se seleccionaron los 60 primeros casos identificados)

TIPOS DE EVALUACIÓN
- En relación a la iniciativa para evaluar: Interna
- En relación a la acción temporal con la acción evaluada: Retrospectiva
- En relación a las personas responsables de extraer los datos: Cruzada

Posteriormente se impartieron sesiones de formación generales e individuales y se procedió a una nueva evaluación siguiendo el mismo método.
Tras las medidas correctoras, se obtuvo una mejora de la calidad del ICC mantenida hasta la actualidad.

AUTORES: Mª Isabel Garcia Corbalan; SI Martinez Millan; JU Meseguer Meseguer.

CENTRO DE TRABAJO: HVA Arrixaca.

ID: 139

TÍTULO: IMPACTO DEL PROGRAMA DE BUENAS PRACTICAS EN LA CONTRATACIÓN LABORAL

RESUMEN:
Necesidad de establecer prácticas en la contratación laboral que garanticen el uso correcto de la normativa laboral, sujeción a los principios de necesidad de contratación y disponibilidad de recursos.
i) Utilización correcta de los modelos de contratación laboral, especialmente en relación a la contratación temporal
ii) Establecer circuitos internos de contratación laboral.
iii) Plan de estabilidad laboral.
iv) Sostenibilidad económica Y organizativa.
El programa de buenas prácticas en la contratación laboral se fundamenta en:
- Elaboración exhaustiva nota técnica sobre la contratación laboral.
- Determinación de un único circuito de contratación.
- Establecer un sistema de control interno con indicadores.
- Elaboración de un Plan de estabilidad laboral.
- Acuerdos internos sobre un presupuesto de gestión.
- Cuaderno de mando. Porta del empleado/portal del mando.
La implantación de los diferentes elementos del programa se ha realizado de forma paralela y con la implicación de recursos humanos y de todas las direcciones que componen el organigrama del Hospital con el soporte técnico de la dirección de sistemas de información. Des de la área de relaciones laboral se elaboró la nota técnica, des de administración se unificó el circuito de contratación y los indicadores. Los acuerdos de gestión y el cuaderno de mando se han adecuado a esta nueva dinámica. El portal del empelado/portal del mando está en fase de prueba piloto.
El 96 por ciento de los contratos se realiza de acuerdo con el circuito establecido. El 8% de los contratos temporales manifiesta alguna incidencia entre causa/tipo de contrato, de las cuales solo un 0,1% pueden considerar-se una irregularidad significativa. Se han reducido de forma considerable los contratos que se formalizan después de haber iniciado la relación laboral y también los errores en la nómina. En el año 2017 el nivel de cumplimiento del presupuesto de presupuesto de gestión ha sido del 99,7%.
Se puede concluir que la implantación del PBP contratación permite conocer y corregir los principales disfunciones en la contratación laboral y facilita disponer información para la toma de decisiones y en el cumplimiento del presupuesto de gestión.

AUTORES: Lluis Gamell Alvarez; H Torrecilla Hita; D Rodriguez Gomez; P Lloreda Jurado; M Morgado Mora; A Salazar Soler.

CENTRO DE TRABAJO: Fundació Gestió Sanitaria Hospital De La Santa Creu I Sant Pau.

ID: 141

TÍTULO: UNA EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN COORDINADA ENTRE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y EL SERVICIO DE SALUD

RESUMEN:
El Servicio de Salud planifica el proceso de implementación de las recomendaciones de "no hacer" (RNH) conjuntamente con las Sociedades Científicas Estatales que han participado en el proyecto del Ministerio "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España". En nuestra comunidad autónoma, las juntas directivas de las Sociedades Científicas están integradas, mayoritariamente, por profesionales que trabajan en nuestros centros sanitarios. Estos profesionales se corresponden, en general, con las personas más activas y referentes dentro de sus respectivas especialidades.
El objetivo de esta comunicación es describir la experiencia de implementación de las RNH priorizadas por las Sociedades Científicas en nuestra comunidad.
Se mantuvieron varias reuniones en las que participaron todas las sociedades representadas y en las que se aprobaron las propuestas de implementación. Como parte de ese proceso, se organizaron encuentros con los departamentos implicados, se elaboró material informativo, se modificaron protocolos y se revisaron historias clínicas.
En total, 17 Sociedades Científicas están realizando algún tipo de implementación de sus RNH priorizadas. En concreto, están en proceso de implementación 2 recomendaciones relacionadas con la Medicina de Laboratorio, 2 con Pediatría, 1 con Anestesia, 1 con Calidad Asistencial, 1 con Cardiología, 1 con Traumatología, 2 con Endocrinología, 1 con Atención Primaria, 1 con Neumología, 1 con Neurología, 1 con Oncología, 1 con Digestivo, 3 con Radiología, 2 con Rehabilitación, 2 con Medicina Preventiva, 2 con Anatomía Patológica y 3 con Hematología y Medicina Intensiva.
Entre las actividades de implementación se elaboraron pósteres, folletos, hojas informativas, se enviaron cartas a profesionales y se modificaron protocolos. Además, se mantuvieron reuniones con los equipos directivos para el fomento e impulso de los proyectos de implementación y se organizaron dos jornadas formativas para dar a conocer el proyecto. Dichas jornadas contaron con la participación de 550 profesionales del ámbito de atención primaria, hospitalario, servicios centrales y equipos directivos. Además de las ponencias de cada sociedad en las que se explicaba el proceso de implementación de su/s recomendación/es, se realizaron seis talleres para profesionales y cuatro ponencias abiertas al público en general.
En resumen, podemos concluir que el método descrito utilizado para implementar las RNH priorizadas parece conseguir buenos resultados. Colaboran un gran número de profesionales de distintas especialidades y ámbitos de asistencia y con las jornadas formativas se ha conseguido una amplia difusión del proyecto. Por lo tanto, el proceso de implementación seguido se considera el camino adecuado para continuar.

AUTORES: Marta González Sánchez; L García Menéndez; S de la Rosa de Sáa; E Muslera Canclini.

CENTRO DE TRABAJO: Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA).

ID: 142

TÍTULO: ADECUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS EN UNA GERENCIA DE GESTIÓN INTEGRADA: EFICIENCIA ECONÓMICA Y MEJORA AMBIENTAL

RESUMEN:
El decreto 38/2015 de residuos sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma hizo necesario modificar su clasificación y segregación consiguiendo con ello una mejora ambiental y mayor eficiencia.
- Implantar los cambios en la clasificación y segregación de residuos.
- Adecuar las infraestructuras a los cambios planteados.
- Implantar mecanismos de mejora ambiental en la gestión de residuos.
- Reducir costes.
Los principales cambios se realizaron en la gestión de los residuos de Clase IIa (no peligrosos, específicos de actividad sanitaria) y Clase III (biopeligrosos) en 3 hospitales de la Gerencia.
Residuos de Clase IIa: Se introdujeron modificaciones en la segregación y en las rutas de transporte interno que llevaron a que un elevado volumen de residuos gestionados anteriormente como Clase III pasasen a ser gestionados como Clase IIa, con el consiguiente ahorro de costes.
Residuos de Clase III: se introdujeron contenedores reutilizables en aquellos puntos en los que fue posible, garantizando un transporte efectivo y de seguridad, reduciendo el volumen de residuos y el impacto ambiental asociado.
Formación: se realizaron cursos para todos los mandos intermedios, y se les facilitaron medios audiovisuales, trípticos y posters, con posterior formación en cascada del personal a su cargo. Toda la formación contó con el apoyo del técnico medioambiental.
Infraestructuras: se dotó a las unidades de los contenedores, papeleras y boxes adecuados para poder realizar una correcta segregación. En los almacenes finales se adaptaron las zonas de los compactadores y zonas de lavado de contenedores.
Reducción en la generación de residuos Clase III. Datos comparativos 2016-2017:
- Hospital 1: implantación en abril-mayo de 2017: reducción del 58%.
- Hospital 2: implantación en junio-octubre de 2017: reducción del 41%
- Hospital 3: implantación en mayo 2017: reducción del 46%.
Reducción global de residuos de Clase III: 48,33%.
Utilización de contenedores reutilizables para Clase III: 50% de los casos.
Conclusiones:
Mayor eficiencia:
- Ahorro de 0,73€ por cada Kg de Clase III gestionado como Clase IIa.
- El ahorro económico es considerable aun teniendo en cuenta los costes generados por la implantación.
Mejoras ambientales:
- Se reducen en un 48% el volumen de residuos que se esterilizan (Clase III), disminuyendo las emisiones generadas en su proceso y transporte.
- El uso de contenedores reutilizables reduce sustancialmente el desecho de plásticos en vertederos, problema de gran impacto ambiental debido a su lenta degradación y alta contaminación del suelo.

AUTORES: Uxía Ferrer Ozores; MJ Campos Suárez; M Novo Barros; MV Carral García; MJ López Rebollo; B Pais Iglesias.

CENTRO DE TRABAJO: EOXI Santiago.

ID: 143

TÍTULO: EVALUACIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS EN LA COMUNIDAD

RESUMEN:
Las caídas representan un importante problema de salud pública que conlleva a un alto riesgo de dependencia funcional, hospitalización, institucionalización y mortalidad. Se estima que el 30% de los mayores de 65 años y el 50% de los mayores de 80 tienen, al menos, una caída al año.
Analizar las características de las caídas registradas en el año 2017 en el ámbito comunitario.
Estudio descriptivo transversal. Recogida de datos a través de los sistemas informáticos que permiten el acceso a los datos de los registros realizados en las historias clínicas. Las variables a estudio fueron edad, sexo, lugar de caída, acción de caída, acompañamiento y lesión producida. El periodo analizado fue el año 2017. El análisis de datos se realiza a través de porcentajes.
Se documentan 769 caídas que se producen en 221 hombres y 414 mujeres.
El 72,22% de las caídas se producen con la deambulación. El 37,84% se encuentra solo cuando se cae. El 39,14% de las caídas no producen lesión.
La gestión de los cuidados pasa por la valoración del riesgo e incidencia de caídas. El problema de las caídas comienza a ser valorado cada vez más, pero aún existe un amplio margen de mejora y la necesidad de trabajar para abordarlo de forma completa. Los procesos de monitorización ayudan a conocer áreas en las que incidir para fomentar un cuidado de mayor calidad.

AUTORES: M. Angeles Cidoncha Moreno[1]; L Guerrero Arenaza[2]; MT Busto Santos[3]; I Ibañez Ruiz De Arcaute[4]; MD Calle Calle[5]; E Cristobal Dominguez[6].

CENTRO DE TRABAJO: OSAKIDETZA. Direccion General[1]; OSAKIDETZA. OSI Araba[2, 3, 4, 5, 6].

ID: 145

TÍTULO: EFECTIVIDAD SISTEMA INTEGRADO DE ALERTAS EN EL AGS ESTE DE MALAGA

RESUMEN:
Un buen nivel en la calidad de la atención brindada al paciente sólo puede lograrse cuando los resultados de criticos, hallazgos inesperados graves en pruebas diagnósticas o alertas farmacológicas son comunicados a tiempo a los responsables de las decisiones terapéuticas. La comunicación efectiva viene determinada por que la información transmitida sea oportuna, correcta, completa, inequívoca y comprensible para el destinatario.
Los estándares de acreditación más importantes, como el ISO: 15.189 y la Joint Commission recomiendan diseñar sistemas de comunicación fiables que establezcan los tiempos de referencia según la urgencia de actuación, asignen responsabilidades de los distintos actores y establecer sistema de monitorización que asegure que el paciente ha sido atendido a tiempo.
Por todo lo expuesto anteriormente se implanta en el año 2018 un sistema de integral de notificación de resultados, pruebas críticas y alertas graves de prescripción farmacéutica (SICA) de creación propia en el Area Sanitaria Este de Málaga que unifiqua y monitoriza el proceso de comunicación, y es accesible desde todos los entornos de la historia clínica del paciente desde atención primaria y hospital de referencia.
Medir efectividad del sistema de notificación, seguimiento y resolución de alertas de resultados y pruebas críticas de laboratorio, anatomía patológica, radiología y alertas graves de prescripción farmacéutica en el AGS Este de Málaga-Axarquia: Alertas de laboratorio y microbiologia cerradas en menos de 24 horas y de anatomia patologica y radiologia cerradas en menos de 72 horas.
El facultativo que detecta la alerta, registra al paciente en SICA trayendolo de BDU y el tipo de alerta. Selecciona los destinatarios oportunos. Se define una agenda de destinatarios iniciales por Unidad que actuarán como despachadores de la alerta (Directores de UGC, Coordinadores/Supervisores , Secretarias de UGC, buscas de guardia..) que recibirán un correo electrónico y/o un SMS generado automáticamente que contiene los datos clave. Estos despachadores serán los responsables de que la alerta llegue a su destinatario final, según el método de transmisión que defina cada Unidad. El usuario que crea la alerta recibe en tiempo real la garantía de emisión de la comunicación que debe ser expresamente consignada como recibida y comunicada por el despachador. El profesional destinatario final, consulta la historia del paciente y accede a la alerta para su cierre. Se considera tiempo de cierre de alerta desde la creación de la alerta hasta realización plan ejecución.
El porcentaje de alertas cerradas en menos de 72 horas han sido de un 65.6% con procedencia de radiologia y del 100% de anatomia patologica. Las alertas cerradas en menos de 24 horas han sido del 48% con procencia de laboratorio y de 47.7% de microbiologia, siendo del 41.7% las de farmacia. Aún teniendo margen de mejora en los tiempos de ejecución de las alertas en el sistema, permite la gestión de las mismas.

AUTORES: Consuelo Hernandez Perez-Lanzac; MA Villarejo Ordoñez; C Lopez Alvarez; F Navajas Luque; S Muñoz Gallardo; V Garcia Navas.

CENTRO DE TRABAJO: AGS ESTE de Malaga.

ID: 146

TÍTULO: GESTIÓN DE EVENTO ADVERSO EN CIRUGÍA OFTÁLMICA CON SEGUNDAS Y TERCERAS VICTIMAS

RESUMEN:
Tras la detección de un incidente de Seguridad del Paciente es obligatorio aprovechar la oportunidad de aprendizaje.
En el caso de eventos adversos (EA) se debe garantizar un abordaje integral que contemple al paciente/familia, a los profesionales involucrados y a la propia institución (2ª y 3ª victimas).
Describir la gestión de un EA que causó Síndrome Tóxico de Segmento Anterior (TASS) y endoftalmitis en tres pacientes tras cirugía de catarata.
Tras la detección de dos casos de TASS post-cirugía de catarata se creó un Equipo de Gestión del EA compuesto por: Gerente, Dirección Médica y de Enfermería, Jefe de la UGC de Oftalmología y Referente de Seguridad del Paciente.
Se comunica a los pacientes la aparición de un problema inflamatorio relacionado con la cirugía y se instaura tratamiento. Se suspende la actividad quirúrgica intraocular.
Se presta apoyo a la oftalmóloga implicada como 2ª victima por parte de sus compañeros, Jefe de UGC y Dirección Médica
Se revisan todos los pasos del proceso en busca de la causa directa desencadenante, especialmente todas las sustancias y material de uso intraocular, descartando, casi con toda probabilidad, la implicación en el evento de lente, medicación y proceso de esterilización.
Como causa más probable se detecta una modificación del procedimiento de limpieza de las piezas de mano utilizadas en la cirugía de catarata.
Se realizan acciones correctoras inmediatas modificando algunos aspectos identificados como posibles causas del EA y se reanuda la actividad quirúrgica tras día y medio de suspensión.
Al día siguiente de la reapertura de quirófano se detecta un caso de endoftalmitis, (diferente diagnóstico, pero posiblemente misma causa). Se suspende de nuevo la actividad quirúrgica intraocular.
Se crea un Equipo de Análisis del EA que realiza un Análisis Causa-Raíz (ACR) y encuentra diferentes factores contribuyentes que han favorecido la ocurrencia del EA: modificación de procedimientos, déficit de comunicación, toma de decisiones sin consenso ni autorización, desconocimiento de información crítica sobre cuidado y limpieza, dificultad de integración de dos equipos con dos culturas y formas de trabajo diferentes.
Tras el ACR se instauraron acciones correctoras prioritarias como la retirada de todas las piezas de mano afectadas por la modificación del procedimiento y se procedió a la reanudación de la actividad quirúrgica intraocular tras tres días de suspensión.
Se propusieron otras acciones de mejora como la revisión de todo el proceso quirúrgico intraocular, planificación de acciones especificas sobre el equipo, comunicación y ambiente de trabajo y difusión del EA y su gestión a todo el equipo.
Se prestó apoyo a nuevas segundas victimas que surgieron: UGC de Oftalmología, Equipo de Enfermería de Quirófano, Servicio de Esterilización, Dirección Médica y de Enfermería
Una adecuada Gestión de un EA permite minimizar su impacto en todas aquellas personas involucradas y puede prevenir la aparición de nuevos EAs

AUTORES: M. Inmaculada Moraza Dulanto; MN Alvarez Morezuelas; E Campo Cimarras; G Garay Aramburu; G Diaz Martinez; I Ozaeta Ortiz De Urbina.

CENTRO DE TRABAJO: OSI ARABA.

ID: 147

TÍTULO: HUMANIZACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN, PROCESOS Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

RESUMEN:
Uno de los momentos más tensos emocionalmente para un niño que va a someterse a una intervención quirúrgica es el de la separación de sus padres, en contra de su voluntad casi siempre, cuando es recogido por unas personas que los separan de sus progenitores en dirección a lo desconocido. Los padres también viven con angustia esta separación. Se describen terrones nocturnos, pesadillas y alteraciones del comportamiento en las semanas siguientes a una intervención quirúrgica pediátrica.

Para disminuir esta tensión emocional, este stress, se ha recurrido a diferentes estrategias: cuentos educativos explicativos, premedicación con derivados benzodiacepínicos, etc… Unas más eficaces que otras y no siempre exentas de riesgos o efectos secundarios.

Una de las estrategias más efectivas y sin efectos secundarios ni otros riesgos consiste en que uno de los progenitores, el que la familia decida, acompañe al niño al quirófano hasta que este comience a dormirse, durante la inducción anestésica.
- Disminuir la ansiedad perioperatoria del paciente y su progenitor
- Disminuir la incidencia de delirio infantil postoperatorio
- Disminuir el dolor agudo postoperatorio
- Valorar el índice de satisfacción del acompañante

Los progenitores son informados en la consulta de Cirugía de la posibilidad de acompañar a sus hijos a quirófano. En la consulta de preanestesia se repite la información y se da a firmar un consentimiento informado a tal efecto. El día de la intervención se proporciona al progenitor lo necesario para entrar a quirófano de manera estéril. Durante la inducción anestésica, permanece junto al niño hasta que este da los primeros síntomas de sueño anestésico. Se acompaña al progenitor a una dependencia en la que permanece hasta que el paciente recibe la primera atención postquirúrgica en la Reanimación. Permanecen juntos el resto del tiempo hasta el alta.
Desde Julio de 2017 en que comenzó la puesta en marcha del protocolo se han intervenido más de 200 niños con una acogida excelente. Todos los padres que se les ha propuesto han acompañado a su hijo a quirófano. El índice de satisfacción de los padres es muy alto. Estamos en proceso de recogida de datos para comparar índices de delirio postoperatorio y de dolor agudo postoperatorio.

AUTORES: José Luis Gracia Martínez; R Díez García; L Alfaro Cadenas.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Villalba.

ID: 148

TÍTULO: PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL PLAN DE CALIDAD DEPARTAMENTAL

RESUMEN:
Los planes de Calidad en los Sistema de Salud deben dirigirse a la ciudadanía, impulsando una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes, apoyar al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico y buscar el acuerdo y la implicación de todas las partes. Sin embargo no siempre es fácil contar con la participación de los profesionales.
Describir la experiencia y evaluar la implementación de un Plan de Calidad elaborado con la participación de los profesionales de un Departamento de Salud (Comunidad Valenciana).
Desde la Unidad de calidad se solicitó a los presidentes de Comisiones clínicas, jefes de servicio y coordinadores de zona básica de salud que realizaran el análisis de situación (DAFO) de su ámbito y propusieran los objetivos específicos y planes de acción que considerarán relevantes para el Departamento sanitario. Mediante una matriz de factibilidad (10 puntos) e importancia sanitaria (10 puntos) valorada por 10 directivos del área económica, médica (hospital y atención primaria) y de enfermería, se priorizaron los 20 objetivos más relevantes que, junto a los objetivos de la Dirección de calidad autonómica, serían posteriormente incluidos en el Plan de calidad del Departamento 2017-2020. Para la definición de proyectos y posterior desarrollo se contó con la participación de los profesionales que habían realizado las propuestas y los referentes de calidad del Departamento.
A partir del DAFO elaborado por 19 (46%) jefes de servicio, 11 (69%) coordinadores de zonas básicas de salud y 17 (63%) presidentes de Comisiones clínicas se obtuvieron 518 propuestas de mejora que se agruparon en 85 objetivos específicos. De los 20 objetivos priorizados (los que superaban una puntuación de 16,40), 11 coincidían con los 17 objetivos del Plan de calidad de la Dirección de Calidad autonómica. La participación bajó cuando se solicitaron lideres para el desarrollo de los proyectos y planes de acción específicos.
La gran variabilidad en la formación de los mandos intermedios, la carga de trabajo asistencial de los referentes de calidad y el bajo grado de implicación de los profesionales reflejan oportunidades de mejora para el desarrollo de los planes de calidad.

AUTORES: Rafael Manuel Ortí Lucas; C González Steinbauer; MR Sánchez Hernández; T Lanzón Serra; M Martínez Fuertes; J Navarro Pérez.

CENTRO DE TRABAJO: Departamento Valencia Clínico-Malvarrosa.

ID: 149

TÍTULO: USO SECUNDARIO DE LOS DATOS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UCI

RESUMEN:
El análisis de información a partir de los datos de los Sistemas de Información Clínica (SIC) constituye actualmente en Medicina Intensiva uno de los pilares de la asistencia sanitaria: 1) mejora la toma de decisiones por parte de los profesionales; 2) sitúa al clínico ante la posibilidad de investigar desde el paradigma de la realidad.; y 3) establece una plataforma de rendición de cuentas efectiva desde la perspectiva de la transparencia en la comunicación de resultados.
Diseñar y automatizar un cuadro de mando que incluya un conjunto mínimo de base de datos de medicina intensiva (CMBD-UCI) e indicadores fiables y precisos a partir de los datos contenidos en el SIC. Desarrollar la metodología necesaria para implementar algoritmos de Machine Learning y los modelos predictivos.
Configuración del SIC que facilite el uso secundario de los datos para gestión. Creación de las métricas para el cálculo de indicadores de acuerdo a las definiciones de la SEMICYUC. Integrar en una sola herramienta las funcionalidades necesarias de ETL, modelaje de datos y métricas. Metodología Business Discovery. Flexibilidad en el diseño de la interfaz para los usuarios. Obtención de datos para la aplicación de algoritmos predictivos que se incorporen en los flujos de trabajo diarios.
Se obtuvo un cuadro de mando operativo, automatizado y en tiempo real. Incluyó: un mapa del servicio (para conocer gráficamente las técnicas de soporte vital y las cargas de trabajo de cada paciente); CMBD-UCI; consumo (DDD) y gasto en productos farmacéuticos.
Resultados (2016-2017) de Indicadores de Calidad (IC), SEMICYUC: IC Insuficiencia Respiratoria Aguda: Extubación no programada, 6,9 episodios x 1000 días de VM; Reintubación, 5,2 episodios x pacientes extubados. IC Metabolismo y Nutrición: Hipoglucemia grave, 0,07%; Mantenimiento de niveles apropiados de glucemia, 31,3 %. IC Trasplantes: Diagnósitico de Muerte Encefálica, 17,25%; Donantes Reales, 52,27 %. IC Planificación, Organización y Gestión: Retraso al alta del Servicio de Medicina Intensiva, 12,05%. IC Enfermedades Infecciosas: Bacteriemia relacionada con Catéter Venoso Central, 2,06 x 1000 días de CVC; Neumonía asociada a Ventilación Mecánica, 4,06 x 1000 días de VM.
Fue posible consultas ad-hoc, con objetivos de 1) mejora de la calidad asistencial, por ejemplo adherencia e impacto del protocolo de Movilización Precoz y 2) organización y gestión. Así evidenció una acción de mejora en el proceso de hospitalización del centro: definición del área de atención a pacientes con alto requerimiento de cuidados de enfermería (13 % de las estancias del servicio se incorporarán a esta área).
El trabajo en equipo entre profesionales clínicos y tecnólogos permite el uso de datos clínicos dirigidos a medir de forma automática la calidad asistencial, organizar los equipos de trabajo en tiempo real, y favorecer la investigación y la innovación en el entorno de la Medicina Intensiva.
Financiación: FIS 16/00491

AUTORES: María Bodí; G Sirgo; F Esteban; A Pobo; M Gens; A Rodríguez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. IISPV. URV.

ID: 150

TÍTULO: ENFERMERA GESTORA DE CASOS Y RECURSOS (EGCRH): INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y CALIDAD

RESUMEN:
En los hospitales existen multitud de procesos que es preciso engranar para conseguir su óptimo funcionamiento. Dentro de estos procesos, encontramos la organización de los pacientes según los recursos hospitalarios existentes. Consideramos una necesidad poder ordenar el flujo de entradas/salidas y decidir la ubicación más idónea de los usuarios que precisan de ingreso. A su vez, disponer de una base de datos objetiva que permita analizar las dinámicas internas de trabajo, supone una herramienta útil para introducir cambios y/o mejoras necesarias. En estos procesos suelen participar diversos profesionales, esto supone una dificultad para poder establecer una comunicación eficaz. La creación de una figura Enfermera gestora de casos y Recursos Hospitalarios, como única interlocutora entre los diferentes actores que participan en estos procesos, nos ofrece la posibilidad de organizar de forma eficiente los ingresos y optimizar al máximo los recursos de hospitalización. Establecer figura de Gestora de recursos hospitalarios como única interlocutora
Adecuar la ocupación hospitalaria
Establecer una herramienta de recogida de datos
Realizar análisis de datos y definir/controlar indicadores
Establecer coordinación y transferir información a servicios centrales
Se crea figura de EGCRH, con la función de organizar las entradas/salidas de pacientes que requieren hospitalización. Paralelamente a la función gestora, se añade valor a la figura mediante la creación de una herramienta que permita generar una base de datos.
Se establecen unos indicadores de seguimiento de actividad:
- Control de ingresos ectópicos
- Agrupamiento de pacientes por especialidad
- Adecuación de la ocupación hospitalaria
- Control de las altas hospitalarias

La EGCGH, como única receptora de la información, se coordina con el servicio de farmacia para comunicar las altas reales que se producirán en el día.
Se mantuvo la ocupación de las unidades por encima del 90%.
La adecuación de la ocupación según especialidad, osciló entre un 90-80%.
Se realizó un censo diario de la ocupación de las unidades
Se emitieron informes mensuales de actividad y control
Los ingresos ectópicos se mantuvieron por debajo del 17%.
Se consiguió un ahorro de 35 horas de técnico/auxiliar en farmacia, con la comunicación temprana de la previsión de altas y se minimizó el riesgo de error de medicación al disminuir las devoluciones.
Con la creación de la figura de EGCRH, se ha conseguido mejorar la eficiencia en la organización de ingresos hospitalarios. Al centralizar toda la información en una única persona, se ha mejorado la eficiencia en la toma de decisiones sobre la necesidad de utilizar recursos adicionales. Al tratarse de un profesional de enfermería ha supuesto una mejora en la adecuación de los perfiles de ingreso.
Se ha conseguido generar una base de datos que ha permitido la monitorización de resultados, así como la optimización de recursos hospitalarios y recursos humanos.

AUTORES: Mar Lara Rodriguez[1]; J Rodriguez Sadurni[2]; C Tusquellas Oto[3]; M Santos Hoyos[4]; E Sanchez Molina[5]; A Jurado Bautista[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Granollers[1, 2, 3, 4, 5]; CAmpus Universitari Maresme[6].

ID: 152

TÍTULO: RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE SATISFACCIÓN EN UCI

RESUMEN:
Con el paso de los años las UCI se han convertido en ambientes cada vez más complejos y multidisciplinares, lugares donde trabajan multitud de profesionales a todos los niveles y en un contexto de estrés, por lo que, muchas veces, aspectos fundamentales como la atención a las familias y problemas no meramente médicos del propio paciente (como ciertos aspectos sociales y psicológicos), pueden pasar a un segundo plano.
-Conocer el grado de satisfacción de los pacientes dados de alta de la UCI y sus familiares para determinar los aspectos mejor valorados y cuáles pueden ser susceptibles de mejora
-Analizar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes fallecidos durante su estancia en UCI
Estudio prospectivo transversal multicéntrico voluntario durante 7 meses en 2017 participando UCI médico-quirúrgicas de hospitales españoles
Población: pacientes dados de alta de UCI, familiares que los visitaron y familiares de fallecidos en UCI
Se utilizó el cuestionario FS-ICU 24 adaptado para pacientes y familiares
Análisis descriptivo, comparación de medias, DE. T de student, U de Mann Whitney...
52 UCIs pertenecientes a 40 hospitales de 23 provincias españolas. 2430 cuestionarios de familiares de pacientes supervivientes, 2342 de pacientes y 142 de familiares de fallecidos.
Características demográficas y clínicas de los pacientes :
2858 ingresados. Edad: 62,22 años. 63,8% hombres. Apache II: 15,16±7,81, SOFA: 4,24±3,46. 38,80% precisaron ventilación mecánica. Estancia media 6,65 días.
Diagnósticos: sd. coronario, sepsis, trauma y neumonía. Comorbilidades: HTA, DM y arritmias.
Características demográficas de los familiares:
Edad: 50,76. El 67,6% mujeres. Parentesco: esposas e hijas.
Satisfacción:
Familiares de supervivientes: satisfacción global (SG): 85,50±10,40; satisfacción con los cuidados (SC): 89,13±10,15 y con el proceso de toma de decisiones (STD) fue de 80,43±13,34.
Pacientes: SG: 86,97±10,99; SC: 91,02±10,12; STD: 83,25±13,88.
Familiares: SG: 82,53±13,51; SC: 86,09±13,84; STD: 77,67±14,97.
CONCLUSIONES
Existen altos grados de satisfacción con la experiencia en UCI para todos los grupos encuestados.
La satisfacción es muy alta con los cuidados recibidos.
El proceso de la toma de decisiones es catalogado con puntuaciones más bajas por todos los grupos, sintiéndose menos incluidos en dicho proceso y apreciando menor control sobre los cuidados prestados.
Para los familiares, la sala de espera es el aspecto peor valorado. El ruido también es peor valorado.
Para los pacientes, ruido, control de la temperatura y respeto a la intimidad son aspectos valorados con puntuaciones más bajas.
Las visitas son muy apreciadas por pacientes y familias. Ambos grupos consideran que les aportan seguridad, claman la ansiedad y en casi ningún caso resultan incómodas.
Los familiares de pacientes fallecidos muestran peores grados de satisfacción, lo que puede indicar que se deben aunar esfuerzos en la atención a pacientes en el proceso del final de la vida.

AUTORES: Maria Soledad Holanda Peña[1]; Mc Martin Delgado[2]; G Heras La Calle[3]; A Alonso Ovies[4]; Mp Delgado Hito[5]; L Martin Iglesias[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marqués De Valdecilla[1]; Hospital De Torrejón[2]; Hospital De Torrejón[3]; Hospital De Fuenlabrada[4]; Escola D'infermeria Facultat De Medicina I Cències De La Salut[5]; Hospital Universitario Central De Asturias[6].

ID: 154

TÍTULO: CALIDAD DE LA ATENCION SANITARIA EN EL H DE DIA OFTALMOLOGICO

RESUMEN:
Nuestro hospital, acorde con las Líneas estratégicas del centro, elabora un Plan de Mejora Anual, con el apoyo de la Dirección y la implicación de los profesionales de distintos servicios. Actualmente, los sistemas de gestión de calidad son fundamentales para el logro de estas líneas estratégicas.
Entre los pactos de objetivos establecidos para el año 2017 en los Hospitales de Día, se programa elaborar una encuesta de satisfacción para los pacientes atendidos en el Hospital de día de Oftalmología, con el objetivo de valorar la calidad asistencial y la percepción del trato recibido. Esta encuesta es conocida y aprobada por las Direcciones del Hospital. De esta manera, analizando y difundiendo los resultados, podríamos conocer las deficiencias existentes e instaurar las mejoras pertinentes.
Mejorar la calidad asistencial del Servicio analizando los déficits percibidos por los pacientes

- Tipo de diseño experimental.

Se realiza estudio descriptivo, trasversal para análisis de respuestas de una encuesta diseñada por el personal del servicio, para valoración de la calidad asistencial prestada.

Las respuestas son tipo Likert

Variables del estudio: Relacionadas con la percepción de la calidad asistencial por parte del paciente

- Tamaño muestra

929 pacientes atendidos en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso de H de Día Oftalmológico
durante los meses de enero a junio y de octubre a diciembre de 2017

- Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión: Pacientes intervenidos quirúrgicamente de cirugía oftalmológica, realizada con sedación o anestesia general.
Criterios de Exclusión: Pacientes intervenidos quirúrgicamente de cirugía oftalmológica con anestesia local, pacientes con cirugía ambulatoria con inyección intravitrea y pacientes con administración de tratamientos intravenosos. Aquellos pacientes que no quieran participar.
Resultados
-La calidad de la asistencia sanitaria ha sido buena en un 58.75%
-La facilidad para llegar a nuestro servicio ha sido buena en un 63.85%
-La comodidad de las salas del servicio de H.D.Oftalmología ha sido buena 84.82%
-La confianza (seguridad) que el personal trasmite a los pacientes ha sido buena en un 91.28%
-La amabilidad del personal en su trato con la gente ha sido buena en un 92.55%
-El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido bueno en un 90.83%
-La información que da la enfermera relacionada con las actividades diarias ha sido buena en un 89.38
- El tiempo de espera para ser atendido ha sido bueno en un 48.56%
Conclusión :
Debemos mejorar y buscar soluciones principalmente en 3 puntos estratégicos, la calidad de la asistencia que está influido principalmente por el tiempo de espera para ser operado y mejora las indicaciones para llegar a nuestra unidad .

AUTORES: Amaya Izarra Alonso; E del Cerro Camara; Y Garcia Llorente.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 155

TÍTULO: DESARROLLO DE UN PLAN DE ACCIÓN PARA AUMENTAR EL NÚMERO DE DONANTES DE TEJIDOS EN EL HOSPITAL

RESUMEN:
España es líder en donación y trasplante de órganos y tejidos a nivel mundial, con cifras de 46,9 donantes por millón de población (2.183 en total). Aun así, la demanda de tejidos es cada vez mayor. En las estadísticas de la Organización Nacional de Trasplantes se observa que en los últimos 20 años, el número de pacientes trasplantados de córnea se ha duplicado, y en el caso del tejido óseo y tendinoso esta cifra se ha cuadruplicado. En nuestro hospital, el número de donantes multiorgánicos y multitejidos ha descendido paulatinamente debido a los avances en especialidades como la Neurocirugía, la Neurorradiología, la Radiología Vascular Intervencionista, y los Cuidados Intensivos. A consecuencia de esto, el Banco de Tejidos sufre un descenso en la cantidad de tejido disponible para cubrir la demanda de los médicos especialistas (oftalmólogos, traumatólogos, cirujanos plásticos,…) que necesitan de estos injertos para intervenir a sus pacientes y así, salvar o mejorar su calidad de vida.
Por todo ello, se determina la necesidad de abordar un plan de acción para paliar en la medida de lo posible este problema.

- Concienciar al personal del hospital en la importancia de su participación en la detección de potenciales donantes exclusivos de tejidos.
- Ofrecer la posibilidad de donación a todo paciente o su representante legal como parte de los cuidados al final de la vida.
- Conseguir el mayor número de donantes de tejidos posible.
- Aumentar la disponibilidad de tejido en cantidad y en variedad en el Banco de Tejidos para caminar hacia la autosuficiencia.

1º FASE: Realización de un estudio de los éxitus de los últimos 3 años acontecidos en el hospital para valorar la viabilidad de la puesta en marcha del proyecto y para valorar los Servicios donde se va a encontrar el mayor número de donantes potenciales exclusivos de tejidos.
2º FASE: Diseño de un circuito específico que indica el modo de proceder ante un potencial donante de tejidos en cualquier planta del hospital.
3º FASE: Divulgación entre el personal del hospital. Se realizan sesiones clínicas en los diferentes servicios explicando la importancia de la detección del potencial donante.
4º FASE: Recordatorios periódicos al personal con carteles informativos.
5º FASE: Feed-back. Periódicamente se publica en la intranet del hospital el número de donaciones que han sido posibles gracias a la colaboración de los profesionales del centro.
La media de donaciones en los 5 primeros meses de los últimos años ha sido de entre 1-2 donaciones multiorgánicas/multitejido. Durante este año 2018, entre los meses de enero y mayo, gracias a la puesta en marcha de este plan de acción, se han producido 5 donaciones exclusivas de multitejido (no multiorgánico) y 2 donaciones multiorganicas/multitejido que han producido tejido ocular, piel y tejido óseo y tendinoso. Estos tejidos están ahora disponibles para su uso en diferentes cirugías lo que revertirá en beneficio de los pacientes.

AUTORES: Rosa Carmen Fernández Lobato; C Casares Santiago; E Mon Mendive; L Garrido Alonso; Mr Sánchez Toribio; J González Revaldería.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Getafe.

ID: 156

TÍTULO: IMPACTO DE LA INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD A LA DIRECCIÓN POR OBJETIVOS

RESUMEN:
La Dirección por Objetivos (DPO) es una herramienta de gestión muy utilizada en el ámbito sanitario. En el caso que se presenta, el 60% de la DPO para el personal asistencial dependía de entre 2 y 5 objetivos de grupo. Los grupos (llamados Unidades de Gestión DPO-UdGDPO) se definieron según especialidad, incluyendo todos los profesionales implicados en la asistencia a los pacientes: equipo de medicina, enfermería, administración, celadores, etc. Los objetivos de cada grupo incluían objetivos de eficiencia, gestión y calidad. Los objetivos de calidad fueron pactados con los referentes de cada UdGDPO, promoviendo sus propuestas con la intención de que fueran los más relevantes y prioritarios para cada una de ellas.
Evaluar el impacto en la calidad global atribuida a la implantación de los objetivos de calidad que fueron incluidos en la DPO de grupo de los servicios asistenciales de un consorcio hospitalario con atención de agudos, sociosanitaria y de salud mental.
Se analizaron los valores de los indicadores de calidad utilizados para valorar el cumplimiento de la DPO y se compararon con los valores iniciales (del año anterior). Se consideraron tres tipos de cambio: “mejora” o “empeoramiento” si el valor del indicador era mejor o peor que el valor inicial de manera clínicamente relevante o “similar” si el valor era parecido al inicial. Los objetivos se clasificaron en diferentes grupos según área de la calidad. Los objetivos se evaluaron con indicadores cuantitativos pero también de manera dicotómica (Sí/No) según si se había alcanzado o no (por ejemplo, crear un protocolo o pasar una acreditación).
Se evaluaron 41 objetivos de calidad en 59 UdGDPO que incluían a 2.929 profesionales. En ningún caso se observó empeoramiento del indicador. En el 88% de los casos se consideró que la mejora era relevante y en el 12% restante se consideró similar. Estos últimos casos se pueden dividir entre aquellos objetivos dicotómicos (Sí/No) que se habían cumplido el año anterior y se seguían cumpliendo y los objetivos cuantitativos que mantuvieron un nivel alto de calidad. A destacar en el grupo de objetivos de seguridad el sustancial aumento en las notificaciones de eventos adversos, especialmente entre el colectivo médico y los celadores. En el apartado de mejora del registro de la información clínica destacamos una mejora significativa de la calidad de los informes de alta. Respecto a la infección hospitalaria, el principal resultado es una mejora muy significativa en el mantenimiento de los catéteres venosos centrales. La evaluación y el control del dolor también han mejorado en todas las unidades incluidas. La inclusión de objetivos de calidad en los objetivos DPO de grupo ha representado una mejora de calidad, así como un impulso al objetivo del Programa de Calidad que busca que cada especialidad disponga de indicadores de calidad específicos con seguimiento periódico.

AUTORES: Mercè Comas Serrano[1]; P Chiarello[2]; C Lasso de la Vega Panillo[3]; M Sala Serra[4]; F Cots Reguant[5]; X Castells Oliveres[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital del Mar - IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), REDISSEC[1, 2, 4, 5, 6]; Hospital del Mar - IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas)[3].

ID: 157

TÍTULO: INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL, UNA VISIÓN DE CINCO AÑOS

RESUMEN:
En el año 2013 se implementa en nuestro Complejo hospitalario una sistemática de medición de indicadores de seguridad procedentes de la historia clínica electrónica de enfermería (GACELA), así como procedentes de auditorias interna, Los autores nos proponemos revisar la evolución de dichos indicadores en los últimos cinco años
Evaluar el cumplimiento y la evolución de los indicadores de seguridad siguientes en el período 2013-2017:
- Escala Braden en adultos
- Escala Braden Q en niños
- Escala Downton de riesgo de caídas
- Incidencia de úlceras por presión intrahospitalarias
- Incidencia de Ulceras por presión categorizadas según EPUAP
- Valoración del dolor agudo
- Establecimiento de acciones encaminadas a evitar UPPs y Caídas derivados de los riesgos detectados
- Incidencias de caídas intrahospitalarias
- Identificación de pacientes
- Identificación madre-hijo
- Uso seguro de ClK
- Altas de enfermería
Estudio observacional retrospectivo longitudinal de un período de cinco años (2013-2017).
Extracción de datos mediante SQLs de los indicadores de Seguridad comentados
Análisis de las auitorías anuales sobre Uso seguro de ClK e Identificación de pacientes
Análisis estadístico de los datos mediante el programa Microsoft Excel 2010.
Se evidencia una progresión a mejor en la totalidad de indicadores, situándose en el año 2017 en los siguientes valores:
Incidencia de UPP intraunidad.- 3,7% (Categoría IV 0,65%)
Medición de Escalas de Braden.- 96,7%
Pacientes con riesgo de UPP y medidas adoptadas.- 88,7%
Incidencia de caídas.- 1,61 ‰
Medición de riesgo de caídas.- 97,1%
Pacientes con riesgo de caídas y medidas adoptadas.- 94,6%
Evaluación del dolor agudo.- 95,8%
Altas de enfermería.- 85%
Pacientes correctamente identificados.- 100%
Uso seguro de ClK:
Concentrados de ClK separados y señalizados del resto de fármacos.- 100%
Doble chequeo en la preparación y administración de concentrados de ClK.- 100%
Identificación correcta madre-hijo.- 100%

AUTORES: Jose Angel Pesado Cartelle; J Martínez Espiñeira; B Millor Sanesteban; A Fernández López; R Delgado Fernández.

CENTRO DE TRABAJO: EOXI Ferrol.

ID: 158

TÍTULO: IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:
Trabajar en Seguridad del Paciente requiere de información para, después de analizar lo ocurrido, implantar medidas que reduzcan el riesgo de repetición del incidente y lo eviten en lo posible. Esta información se obtiene, en parte, de los sistemas de notificación. Sin embargo, existe una infranotificación que nos lleva a pensar nuevas estrategias para mejorar la información sobre Seguridad del paciente obtenida y, mejorar por tanto, la implantación de medidas para reducir el riesgo.
Describir las actividades realizadas para mejorar la información recogida y la gestión de la Seguridad del Paciente.
En enero de 2017, con la creación de la Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de nuestro Departamento de Salud y ante la escasa notificación de incidentes y eventos adversos por parte de los profesionales, se implantaron las siguientes medidas :- Mejorar la formación en SP por parte de los profesionales;- Creación de grupos de mejora que realizan vigilancia de los principales grupos de incidentes/ eventos adversos;- Incremento de la información al notificante sobre las gestiones realizadas para cada incidente/evento adverso.
A lo largo del año 2017 se han notificado 631 incidentes relacionados con la SP frente a los 69 notificados en 2016. El grupo de mejora en infección nosocomial detectó 360 infecciones/colonizaciones relacionadas con la asistencia sanitaria, siendo el incidente más frecuente.
Se realizaron 130 informes individualizados para cada incidente de seguridad que fueron colgados en la intranet del Departamento. A ellos se deben sumar los informes anuales realizados por cada grupo de mejora.
Se realizó análisis causa-raíz en 3 de los casos notificados, siendo 2 de ellos eventos centinela.
Las actividades de difusión de los sistemas de notificación y la mejor gestión de los incidentes por parte de los diferentes grupos de mejora han incrementado ostensiblemente la información obtenida para trabajar en la mejora de la Seguridad del Paciente.

AUTORES: Cristina González Steinbauer; T Lanzón Serra; M Martínez Fuertes; E Navarro López; J Navarro Pérez; RM Ortí Lucas.

CENTRO DE TRABAJO: Departamento De Salud Valencia Clínico-Malvarrosa.

ID: 159

TÍTULO: NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS COMO EVENTO ADVERSO: PAPEL VS REGISTRO ELECTRÓNICO

RESUMEN:
Unos de los problemas relacionados con la seguridad del paciente que frecuentemente aparecen en la literatura es la falta de datos reales debido a la voluntariedad de las notificaciones sobre los eventos adversos producidos. Conocer las circunstancias de las caídas y el tipo de paciente que las sufre, permite adaptar las medidas preventivas en un entorno concreto. En nuestro centro, paralelo al proceso de informatización de la historia clínica, en 2017 se modificó el registro de caídas incluyéndolo en el aplicativo de gestión de cuidados con el fin de informatizar dicho registro.
Comparar la declaración de caídas como evento adverso mediante un registro en papel frente a un registro electrónico.
Determinar la evolución en la declaración de caídas en la última década en nuestro centro.
Estudio descriptivo retrospectivo de las caídas producidas en las unidades de hospitalización convencional en los últimos 9 años (desde el último cambio de registro) en un hospital de tercer nivel de 800 camas. El estudio se realiza a partir de las bases de datos de los registros en papel de los años 2009 a 2016. Para el análisis de los registros electrónicos se utilizó una herramienta de "business intelligence" (QlickView). Como variables se analizaron: unidad, número de ingresos, porcentaje de caídas respecto a los ingresos, estancias, porcentaje de caídas por cada 1000 días de estancia. A partir de los datos obtenidos se realizó un análisis descriptivo e inferencial mediante el paquete estadístico EPIDAT 4.2 (prueba Z de comparación de proporciones).
RESULTADOS
Los datos obtenidos entre 2009 y 2017 son, por año, respectivamente:
-Número de caídas totales registradas: 218, 235, 192, 260, 247, 236, 339, 263, 400.
-Porcentaje de caídas en relación a los ingresos: 0,75%, 0,65%, 0,54%, 0,89%, 0,66%, 0,61%, 0,98%, 0,79%, 1,12%
-Densidad de incidencia por mil días de estancia: 1,01‰, 0,96‰, 0,84‰, 1,3‰, 1,1‰, 1,03‰, 1,54‰, 1,27‰, 1,83‰.
La diferencia entre el promedio del periodo 2009-2016 (registro en papel) y el año 2017 (registro electrónico) resulta significativa tanto para el porcentaje de caídas por ingresos (0,73% vs 1,12%; $p< 0,01$) como para la densidad de incidencia (1,13‰ vs 1.83‰; $p< 0,01$). La declaración de caídas aumentó por igual en todas las unidades estudiadas.
CONCLUSIONES
El cambio de formato de registro influye en el número de declaraciones, aumentando el mismo. El hecho de que el registro esté incluido en la herramienta habitual de trabajo favorece su uso, así como el que quede ligado a la historia clínica del paciente.
Aunque existe variabilidad en el número de caídas declaradas en la última década, con picos de incidencia en el algún año, es claramente significativo el aumento de las declaraciones de caídas tras la implantación del registro electrónico.

AUTORES: Susana Moya Mier; P González Setién; C Renedo González; JL Cobo Sánchez; M Lázaro Otero; F González Menéndez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

ID: 160

TÍTULO: METODOLOGÍA TRAZADORA MÚLTIPLE DE LA UC SESPA

RESUMEN:
La Unidad de Certificación en Calidad del SESPA (UC-SESPA), es el órgano administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias, con competencia para realizar las evaluaciones de calidad de los dispositivos asistenciales. Para ello cuenta con un panel de auditores, profesionales de la propia organización, específicamente capacitados. La UC-SESPA está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) desde 2016. Para la realización de la evaluación, la UC SESPA diseña un plan de auditorías específico para cada dispositivo asistencial. La auditoría se lleva a cabo de manera "horizontal", recorriendo servicios o unidades, y "vertical", evaluando el recorrido de elementos trazadores. La metodología de trazadores utiliza el seguimiento de un elemento, a través de la evaluación del cumplimiento de determinados estándares previamente seleccionados, para conocer la calidad de la atención prestada. Fue creada en 1969 por Kessner y col. cuando utilizaron algunos problemas específicos de salud como "trazadores", para el análisis de los servicios sanitarios; posteriormente, JCI incorporó el "trazador de paciente" en sus procesos de acreditación.
La UC-SESPA utiliza 6 elementos trazadores distintos:

- Un paciente.
- Una muestra biológica.
- Un medicamento.
- Un producto sanitario.
- Un proceso.
- Un profesional.

Reflejar la calidad de la atención prestada y facilitar a los dispositivos asistenciales el proceso de evaluación integral, auditando la calidad de la atención a través de una trazabilidad que interviene en todas las áreas involucradas en el proceso de atención, incorporando a los pacientes y a los profesionales en la recogida de las evidencias.
La selección de cada uno de los 6 elementos trazadores se hace en base a criterios de pertinencia, relevancia, riesgos inherentes, impactos, representatividad…
Durante el trazado de cada uno de los elementos, se sigue el curso del proceso de atención, tratamiento o servicio través de toda la organización, evaluando las interrelaciones entre las distintas disciplinas, departamentos, programas…e identificando sus puntos críticos.
Se utilizan diferentes estrategias: entrevistas a profesionales, pacientes y familiares, revisión de historias clínicas, observación de técnicas de cuidados, revisión de registros y procedimientos, visita de instalaciones…
Para su realización, los evaluadores han de tener un conocimiento previo de los procesos y procedimientos que van a evaluar y estar atento a las situaciones del momento, aún a las que no guardan relación directa con el proceso que se está evaluando.
La metodología trazadora de la UC-SESPA, incorporando 6 elementos trazadores diferentes, aporta una herramienta de evaluación eficiente y objetiva, útil tanto para los pacientes como para el personal y la organización en cuanto a la mejora de la calidad y la seguridad en la atención.

AUTORES: Milagros Bada Sánchez; VJ Rodríguez Martínez; N Rivas Suarez.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Certificación del SESPA.

ID: 162

TÍTULO: GUÍA INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA. RESULTADOS DE LA PRIMERA MEDIDA

RESUMEN:
El concepto de calidad precisa del análisis y el cumplimiento de los requisitos considerados como necesarios para obtener un resultado. En nuestro medio, los primeros indicadores han ido evolucionando desde unos criterios puramente de gestión económica (clasificación GRD) a criterios de gestión de calidad (clasificaciones ISO y EFQM).
Ante la ausencia de indicadores específicos en Neumología que midan la calidad en los términos que como clínicos consideramos más útiles, el grupo de Calidad de NEUMOMADRID, con la colaboración de todos los grupos que la constituyen, se elaboró hace un año la primera guía de indicadores de calidad asistencial en Patología Respiratoria.
La utilidad y viabilidad de la guía obliga a la medida de la misma, por este motivo se ha llevado a cabo un registro de indicadores contando con la colaboración de los hospitales de la Comunidad de Madrid
Se seleccionó un indicador por grupo en base a los siguientes criterios: factibilidad, representatividad y reproducibilidad. (Tabla 1)
Se comunicó a todos los Jefes de Servicio de los 23 Servicios de Neumología existentes en la Comunidad así como a los responsables de los grupos que participaron en la elaboración de la guía.
Tras seis meses de reclutamiento se ha logrado la participación de 14 de los hospitales para algunos de los indicadores (4.7 x 106/hab) y para la totalidad de los mismos 7 de ellos (2.5 x 106/hab).
Tras analizar los resultados se observa que en cuatro de los indicadores se supera la media considerada como de calidad, 6 están por debajo, de los cuales 4 presentan un desviación entre el 1 y el 3% y los otros dos cercano al 40%. En cuanto a los indicadores de demora, el referido a la PCR preferente < 60 días sólo un 42% lo cumplen, y para la evaluación del cáncer de pulmón en < 15 día el 90%. (tabla II)

AUTORES: María Teresa Ramirez Prieto[1]; G Peces Barba[2]; MA Juretske Morgade[3]; P Gil Usseti[4]; D Alvaro Alvarez[5].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Infanta Sofía[1]; Fundación Gimenez Días[2]; Hospital Universitario Getafe[3]; Hospital Universitario Puerta de Hierro[4]; Hospital Universitario Móstoles[5].

ID: 163

TÍTULO: SEGUIMIENTO DEL PORCENTAJE DE SUEROS HEMOLIZADOS COMO INDICADOR DE CALIDAD EN EL ENTORNO DE LA NORMA ISO 9001:2015

RESUMEN:
Los indicadores de calidad son herramientas útiles dentro de los sistemas de gestión de la calidad que facilitan el seguimiento y evaluación de los procesos y acciones correctivas que sobre ellos se apliquen. En nuestro laboratorio uno de esos indicadores es el porcentaje de sueros hemolizados, y nuestro objetivo es mantenerlo por debajo del 6%.
Con este indicador evaluaremos la aplicación de algunas acciones correctivas.
Se consideran sueros hemolizados los que superan una concentración de hemoglobina de 25 mg/dL. Se calcula el porcentaje de sueros hemolizados por origen peticionario, desglosando centros de salud, plantas y servicios. El Comité de calidad evalúa mensualmente este indicador, e incluye personal de supervisión de enfermería con capacidad de gestión de los puntos de extracción. Al detectar incrementos no justificados del indicador se determinan las acciones correctivas pertinentes, se ponen en marcha y se evalúa su impacto posteriormente. Durante el periodo evaluado se testaron e incluyeron en el servicio de urgencias tubos de extracción con un sistema que reducía la incidencia de la hemólisis (BECTON DICKINSON). También se adquirieron palomillas pediátricas con menor grosor de pared, de forma que manteniendo el calibre, ampliaban el diámetro interior ofreciendo menos resistencia al paso de los hematíes y reduciendo la hemólisis.
2017: UCI + Servicios Quirúrgicos 10,6%; Hospitalización 5,6%; Pediatría + Neonatos 22,6%; Total Hospital 9,1%; Centros de Salud 4,3%.

2018: UCI + Servicios Quirúrgicos 9,2%; Hospitalización 5,7%; Pediatría + Neonatos 24,8%; Total Hospital 8,8%; Centros de Salud 5,8%.

Se cumplen los objetivos establecidos en el área de hospitalización, salvo servicios quirúrgicos y pediátricos (por las dificultades de extracción). También observamos aumento del indicador en los meses de verano como consecuencia de la incorporación de personal menos formado en el proceso de extracción o el caso concreto de un movimiento de 220 trabajadores del hospital a centros de salud sustituyendo a personal formado y con experiencia.

Algunas de las acciones correctivas tomadas en este periodo fueron la sustitución de palomillas en pediatría en febrero de 2017 o la adquisición de tubos con sistema anti-hemólisis en urgencias en marzo de 2018, observándose un descenso del indicador mantenido en el tiempo (de 34% a 15% y de 18,5% a 15,8% respectivamente). Otro tipo de acciones correctivas solo han tenido un efecto temporal: En diciembre de 2016 se envió un comunicado a las supervisoras de la UCI con recomendaciones en el proceso de extracción, tras lo cual se registró un inmediato descenso del indicador de 10,6% a 6,2%, pero meses después recuperó su promedio habitual.

El sistema nos permite monitorizar la incidencia de cambios ajenos a nuestra voluntad, como los periodos en prácticas de las alumnas de enfermería, que en el último trimestre de 2017 han supuesto un aumento de 1,5 puntos porcentuales en el indicador.

AUTORES: Simón Gundín Menéndez[1]; E Asensio Montañés[2]; R Sáez De La Maleta Úbeda[3]; J Fernández Castro[4]; M Martín Palencia[5]; MV Poncela García[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 164

TÍTULO: PROTOCOLOS DE ADECUACIÓN A LA DEMANDA. PORCENTAJE DE INMUNOFIJACIONES RECHAZADAS COMO INDICADOR DE CALIDAD.

RESUMEN:
Ante la creciente demanda en las pruebas de laboratorio, en un contexto de restricción de recursos y contención del gasto, la puesta en marcha de estrategias para mejorar la eficiencia de una organización a través de sistemas de gestión de la calidad constituye una herramienta imprescindible. La norma ISO 9001:2015 de certificación de laboratorios garantiza éstas y otras competencias mediante la gestión de la demanda de pruebas de laboratorio. Siendo el porcentaje de pruebas rechazadas un indicador de calidad preanalítica que en última instancia ayudará a reducir el tiempo de respuesta del laboratorio, reduciendo el sobrediagnóstico y con ello la inseguridad del paciente. La inmunofijación (IF) en suero es un método de identificación y tipaje de bandas monoclonales. Resulta esencial para el diagnóstico de gammapatías monoclonales (G.M) y en la evaluación de la remisión completa en los pacientes bajo tratamiento. Las principales sociedades científicas de laboratorio incluyen la IF entre sus recomendaciones de "no hacer" dentro de la estrategia de adecuación de la demanda, advirtiendo que solo procede su determinación en los casos anteriormente señalados.
Nuestro objetivo es diseñar y aplicar un algoritmo de trabajo para la adecuación de la demanda de IF en suero y calcular, tras un periodo de evaluación, el porcentaje de pruebas rechazadas que ha supuesto así como el ahorro total que implica.
Planteamos realizar solamente las solicitudes de IF para el tipaje de bandas monoclonales al diagnóstico de GM y GMSI; así como para confirmar la negativización completa en respuesta al tratamiento. El seguimiento se llevará a cabo mediante cuantificación del pico monoclonal en el proteinograma. El coste unitario de la IF en suero es de 14,38 € euros. Las IFs se realizan por electroforesis en gel de agarosa con antisueros específicos frente a IgA, IgG, IgM, cadenas ligeras Kappa y cadenas ligeras Lambda, EASYFIX INTERLABG26 (Biometa Tecnología y Sistemas®).
Se evalúa el periodo completo de 2017, registrándose 2695 solicitudes de inmunofijación en suero y rechazándose 1319 de ellas, porcentaje de rechazos del 48,9%. Esto implica un ahorro en costes directos de 18.967,22 € / año.

Un porcentaje de rechazos cercano al 50% es un claro indicador de falta de calidad en éste proceso asistencial en concreto. Resulta evidente que la aplicación de las recomendaciones de "no hacer" implica importantes ahorros, pero también un ejercicio de cribado por parte del facultativo de laboratorio cuyo tiempo es, a la postre, un recurso a tener en cuenta. Por tanto, en esta línea de optimización de recursos, consideramos que la implantación de un volante electrónico, que permita bloquear peticiones automáticamente en función de su diagnóstico, supondría una excelente herramienta tanto en éste como en otros casos.

AUTORES: Simón Gundín Menéndez; I Peña Pérez; R Sáez De La Maleta Úbeda; E Briones Cuesta; MD Badía Carnicero; MV Poncela García.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 165

TÍTULO: ADECUACIÓN DE LA DEMANDA EN EL ÁMBITO DEL PLAN ESTRATÉGICO DE CALIDAD EN LABORATORIOS. RECHAZO DE PERFILES DE ALÉRGENOS.

RESUMEN:
Ante la creciente demanda en las pruebas de laboratorio, en un contexto de restricción de recursos y contención del gasto, la puesta en marcha de estrategias para mejorar la eficiencia de una organización a través de sistemas de gestión de la calidad constituye una herramienta imprescindible. La norma ISO 9001:2015 de certificación de laboratorios garantiza éstas y otras competencias mediante la gestión de la demanda de pruebas de laboratorio, reduciendo el sobrediagnóstico y con ello la inseguridad del paciente.
La leche de vaca tiene una mayor proporción de proteínas séricas y menor de caseínas que la materna. Entre las primeras, los principales alérgenos son la -lactoglobulina, -lactoalbumina; mientras que las caseínas bovinas con actividad alergénica son las 1 y 2,  y . El cuadro clínico es variable, incluyendo manifestaciones típicamente mediadas por IgE: urticaria, picor, angioedema, e incluso anafilaxia.
Ante la sospecha de alergias a las proteínas de la leche de vaca (PLV), desde atención primaria se solicita la determinación de IgE específica frente al extracto completo de las PLV y de todos sus componentes. Planteamos un algoritmo de trabajo en el que se determina primeramente la IgE específica y solo en caso de positividad (punto de corte: >0.35 KU/L) se amplía el perfil a los componentes específicos.
Trataremos de evaluar el porcentaje de pruebas rechazadas en función a esta regla y el ahorro que ha supuesto este cribado por parte del analista.
La cuantificación de IgE específica frente al extracto completo de la PLV (f2) y sus componenetes: α-lactoalbúmina (f76), β-lactoglobulina (f77), BSA (Albúmina Sérica Bovina e204) y caseína (f78); se realizó mediante enzimoinmunoensayo en Phadia 250.InmunoCAP® (Thermo Fisher). El periodo evaluado comprende 6 meses, desde la implantación del algoritmo de rechazo.
Se solicitaron un total de 476 peticiones de perfil completo, con índice de rechazo tras aplicación del algoritmo del 47,7%. Teniendo en cuenta solamente costes directos el ahorro estimado en perfiles específicos improcedentes en el periodo de evaluación es de 4.560 €.

La clínica de intolerancia a leche de vaca es creciente en nuestro entorno y ante la sospecha de etiología alérgica, la solicitud del cribado de alérgenos es adecuada y procedente. Es en este caso, potestad del especialista de análisis clínicos, organizar su flujo de trabajo de modo que, eliminando costes innecesarios se ofrezca la una herramienta diagnóstica de igual eficacia. En nuestro caso concreto la implantación de esta medida supondría un ahorro anual cercano a los 10.000 €, por lo que nos planteamos la posibilidad de aplicarlo también en atención especializada, y proponer al clínico que solicite simplemente "cribado de alergia a PLV", siendo el laboratorio quien decida qué determinaciones proceden en cada caso.

AUTORES: Simón Gundín Menéndez; I Peña Pérez; R Sáez de La Maleta Úbeda; A Arrabal Alonso; M Arroyo Lizondo; MV Poncela García.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 166

TÍTULO: COMO INCLUIR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL ENFOQUE POR PROCESOS ASISTENCIALES

RESUMEN:
El proyecto EMPATIA forma parte del Plan Estratégico del HUIC 2017-2020 y se ha apostado por este proyecto como filosofía para abordar la experiencia del paciente. Por ello, se ha creado un Comité Director, que incluye la Comisión de Calidad Percibida, la Comisión de Humanización y el Grupo Coordinador de Empatía y cuyo punto más importante es la participación de la Gerencia como un miembro más, para trabajar en el 'viaje del paciente' dentro del Hospital.
El número de nacimientos que tiene el hospital y el gran número de profesionales implicados, nos ha echo comenzar por el proceso del parto, además de ser un área donde las emociones del paciente esta a flor de piel.
Incluir la experiencia del paciente en el enfoque por procesos asistenciales.
Tras formar en experiencia del paciente al Comité Director, se acordó realizar el proceso asistencial del parto y de esta forma incluir la experiencia del paciente. Para ello se reunieron el Comité Director con los distintos profesionales que participan en el proceso y se realizó un mapa de experiencia, definiendo un paciente tipo y buscando todos los puntos de contacto que se producían, de tal forma que se definieron todas las acciones, pensamientos, emociones, materiales necesarios y personas desde que la paciente entraba por el hospital hasta que salía. Igualmente, en el mismo mapa se dibujó el proceso del parto, definiendo las acciones, personas, pensamientos y cosas/ideas, que participaban en el.
Una vez finalizado, se pidió a los trabajadores que indicaran los puntos de contactos más emotivos del paciente y se crearon dos grupos de pacientes que habían dado a luz en menos de 4 meses para explicarles que habíamos creado un mapa de todo el tiempo que ellas habían estado en el hospital y que necesitáramos que nos dijeran si lo que nosotros creíamos que emocionalmente era una situación “extrema”, tanto positiva como negativa para ellas también.
De esta forma, y una vez evaluado el proceso asistencial, se establecieron los puntos de contacto más importantes con el paciente y se empezaron a desarrollar áreas de mejora a la vez que se establece la pregunta que será objeto de evaluación mediante la encuesta Net Promoter Score.
Las felicitaciones recibidas por parte de los grupos de pacientes que participaron en este viaje nos han ayudado y motivado para continuar incluyendo la experiencia del paciente dentro de la perspectiva de procesos, puesto que de esta forma participamos en el empoderamiento y la humanización del paciente y del sistema sanitario. Otra ventaja es detectar áreas de mejora de la mano de los pacientes que nos permita adecuar los procesos con las necesidades reales basadas en sus experiencias, sentimientos y emociones.

AUTORES: Maria Teresa Sanchez Alvarez; M Blazquez Viedma; EM Garcia-Risco Garcia; C Mingo Rodriguez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Infanta Cristina.

ID: 167

TÍTULO: CUIDA LA PALABRA, ES TERAPIA UNIVERSAL

RESUMEN:
Actualmente, la práctica clínica conlleva una gran complejidad tecnológica de medios, de tratamientos, de técnicas, que a veces hace que se ignore o quede solapado lo más sencillo y básico.
En el hospital, en las consultas de atención primaria, en el domicilio atendemos a pacientes de muy diversa índole, por edad,raza, patología, gravedad, …
Sus necesidades terapéuticas y de cuidados, son variadas. Pero siempre existe "una necesidad universal" que los pacientes pueden precisar y una "herramienta universal" que podemos aportar ¿Cuál? : comunicar de forma correcta.
Conocer y poner en práctica las diferentes claves de la correcta comunicación verbal y no verbal, es competencia universal y de importante relevancia para el personal sanitario.
Escucha, palabra, tacto, silencio, gesto, sonrisa… son arsenal terapéutico de primera línea siempre.
La herramienta es sencilla, pero el impacto brutal.
Con la escucha de este relato, pretendo que tomemos conciencia de la importancia de aplicar sencillas pautas de comunicación al ejercer nuestra labor profesional.
Conocer los secretos de una correcta comunicación, hace que el acto tan cotidiano de comunicar entre las personas, se pueda convertir en un arte para aportar cercanía, credibilidad, profesionalidad, así como bálsamo que suavice temores e inseguridades.
Pretendo también estimular para que no olvidemos llevar siempre esta llave, que hará que nuestra intervención sea integral y de mayor calidad.
Apoyado en una proyección audiovisual, iré narrando una historia.
A lo largo de esta narración, en palabras de un familiar se irán desvelando las claves de comunicación tanto verbal, como no verbal, que aportan beneficio y satisfacción en la relación asistencial con el paciente y su familia.
El buen uso de la palabra, es terapia que se adapta a todos los pacientes y entornos.
La correcta comunicación es la llave que abre canales terapéuticos de humanización y puente de conexión entre profesionales con pacientes y familias.

AUTORES: Rosa María Ausín de Domingo.

CENTRO DE TRABAJO: HUBU.

ID: 168

TÍTULO: ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE ESTUDIOS GENÉTICOS

RESUMEN:
La gestión adecuada de pruebas de laboratorio es esencial para la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios. El aumento progresivo de la demanda de pruebas genéticas en los últimos años, ha generado la necesidad de establecer medidas que modulen este aumento de la carga de trabajo y justifiquen el mayor coste sanitario que suponen. Así mismo, la seguridad de los pacientes se está viendo comprometida por la realización o repetición de pruebas de laboratorio innecesarias en multitud de situaciones clínicas.
Una de las pruebas genéticas más solicitadas por Atención Primaria y Especializada es la hemocromatosis tipo I (HH tipo I), enfermedad autosómica recesiva causada por mutaciones en el gen HFE y caracterizada por acúmulo de hierro. Los pacientes afectos presentan la mutación C282Y del gen HFE en homocigosis o las mutaciones C282Y/H63D o C282Y/S65C del mismo gen en forma heterocigota doble.
Según recomendaciones de la European Association for the study of the liver (EASL) y la European Molecular Genetics Quality Network (EMQN), ante la sospecha de sobrecarga férrica, realizar primero pruebas bioquímicas como ferritina sérica e índice de saturación de la transferrina (IST) (1B). La ferritina por sí sola no es específica, sin embargo el IST es un indicador precoz y fiable de riesgo de sobrecarga de hierro en este tipo de hemocromatosis. Por lo tanto, el análisis genético debe proponerse únicamente a sujetos que presentan IST elevado (>45%) (1A) o en el contexto de estudios familiares.
Estudiamos la adecuación de la demanda y consiguiente disminución de costes del estudio genético de HH tipo I.
Analizamos las peticiones realizadas de esta prueba desde su implantación en nuestro laboratorio (2015-2018). La técnica utilizada es una PCR a tiempo real con sondas FRET en un LightCycler® 2.0 (Roche) para el análisis de mutaciones C282Y, H63D y S65C en HFE.
Durante el periodo estudiado de 3 años, se reciben un total de 899 peticiones, de las cuales se realizan 556 (61,85%), 24 (2,67%) no se realizan por no enviarse la muestra adecuada para su determinación, y 319 (35,45%) fueron rechazadas. Dentro de las peticiones rechazadas, 291 no cumplían los criterios bioquímicos propuestos (IST>45%) y 28 correspondían a repeticiones del estudio genético.
Teniendo en cuenta, que el coste por determinación es de 22,73 €, el rechazo de estas peticiones ha supuesto un ahorro de 7250,87 € (2416,96 €/año).
Los estudios genéticos, y en concreto el de HH tipo I, no deben realizarse como cribado en la población general. Deberá realizarse una adecuada gestión de la demanda y realizar el estudio cuando exista sospecha de sobrecarga férrica y se confirme un IST>45%. También en el estudio de familiares y siempre que no se haya realizado la determinación con anterioridad.
Siguiendo esta gestión de rechazo evitamos pruebas improcedentes, pruebas en cascada y consultas médicas innecesarias, reducimos costes, y en definitiva, optimizamos los recursos disponibles.

AUTORES: Ruth Sáez de La Maleta Úbeda; S Gundín Menéndez; I Peña Pérez; E Asensio Montañés; M Martín Palencia; MV Poncela García.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 169

TÍTULO: HOMOGENEIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA EN UNA INSTITUCIÓN MULTICÉNTRICA

RESUMEN:
El proceso asistencial de oncología radioterápica es complejo y requiere de recursos (profesionales y tecnológicos), muy diversos y especializados. Una Institución multicéntrica debe procurar la unidad de criterio en la gestión por procesos en los centros donde se ofrece esta práctica asistencial. Para mejorar en organización, seguridad y seguimiento es necesaria la homogeneización de las actividades. La gran variabilidad en los procedimientos requiere progresar en su rediseño estandarizado
Estandarizar el proceso asistencial de oncología radioterápica entre los diferentes centros de la Institución. Consensuar un diagrama común de subproceso, aunando aquellos procedimientos e instrucciones técnicas que comparten todos los centros. Aislar las particularidades, compartir las fortalezas de otros y unificar elementos de control e indicadores. Rediseñar los procedimientos e instrucciones para una gestión documental con interfaz gráfica, mejorando el entendimiento, coordinación y control
El proceso asistencial de oncología radioterápica, ofrecido en 3 centros de la Institución, se desarrolla en 7 subprocesos e implica a los servicios de Oncología Radioterápica y de Física Médica y Protección Radiológica. En cada centro se ha constituido un equipo de trabajo para cada subproceso, implicando 40 profesionales. El proyecto se ha desarrollado en tres fases. En la fase 1 se han comparado los procedimientos e instrucciones, analizado las actividades, identificado las diferencias y propuesto un esquema a compartir. En la fase 2, se ha presentado un diagrama integrador y genérico para consensuar y asumir, justificando las particularidades. En la fase 3 se ha llevado a cabo el rediseño de los subprocesos, su diagramado definitivo y la aprobación corporativa de los procedimientos y de las acciones de mejora propuestas. La documentación se dispuso en espacio de trabajo de la intranet corporativa. La puesta en común se ha realizado mediante videoconferencia, facilitando la participación
Se ha diseñado un esquema de proceso único para la institución. Se han homogeneizado las actividades y las funciones de los diferentes agentes que intervienen. Los documentos referenciados en los procedimientos e instrucciones han sido consensuados. Se han incorporado al esquema compartido fortalezas detectadas en los procedimientos particulares originales. La diagramación de los procedimientos e instrucciones se ha simplificado, haciéndolos más comprensibles y mejorando el control documental del sistema. Se ha establecido un conjunto de acciones de mejora a implantar a corto plazo. Se ha creado en los profesionales implicados una percepción de conjunto del proceso asistencial. Se han establecido las bases para profundizar en la estandarización de los sistemas de trabajo (circuitos, técnicas, manejo de datos) dando lugar a propuesta de acciones futuras. El proyecto desarrollado ha permitido mejorar el modelo institucional del proceso asistencial de oncología radioterápica

AUTORES: Jaume Molero Savall; Miembros Del Proyecto De Estandarización Del Proceso Asistencial De Oncología Radioterápica; E González Muñoz; A Carpena Hernández; A Vidal Milla.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català D'Oncologia.

ID: 170

TÍTULO: SATISFACCIÓN DEL CLIENTE COMO INDICADOR DE CALIDAD

RESUMEN:
La implantación de un Sistema de Gestión de Calidad incluye entre sus objetivos la seguridad y satisfacción del cliente. Como método para obtener información relativa a la percepción del usuario y conocer los aspectos a mejorar, se diseña una encuesta anónima.
El objetivo, valorar el grado de satisfacción de los clientes (pacientes que acuden a la sala de extracciones de un Hospital), y mejorar los servicios ofrecidos por el laboratorio.
Participaron 100 pacientes de los 106 a los que se les ofreció de manera aleatoria a lo largo de una semana.
La encuesta se diseñó de acuerdo al capítulo 9.1.2 de la Norma UNE-EN-ISO 9001:2015 en lo relativo a satisfacción del cliente. El formulario constaba de una primera parte opcional con datos personales, un cuestionario con 8 preguntas (1. ¿Está satisfecho con el proceso de extracción?, 2. ¿Ha tenido que esperar mucho?, 3. ¿Le han informado previamente a la extracción de las condiciones adecuadas para la misma, según las pruebas que pide el volante?, 4. ¿Le parece correcto el horario establecido para extracciones? En caso contrario ¿qué horario preferiría?, 5. ¿Le parece cómoda la sala de espera?, 6. ¿En el momento de la extracción, le ha preguntado la enfermera su nombre?, 7. ¿Cómo ha sido el trato recibido durante la extracción?, 8. ¿Le ha parecido fácil el acceso a la sala de extracciones en este hospital?) y un apartado final para Observaciones y Sugerencias.
Hubo un alto grado de participación (94%), y valorando el cuestionario se observó que el 100% de los encuestados estaban satisfechos con el proceso de extracción, el 98% consideraban haber recibido un trato bueno/muy bueno, el 95% no habían esperado mucho y la gran mayoría, el 93%, habían sido informados previamente de las condiciones necesarias para la extracción. En cuanto al horario, el 97% de los encuestados lo consideraban adecuado, y respecto a la comodidad de la sala de espera, un 5% (relacionado con pruebas de larga duración) refería que las sillas eran incómodas. Sorprendentemente, un 43% respondió que no le habían preguntado su nombre antes de la extracción. Como observaciones indicaron: falta de información en la entrada de la sala de extracciones (horario y forma de pedir turno), situación alejada de la entrada principal para personas con dificultades de movilidad, y sala de espera pequeña.
En general el grado de satisfacción fue alto, pero atendiendo a las sugerencias de los clientes con la intención de mejorar los servicios ofrecidos por el laboratorio como organización, se llevaron a cabo las siguientes acciones: información referente al horario en la entrada de la sala de extracciones, carteles indicativos de pruebas preferentes e instalación de un dispositivo para pedir el turno. Además, se recordó al personal responsable de las extracciones la forma adecuada de identificar a los pacientes.
Dado el feedback obtenido con esta herramienta se propone su establecimiento como indicador de calidad con evaluación periódica.

AUTORES: Ruth Sáez De La Maleta Úbeda; S Gundín Menéndez; I Peña Pérez; J Fernández Castro; A Arrabal Alonso; MV Poncela García.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 171

TÍTULO: "BRONQUIOLITIS, MENOS ES MAS": CICLO DE MEJORA DEL PROCESO

RESUMEN:
La bronquiolitis aguda (BA) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria (AP) y en las urgencias pediátricas. No hay evidencia de que ningún fármaco sea eficaz para el tratamiento de la BA, centrándose su manejo en medidas de soporte. A pesar de las recomendaciones, persiste un exceso de uso de tratamientos innecesarios, siendo la BA paradigma de exceso de uso en pediatría
Reducir el exceso de uso de tratamientos innecesarios en niños con BA en AP y en el servicio de urgencias de pediatría y estandarizar el manejo de esta patología entre los distintos profesionales que atienden a los niños y sus familias
Durante dos epidemias de BA [octubre-marzo 2016-2017 (fase pre-intervención) y 2017-2018 (fase post-intervención),para evaluar los resultados alcanzados se definieron unos indicadores para monitorizar el impacto que estaban teniendo las mejoras implantadas en el proceso de manejo de la BA. Como medidas de control se utilizaron el % de visitas por BA a urgencias y hospitalización de los niños de las dos áreas incluidas en el estudio, el nivel de triaje, estancia en la unidad de observación, admisión en cuidados intensivos y reconsultas en 72 horas.
Se distribuyó protocolo de manejo de BA, posters informativos y chapas para colocar en los uniformes con el lema "Bronquiolitis, menos en más", con el objetivo de difundir las guías de práctica clínica consensuadas y sensibilizar también a las familias. Periódicamente los pediatras recibieron los datos de indicadores y se realizaron sesiones interactivas con informes de los resultados y discusión sobre las barreras y factores limitantes para trasladar las recomendaciones a la práctica.
Durante esta fase, se realizó un análisis de la experiencia de la familia, utilizando la metodología "customer journey map" y otras dinámicas grupales.
Los datos se recogieron de la historia clínica, mediante el programa de explotación de datos Oracle Business Intelligence (OBI) de Osakidetza/Sistema Vasco de Salud
Durante el periodo de estudio se atendieron 1129 episodios de BA en AP (658 en el periodo preintervención y 471 en el postintervención) y 1876 episodios de BA en el servicio de urgencias (1021 y 855 respectivamente)
En AP la prescripción de salbutamol se redujo de un 38.3% a un 15.9%, corticosteroides de un 12.9% a un 3.6% y antibióticos de un 29.6% a un 9.5%
En urgencias, salbutamol se redujo de un 13,8% a un 9.1% y el uso de adrenalina de un 10.4% a un 9% (no significativo). El uso de antibióticos no se modificó significativamente 2.4% a 3.1%. El uso de corticosteroides fue anecdótico.
La puesta en marcha de una iniciativa de control puede disminuir de forma segura el empleo de tratamientos innecesarios. La integración entre AP e urgencias, y el conocimiento de los datos de prescripción, es clave para la mejora. La incorporación de las familias en el diseño de la ruta aporta valor añadido a la misma y permite adecuarla a las necesidades sentidas de las mismas

AUTORES: Marta Montejo Fernandez[1]; V Martin Gonzalez[2]; I Benito Manrique[3]; N Paniagua Calzon[4]; R Benito Ruiz De La Peña[5]; J Benito Fernandez[6].

CENTRO DE TRABAJO: OSI BARAKALDO-SESTAO OSAKIDETZA[1, 2, 3]; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES OSAKIDETZA[4, 5, 6].

ID: 172

TÍTULO: ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE OPIODES: TÉCNICA DEL DOBLE CHEQUEO

RESUMEN:
El uso de fármacos opioides está muy extendido como tratamiento del dolor, pero en caso de producirse un error durante el proceso de utilización, pueden causar al paciente daños graves o incluso mortales. Durante los años 2016-2017, en la Unidad de hospitalización oncohematológica de nuestro centro, se notificaron 24 incidentes de seguridad relacionados con estos medicamentos.
Evaluar el nivel de implementación del procedimiento de "prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos de alto riesgo", para las infusiones de opioides y administración transdérmica de fentanilo mediante parches, en la Unidad de hospitalización de nuestro centro.
Ámbito: Unidad de hospitalización oncohematológica, ICO Badalona (Barcelona), años 2017 y 2018. Método: Estudio observacional de corte transversal. Se evaluaron en 44 pacientes portadores de fentanilo transdérmico, la variable estudiada fue la comprobación de la colocación del parche y registro en historia clínica en cada turno. En 38 pacientes portadores de infusión continua de opioides se analizaron las variables de etiquetaje del preparado, validación de la preparación por dos profesionales y registro en historia clínica, verificación de la velocidad de infusión e identificación activa del paciente antes de la administración.
En relación a la verificación de los parches de fentanilo en cada turno, en 2017 se realizó en el 67% de los casos y en el 68.7% en 2018. En los casos de infusión continua de opioides, se observaron correctas el 22% de las etiquetas en 2017 y el 100% en 2018. La verificación en el momento de la preparación fue efectuada y registrada en el 74% de los casos en 2017 y en 100% en 2018. La identificación activa del paciente antes de la infusión, se realizó en el 83% de las observaciones realizadas en 2017 y en su totalidad en 2018. La velocidad de infusión fue comprobada por los profesionales del turno de noche en el 72% de las infusiones de 2017 y en el 100% en 2018. Conclusiones: La implementación del procedimiento ha sido progresiva, mejorando el resultado de las variables analizadas entre la primera y la segunda auditoria. La verificación de la correcta colocación del parche transdérmico por cada turno, no ha alcanzado el estándar mínimo deseado (90%). Las variables monitorizadas en relación a las infusiones de opioides han alcanzado en su totalidad el cumplimiento. A pesar de no evidenciar disminución en las notificaciones de incidentes relacionados con este tipo de medicamentos, no se han notificado errores de administración y por tanto que hayan llegado al paciente. La implicación de las enfermeras de todos los turnos, en la verificación y control de la administración de opioides, ha supuesto una mejora en la cultura de seguridad del equipo y una barrera efectiva contra los errores que llegan al paciente.

AUTORES: A Jiménez Zárate; C Camps Guevara; C Fernández Rodríguez; A Manrique Palles; N Zarza Arnau; S Cabrera Jaime.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català Oncologia.

ID: 173

TÍTULO: METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE RIESGOS APLICABLE AL SECTOR SANITARIO

RESUMEN:
La seguridad del paciente es la dimensión esencial de la calidad asistencial. Implica desarrollar estrategias para reducir el riesgo de ocasionar daño innecesario, al paciente, asociado a la atención sanitaria. Los sistemas sanitarios son organizaciones de alto riesgo donde la probabilidad de que algo vaya mal y se produzcan errores es alta. La gestión del riesgo supone desarrollar actividades clínicas y administrativas específicas para controlar el riesgo asociado a la atención sanitaria. Implica la identificación y análisis de los riesgos a través de herramientas estructuradas y la propuesta de soluciones para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.
El objetivo principal del proyecto es diseñar una metodología de gestión de riesgos para la seguridad del paciente en base a la norma UNE 179003 de Gestión de Riesgos Sanitarios con el fin de :
-Identificar y valorar los riesgos a los que está sometido el paciente.
-Reducir los incidentes y los eventos adversos debidos a la atención sanitaria.
-Reducir o eliminar los peligros a los que pueda está sometido el paciente en su tránsito por el sistema sanitario.
-Gestionar de forma proactiva los riesgos.
-Minimización de costes y recursos asistenciales.
La gestión de riesgos en los servicios sanitarios es el conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un suceso adverso que afecte a las personas o a la organización y se ha estructurado en tres fases
1. Identificación del riesgo: A través de diferentes fuentes de información como la documentación clínica, información de los profesionales, indicadores, sistemas de vigilancia, sistemas de notificación, reclamaciones, encuestas a pacientes…
2. Análisis y evaluación del riesgo determinando la probabilidad de ocurrencia, las consecuencias del riesgo en caso de que se produzca y la posibilidad de prevención/detección con los controles que se encuentran implantados en la organización. Según su probabilidad, los riesgos se han clasificado en: RARO (1), IMPROBABLE (2), POSIBLE (3), PROBABLE (4), CASI CIERTO (5). Según sus consecuencias, en: INSIGNIFICANTE (1), BAJA GRAVEDAD (5), GRAVE (10), MUY GRAVE (15), EXTREMO O CATASTRÓFICO (25) y según la probabilidad de prevención/detención en: CASI SEGURA (1), ALTA (2), MEDIA (3), BAJA (4), CASI IMPOSIBLE/ REMOTA (5).
Una vez valorada la probabilidad (P), la gravedad de las consecuencias (G) y la posibilidad de Prevención/detección (D) se ha calculado el Número de Prioridad de Riesgo (NPR= PxGxD). Los NPR obtenidos, forman la base para la toma de decisiones y su prioridad, clasificándose en: ACEPTABLE (NPR < 25), MODERADO (25 < NPR < 45), SEVERO (45 < NPR < 65), EXTREMO (NPR > 65)
3. Elaboración de planes de acción que podrán ir destinados a la erradicación, reducción o mitigación del riesgo.
Se han identificado un total de 200 riesgos en la organización de los cuales según el NPR, 99 han resultado aceptables, 57 moderados 36 severos y 9 extremos.

AUTORES: Fátiva Vilela Vilar.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Juan Cardona.

ID: 174

TÍTULO: EDUCACIÓN TERAPÉUTICA INDIVIDUAL ESTRUCTURADA EN ATENCIÓN PRIMARIA, PARA PATOLOGÍAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

RESUMEN:
En consultas de enfermería y medicina de Atención Primaria (AP), solemos tratar patologías crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, dislipemias y obesidad, que suponen riesgo cardiovascular, suelen darse de forma conjunta y comparten en su abordaje la necesidad de adoptar hábitos de vida saludable y adherencia terapéutica.
Se recomienda centrar la educación sanitaria en los momentos clave de diagnóstico, revisiones anuales, aparición de complicaciones y cambios vitales.
Para estos pacientes la oferta de educación grupal es preferente, pero debemos proporcionar una alternativa si no es posible. Se ha diseñado un programa de educación terapéutica individual, basado en la evidencia, estructurado, acorde a los recursos humanos y materiales disponibles, con materiales educativos de apoyo y flexible a las necesidades de cada paciente.
- Optimizar la asistencia, priorizando la educación en momentos claves.
- Capacitar a los pacientes en el manejo eficaz de su enfermedad.
- Mejorar resultados en salud en función de objetivos individualizados para cada paciente.
- Retrasar la aparición de complicaciones, detectando precozmente las mismas.

Partimos de diferentes registros de seguimiento que variaban según patología, área de salud e incluso zona. El nuevo registro se está implantando en la nueva historia clínica unificada de AP.
Se han diseñado cuatro sesiones de educación individual unificada para aplicar a personas con diagnóstico de diabetes, hipertensión arterial, dislipemias y obesidad.
La primera sesión de captación es a demanda, se propone una duración de 16 minutos, en ella se explica al paciente en qué consiste el programa, abordando conocimientos básicos. El resto de sesiones son de 32 minutos y programadas. La segunda sesión, incluye toda la exploración física y aborda criterios de control, acordando objetivos con el paciente sobre la base de la entrevista motivacional. La tercera sesión se centra en educación sobre dieta y la cuarta en prescripción de ejercicio físico.
Todos los materiales educativos para utilizar con el paciente están incorporados de forma ordenada en las sucesivas sesiones y son coherentes con la evidencia actual y los medios disponibles.
El nuevo registro se está iniciando en las zonas básicas de salud que se están incorporando al uso de la nueva Historia clínica unificada común a toda la Comunidad Autónoma. Se va presentando a cada equipo en sesión. Cuenta con buena acogida entre los profesionales, pero es necesario monitorizar su uso y necesidades de mejora.

AUTORES: María Amada Pellico López[1]; M Gómez Oti[2]; B Josa Fernández[3]; A Andino Palacios[4]; JI Lavín Carcoba[5]; M Carrera Escobedo[6].

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Formación Gerencia de Atención Primaria[1, 2, 3, 4]; Dirección de Enfermería Gerencia de Atención Primaria[5, 6].

ID: 175

TÍTULO: PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

RESUMEN:
Según datos de marzo de 2018, tenemos 23.975 personas con dependencia reconocida en Cantabria, de los cuales un que un 34,9% tienen prestación por cuidados en el entorno familiar. El cuidado recae sobre la familia generalmente sin recibir ningún tipo de servicio o recurso de apoyo, con sobrecarga en relación a la conciliación de la vida familiar y laboral, lo que afecta a la salud y calidad de vida.
Tanto la persona dependiente como su cuidador son usuarios de nuestra Atención Primaria (AP) y debemos intervenir con ambos conjuntamente para prevenir, detectar a tiempo y tratar esa situación de sobrecarga.
Se ha diseñado un programa estructurado de sesiones para facilitar la intervención grupal con cuidadores informales en AP y será llevado a cabo por equipos multidisciplinares de enfermería, trabajo social y fisioterapia de cada zona. Todo el material se ha adaptado a la evidencia más reciente y los recursos humanos y materiales disponibles en los equipos de AP.
- Capacitar a los cuidadores en las tareas de cuidado de la persona dependiente.
- Proporcionar a las personas cuidadoras apoyo emocional y estrategias de afrontamiento con el fin de mejorar la autoestima personal y el autocuidado.
- Ofrecer un espacio en el que los cuidadores puedan compartir sus propias experiencias y sentimientos
- Reducir el impacto de la sobrecarga del rol del cuidador.

Se ha redactado un programa que describe destinatarios, objetivos, forma de captación, evaluación previa, desarrollo de sesiones y evaluación posterior. Se han diseñado los contenidos de ocho sesiones de periodicidad semanal que abordan estructuradamente los siguientes temas: presentación y cohesión del grupo, dependencia y cuidador, habilidades de cuidado, importancia del autocuidado, movilización y ejercicio físico, recursos disponibles y tiempo libre.
El programa se ha pilotado durante 2017 en una zona básica de salud, captando pacientes además de otras dos. Fruto de ese pilotaje se han incorporado las mejoras necesarias, finalizando la redacción en abril de 2018.
Todos los materiales están disponibles para los profesionales en la intranet de AP y serán revisados y actualizados periódicamente.
El programa se ha presentado a todos los responsables de los equipos de AP. Está previsto iniciar grupos en cinco zonas en el último trimestre de 2018.

AUTORES: María Amada Pellico López[1]; M Gómez Oti[2]; B Josa Fernández[3]; A Andino Palacios[4]; JI Lavín Carcoba[5]; V Vega Toca[6].

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Formación Gerencia de Atención Primaria[1, 2, 3, 4]; Dirección de Enfermería Gerencia de Atención Primaria[5, 6].

ID: 176

TÍTULO: DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS

RESUMEN:
La gestión de los riesgos (GR) y la Seguridad del Paciente (SP) son dos pilares fundamentales en los Sistemas de Garantía de la Calidad.
Los errores en los centros sanitarios pueden desencadenar consecuencias en la salud de los pacientes. Los sistemas de registros y notificación de eventos adversos (EA) permiten mejorar la seguridad de los pacientes alertando de nuevos riesgos potenciales, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad en la organización. El análisis de los datos generados a partir de estos sistemas, permite revelar tendencias y riesgos que requieren de vigilancia y seguimiento específico, así como también recomendar "buenas prácticas" a seguir.
El objetivo principal del proyecto es Diseñar e implementar un Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SiNEA), empleando una plataforma "open source" alojada en la red interna del centro, que permita:
Recopilar información de los EA
Sensibilizar a los profesionales sanitarios de la problemática de los EA.
Identificar, seleccionar, registrar y analizar incidencias que pudieran dar lugar a un EA para promover acciones que minimicen el riesgo de recurrencia.
Diseñar e implementar prácticas seguras para prevenir errores y sus consecuencias.
Se trata de un proyecto de diseño, implantación y evaluación de un Sistema de Notificación y Registro de Eventos Adversos (SiNEA), estructurado en cuatro fases; planificación y desarrollo, implantación, evaluación y feedback. Como herramienta de notificación se ha desarrollado una plataforma de software libre de alta robustez y versatilidad para la gestión de las notificaciones y la configuración de los formularios. En base a la evidencia científica, adaptada a las necesidades de la organización, se han diseñado 8 formularios de notificación de EA. Las notificaciones pueden ser generadas desde cualquier equipo informático del hospital con acceso a Internet. La comunicación es inmediata, anonimizada y bidireccional, generándose con cada registro un aviso en el correo electrónico del receptor. Los datos registrados, son almacenados en una base de datos exportable a ficheros de diversos formatos, para su tratamiento estadístico y para el cálculo automatizado de los múltiples indicadores de proceso y de resultados. Se elaboran informes semestrales para su comunicación a la Dirección y posterior publicación en la Intranet del centro, de forma que sea accesible a todo el personal, garantizando así el feedback.
Se ha detectado un aumento significativo en las notificaciones de EA, lo cual se asocia por un lado a una relevante mejora en la cultura de seguridad y por otro lado a todas las mejoras asociadas al nuevo sistema de notificación (agilidad, facilidad de uso, soporte guiado de cumplimentación de las notificaciones, anonimato…), El feedback contribuye de forma significativa en la implicación del personal que percibe de primera mano la aplicabilidad del sistema tanto a corto como a largo plazo.

AUTORES: Fátima Vilela Vilar; MM Castro Ramos; D García Amado.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Juan Cardona.

ID: 177

TÍTULO: NORMAS ISO: BENEFICIOS EN LA GESTIÓN SANITARIA DE UNA EOXI

RESUMEN:
Nuestra organización mantiene un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) conforme a la norma UNE EN ISO 9001 desde el año 2000. En la actualidad cuenta en su alcance del certificado 7 Servicios: Lavandería, Farmacia Hospitalaria, Análisis Clínicos, Aprovisionamientos, Microbiología, Servicio de Admisión y Documentación Clínica y Unidad de Formación Continuada.
Este año se establece ampliar el alcance cómo línea estratégica implantando los criterios de la norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente, en la Unidad de Diálisis, y la norma ISO 9001 Sistema de Gestión de Calidad: Requisitos en un Centro de Salud.
Describir los beneficios obtenidos tanto por los Servicios que integran el SGC así como reflejar la repercusión que ha supuesto para la organización y sus usuarios desde la experiencia de 18 años de desempeño de los procesos con el cumplimiento de criterios de las normas ISO.
Nuestra EOXI durante 18 años, en su compromiso con la mejora continua de la prestación del servicio al usuario y los profesionales, ha ido ampliando el alcance de su SGC. Adaptándose a los múltiples cambios organizativos del ámbito sanitario como las transiciones de las normas ISO.
1. Análisis del contexto organizativo interno y externo, del que se establece la línea estratégica
2. Identificación de las necesidades de las partes interesadas en cada proceso
3. Compromiso y pacto de objetivos de calidad con la Dirección
4. Identificación y análisis grupal de los riesgos y oportunidades
5. Identificación, seguimiento y análisis de objetivos, indicadores, riesgos, incidencias
6. Gestión por procesos, estableciendo la sistemática operativa de los procesos a través de la trazabilidad
7. Capacitación y formación del personal
8. Medición de la satisfacción del usuario
9. Herramientas de control y mejora: Auditorías

Los beneficios más substanciales son:
- La implicación, motivación y trabajo en equipo en cada Servicio que se incorpora al alcance del SGC
- La principal línea estratégica de gestión es el enfoque en la seguridad del paciente y gestión de riesgos
- La programación de reuniones de análisis de la información con la Dirección, reportan un nivel de comunicación y toma de decisiones.
- La gestión por procesos: sistematización de las actividades, medición de indicadores, trazabilidad, capacitación del profesional.

El mayor beneficio de las normas ISO en la EOXI de Ferrol es la motivación de los profesionales en participar en un cambio que repercuta en una mejora de la prestación asistencial y seguridad del paciente.

AUTORES: Juliana Martinez Espiñeira; A Fernandez Lopez; B Millor Sanesteban; Ja Pesado Cartelle.

CENTRO DE TRABAJO: EOXI de Ferrol.

ID: 178

TÍTULO: COMISIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

RESUMEN:
Los cuidados de heridas, principalmente crónicas, tienen un impacto importante en Atención Primaria (AP) por el número de personas afectadas, las posibles complicaciones, el coste en recursos humanos y materiales y la pérdida de calidad de vida de quién las padece.
Desde la Dirección de Enfermería de AP se trabaja dotar a los profesionales de pautas de actuación basadas en evidencia científica para la prevención y manejo óptimo de los pacientes con heridas crónicas (HC), para reducir la prevalencia, las complicaciones derivadas y conseguir una gestión efectiva de los recursos existentes.
En 2014 se creó la Comisión de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas en AP, grupo asesor de la dirección, formado por profesionales con experiencia y formación reconocidas en cuidado de heridas.
- Velar por la calidad de la práctica asistencial en el cuidado de úlceras por presión (UPP) y HC en AP.
- Asesorar en calidad asistencial; nuevas estrategias asistenciales, diagnósticas y terapéuticas; investigación, docencia y formación.

del ámbito asistencial, fue constituida en enero de 2014.
La comisión se viene reuniendo trimestralmente. Para las convocatorias se utiliza el correo electrónico corporativo de los miembros. Se hace acta de cada reunión, que se envía por el mismo medio. Se ha trabajado con el soporte una herramienta web compartida, accesible sólo a los miembros de la comisión.
Entre sus logros se pueden enumerar:
- revisión y normalización de los registros sobre HC para la historia clínica de AP
- valoración técnica y asesoramiento en relación a los productos sanitarios para el cuidado de HC
- consultoría como referentes para otros profesionales
- formaciones específicas y de actualización a profesionales concretos de cada equipo de AP y centros sociosanitarios
- pilotaje de nuevas terapias
- actualización de práctica clínica según evidencia.

Para la Dirección de Enfermería, contar con el asesoramiento de expertos clínicos en HC se traduce en adaptar al práctica basada en evidencia al trabajo diario, responder a las necesidades de formación de los profesionales y optimizar los recursos asegurando la calidad prestada a la población.

AUTORES: María Amada Pellico López[1]; M Gómez Oti[2]; B Josa Fernández[3]; A Andino Palacios[4]; V Vega Toca[5]; M Carrera Escobedo[6].

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Formación Gerencia de Atención Primaria[1, 2, 3, 4]; Dirección de Enfermería Gerencia de Atención Primaria[5, 6].

ID: 179

TÍTULO: DAFO INSTITUCIONAL: DE LOS PROCESOS A LA DIRECCIÓN Y DE LOS RIESGOS A LA ESTRATEGIA

RESUMEN:
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (HUC) HACE 10 AÑOS DECIDIÓ APOSTAR POR LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008 COMO UNA DE LAS LÍNEAS DE CALIDAD EN EL DESEMPEÑO DE SUS SERVICIOS. COMO RESULTADO ACTUALMENTE SE DISPONE DE UN SGC CON 41 PROCESOS CON 452 INDICADORES, 395 ACCIONES DE MEJORA Y 125 OBJETIVOS. EL CAMBIO DE LA VERSIÓN 2008 A 2015 HA OBLIGADO A INTRODUCIR ASPECTOS RELEVANTES: DEFINICIÓN DEL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN Y PARTES INTERESADAS COMO FUENTE DE ENTRADA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS QUE, POSTERIORMENTE, SERÁN PRIORIZADOS Y TRATADOS. LA MATRIZ DAFO ES UNA METODOLOGÍA SENCILLA Y BIEN CONOCIDA CAPAZ DE DEFINIR EL CONTEXTO DE NUESTRAS ORGANIZACIONES.ESTO SE ENTENDIÓ COMO UNA OPORTUNIDAD DE DEFINIR EL CONTEXTO DE NUESTRO HOSPITAL COMO ELEMENTO DE ENTRADA PARA CONSEGUIR IDENTIFICAR RIESGOS QUE POSTERIORMENTE TRAS SU ANÁLISIS SE TRANSFORMARÁN EN LÍNEAS ESTRATÉGICAS, ACCIONES DE MEJORA, OBJETIVOS PARA TODA LA INSTITUCIÓN, ADEMÁS DE UNA FORMA DE TRABAJAR CON UN GRAN NÚMERO DE PROFESIONALES.
INTRODUCIR LOS NUEVOS ASPECTOS DE LA ISO 9001:2015 EN NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.DEFINIR EL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN A TRAVÉS DE LOS PROCESOS CERTIFICADOS.CONSEGUIR MOTIVAR A NUESTROS PROFESIONALES Y A LA ALTA DIRECCIÓN Y DE ESTA MANERA MOTIVAR EL CAMBIO.
SE IMPARTIÓ FORMACIÓN SOBRE LA NUEVA NORMA ISO A LOS RESPONSABLES DE CALIDAD DE LOS PROCESOS EN 2017. DURANTE ESTA FORMACIÓN DIRIGIDA YA SE LES DABA LA COMPETENCIA NECESARIA PARA REALIZAR LOS DAFO, ASÍ COMO LOS FORMATOS PARA SU DOCUMENTACIÓN. EN CUANTO A LA FORMA DE REALIZAR EL DAFO, SE PREFIRIÓ NO LIMITARLA, PUESTO QUE SE ENTIENDE UNA METODOLOGÍA ABIERTA Y LIBRE Y CUALQUIER ENCORSETAMIENTO QUE SE PROPONGA PODRÍA SUPONER UNA PÉRDIDA DE INFORMACIÓN DE IMPORTANCIA. LA UNIDAD DE CALIDAD SE OFRECIÓ A COORDINAR O MOTIVAR LAS REUNIONES QUE FUERAN DEMANDADAS, TODOS LOS DAFOS TENÍAN QUE ESTAR FINALIZADOS EL 30 DE ABRIL DE 2018 PARA POSTERIORMENTE FILTRAR LA INFORMACIÓN PARA DEFINIR RIESGOS, OPORTUNIDADES Y AGREGAR LA INFORMACIÓN.
SE HAN FORMADO A UNOS 70 PROFESIONALES EN LA METODOLOGÍA DAFO Y LA ISO 9001:2015
SE HAN REALIZADO MÁS DE 50 REUNIONES CON LA PARTICIPACIÓN DE CERCA DE 140 PROFESIONALES INCLUYENDO JEFES DE SERVICIO Y EQUIPO DIRECTIVO.
SE HAN IDENTIFICADO UNAS 200 PROPUESTAS QUE HAN DADO LUGAR A 140 RIESGOS Y 80 OPORTUNIDADES. POSTERIORMENTE LA UNIDAD DE CALIDAD INTEGRÓ LA INFORMACIÓN DE TAL MANERA QUE UNIFICÓ, ESTRATIFICÓ POR DIMENSIONES O ELIMINÓ TODO LO QUE CONSIDERÓ PARA PROPONER UN DAFO INSTITUCIONAL VERTEBRADO DESDE LOS DAFO LOCALES EN LOS PROCESOS.
MÁS ALLÁ DE LAS PROPUESTAS, RESULTADOS Y DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA EL VALOR AÑADIDO DE DAR LA OPORTUNIDAD A LOS PROFESIONALES EN IMPLICARSE EN LA GESTIÓN DE LA INSTITUCIÓN
DISPONER DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE 41 PROCESOS QUE DE ALGUNA MANERA ABARCA GRAN PARTE DE LA INSTITUCIÓN NOS PROPORCIONÓ UNA HERRMIENTA POTENTE PARA INTENTAR COORDINAR UN DAFO INSTITUCIONAL ARTICULADO A TRAVÉS DE ESTOS.

AUTORES: Javier Hugo Duque Arimany; MP Rodríguez Díaz; AL Batista López.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

ID: 180

TÍTULO: CURSOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: ¿PARA QUÉ?

RESUMEN:
La Seguridad del Paciente se ha convertido, desde hace ya algunos años, en un objetivo esencial de los sistemas de atención sanitaria siendo la piedra angular de la calidad en la atención sanitaria y necesita enfoque tanto individual como de equipo.
Los sistemas de notificación y registro de incidentes y eventos adversos recopilan problemas de seguridad tanto reales como potenciales, y ofrecen información sobre la realidad asistencial de los centros sanitarios. Su objetivo principal es analizar la información, aprender de la experiencia, y sugerir cambios en el sistema para evitar que los incidentes se repitan. Estos sistemas de notificación forman parte de la "Cultura de Seguridad" de una organización sanitaria, en la que se asume que los errores son debidos a fallos en el sistema, y se producen porque las barreras de seguridad han fallado, entendiendo los eventos adversos como oportunidades para mejorar. En la actualidad, son parte de la línea estratégica de seguridad del paciente en sistema sanitario de nuestra comunidad
A pesar de los beneficios potenciales de estos sistemas, los incidentes notificados no superan el 5% de total de incidentes reales en una organización sanitaria para ello se han propuestos cursos para la difusión de SiNAPS a todos los profesionales de Atención Primaria con el fin de aumentar las notificaciones y la seguridad del paciente
Establecer un circuito para la identificación de los incidentes de seguridad en el ámbito de AP
Difundir los conocimientos básicos sobre seguridad del paciente a los profesionales de Atención Primaria y 061
Capacitar a los profesionales de Atención Primaria y 061 para la identificación y la notificación de incidentes y su notificación por el SiNASP
Evaluar el número de notificaciones antes y después de los cursos
Se organizaron 4 ediciones del curso SiNASP para profesionales de Atención Primaria:
Primera edición17 de octubre 2016 al 5 de dicembre 2017
Segunda edición: 6 marzo 2017 al 2 de mayo del 2017
Tercera edición: 2 octubre 2017 al 20 noviembre 2017
Cuarta edición: 5 de marzo 2018 al 30 abril 2018
El curso esta estructurado en 3 módulos temáticos y un taller presencial donde se explica la herramienta informática y se realizan notificaciones
Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de atención Primaria con Cursos/programas de formación en seguridad del paciente presenciales-on-line donde se transmite a los profesionales que notificar es útil, que genera cambios, y que el tiempo empleado en notificar, es tiempo ganado, motivan y favorecen las comunicación de incidentes de seguridad , aumentando significativamente las notificaciones recibidas sobre todo tras la realización del taller.
En cada una de la ediciones podemos estimar un aumento del 40%-60% de notificaciones tras la realización del curso por lo que podemos concluir que es una herramienta útil para aumentar la seguridad del paciente y motivar a la notificación

AUTORES: Beatriz Josa Fernádez[1]; C Toca Incera[2]; A Velez Escalante[3]; M Del Amo Santiago[4]; A Pellico López[5]; M Gómez Oti[6].

CENTRO DE TRABAJO: GAP: Centro de Salud Montaña[1]; Centro de Salud Altamira[2, 3]; Centro de Salud Puertochico[4]; Unidad de Formación GAP[5, 6].

ID: 181

TÍTULO: CONSUMO DE SOLUCIONES DE BASE ALCOHÓLICA COMO INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS

RESUMEN:
Desde el año 2011 comenzamos, en nuestra organización sanitaria, a medir el consumo de soluciones de base alcohólica en las unidades de hospitalización, tratando de obtener un indicador basado en el consumo que nos permitiese poder evaluar la mejora en el cumplimiento de la adecuada higiene de manos, según los parámetros de la OMS en relación a su higienización con solución de base alcohólica en los cinco momentos determinados por la Organización Mundial de la Salud.
Principal.- Medir el consumo de solución de base alcohólica, y establecer su evolución dentro de nuestra organización. en los últimos siete años, dentro de las unidades de hospitalización.
Secundario.- Medir el mismo indicador en la totalidad de centros de atención primaria en los años 2013 (referencia primera) y el seguimiento de los años 2016 y 2017
Estudio observacional retrospectivo longitudinal de un período de siete años (2011-2017).
Extracción de datos de consumos anuales desde el aplicativo de Aprovisionamientos por parte de la responsable de dicho departamento.
Se establece la medición en para Atención Especializada en el valor Nº litros entregados x 1000 / Nº pacientes-días (estancias) para todas las unidades de hospitalización
Para Atención Primaria se establece en: Nº litros PBA entregados x 1.000 / nº consultas-dias
Se observa un importante incremento en el consumo de productos de base alcohólica en Atención especializada, habíendose casi triplicado la cifra de consumo en litros:
Año 2011.- 6,35 litros entregados x 1000 / Nº pacientes-días (estancias)
Año 2017.- 16,13 litros entregados x 1000 / Nº pacientes-días (estancias)

El consumo en Atención Primaria ha aumentado, si bien se partía de unas cifras que podemos calificar de muy pobres.
Año 2013.- 0,0024 litros de PBA entregados x 1000/ nº consultas/dias
Año 2017.- 0,12 litros de PBA entregados x 1000/ nº consultas/dias

Conclusiones.- A pesar del incremento del consumo de productos de base alcohólica, el mismo se ha obtenido de modo muy gradual y en un importante período de tiempo, lo que nos hace concluir que debemos seguir con los programas de mejora entre el personal del cumplimiento de las directrices de la OMS para la higiene de manos

AUTORES: Jose Angel Pesado Cartelle; J Martínez Espiñeira; B Millor Sanesteban; A Fernández López; MD Mariñas Placer.

CENTRO DE TRABAJO: EOXI Ferrol.

ID: 182

TÍTULO: ¿QUÉ NOS CUENTAS MOSP?

RESUMEN:
Con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente, una de las principales recomendaciones es la implementación de una cultura de seguridad del paciente, entendida como la suma del conocimiento y las actitudes cotidianas del equipo, que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud y que impulsa al personal a hacerse responsable de sus actos, investigando la ocurrencia de los eventos adversos y tomando las medidas necesarias en casos que lo requieran
Analizar la cultura de seguridad en la atención de los pacientes es importante, porque permite identificar las fortalezas y oportunidades hacia la mejora continua de la atención y minimizar las repercusiones de los eventos adversos.
Con el fin de evaluar la cultura de seguridad en el ámbito de Atención Primaria se decidió evaluar la seguridad a través de la encuesta MOSPS
Promover una cultura de seguridad en el ámbito de la atención primaria
Evaluar hasta qué punto la cultura de seguridad transmite la importancia de la seguridad del paciente, facilita el trabajo en equipo, la discusión abierta sobre los errores y crea un clima de aprendizaje y mejora continua.
Estudio descriptivo transversal, con aplicación de la Encuesta MOSPS (Medical Office Survey On Patient Safety Culture de la AHRQ) versión para España traducida , adaptada y validada para Atención Primaria.
El criterio de inclusión de los participantes: todos los profesionales de Atención Primaria
Se invito a los profesionales a participar a través de la Intranet y correos corporativos de los mismo
El instrumento se aplicó en versión electrónica diseñada como formulario de Google Drive, la cual arrojó frecuencia y proporción de respuestas obtenidas.
De las 84 encuestas recibidas obtuvimos los siguientes datos:
La edad media fue de 49 años . El 42,9% eran médicos y el 28,6% enfermera/ matrona. La mayoría llevaban entre 3 a menos 6 años (23,8%) vinculados con la institución seguidos de 1 año a menos de 3 año (19 %); trabajaban entre 33 a 40 h semanales (84,5 %), o entre 25 y 32 h (12,5%%).Segón la situación laboral 61,9% eran fijos y 39,9% interinos,
Ninguna de las dimensiones fue considerada fortaleza o debilidad; porque ninguna de las respuestas positivas estuvo por encima del 75 % y ninguna respuesta negativa estuvo por debajo del 60 %.
Hubo dimensiones bien calificadas como las puntuaciones globales sobre la calidad (bueno- muy bueno) que miden aspectos de la calidad asistencial como efectividad, puntualidad, eficiencia, equidad y atención centrada en el paciente
Las dimensiones con menor puntuación positiva fueron apoyo al liderazgo y la dimensión aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad, que se refiere al acceso a la atención sanitaria,
La cultura de seguridad del paciente no se cataloga como una fortaleza ni como una debilidad, no obstante, la puntuación global de seguridad del paciente fue calificada como positiva.

AUTORES: Beatriz Josa Fernández[1]; A Velez Escalante[2]; C Toca Incera[3]; A Andino Palacios[4]; M Del Amo Santiago[5]; A Pellico López[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gap: centro de Salud Montaña[1]; Centro de Salud Altamira[2, 3]; Unidad de formación GAP[4, 6]; Centro de Salud Puertochico[5].

ID: 183

TÍTULO: VALOR AÑADIDO PARA EL PACIENTE CON LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD TRANSVERSALES

RESUMEN:
Habitualmente, la implantación de los sistemas de gestión de la calidad, se implantan por Servicios o Unidades específicos. Posteriormente, se suelen certificar mediante la Norma ISO 9001. Este modo de actuación está diseñado desde el punto de vista de la organización pero no desde el paciente. Cada Unidad o Servicio está contemplado como un sistema aislado que, en el mejor de los casos, indica las conexiones con otras Unidades o Servicios el esquema del correspondiente proceso.
El objetivo de este trabajo es exponer nuestra experiencia en el diseño de sistemas de gestión de la calidad diseñados desde el punto de vista de los que le importa al paciente; esto es, mediante el diseño de procesos transversales a la organización que siguen el camino que recorre el paciente a través de la misma durante su proceso asistencial.
Definición de Procesos asistenciales desde 2006 y certificados según la Norma ISO 9001 en la actualidad en la versión ISO 9001:2015). En una primera etapa, se realizan implantaciones en Servicios específicos, principalmente centrales. Posteriormente, se establecen equipos de trabajo multidisciplinares que implantan sistemas de gestión de la calidad en áreas transversales a la organización: cuidados enfermeros en la hospitalización médica, cuidados enfermeros en la hospitalización quirúrgica, seguimiento y cuidados en el tercer trimestre, parto y postparto, proceso del bloque quirúrgico, atención sanitaría en la urgencia general, pediátrica y ginecológico-obstétrica, Admisión, y Documentación clínica, provisión y distribución de bienes y servicios, etc.
Esta forma de actuación hace que un paciente que sea atendido en el hospital esté en todo momento dentro de un sistema de gestión de la calidad que tiene al paciente como foco principal. Por ejemplo, en el caso de un paciente que ha de ser intervenido quirúrgicamente de forma programada, el paciente llega a la entrada y se le adjudica cama (Admisión), llega a su habitación (cuidados enfermeros quirúrgicos), llega al quirófano donde es intervenido y pasa a reanimación (Bloque quirúrgico), pasa a la habitación (Cuidados enfermeros quirúrgicos) hasta el alta (Admisión). Todas las pruebas analíticas se encuentran dentro de los correspondientes sistemas de gestión de Análisis Clínicos, hematología y Microbiología, así como la medicación (sistema de gestión de la calidad de Farmacia). A nivel más general, el sistema de gestión de provisión de bienes y servicios revisa y dispone del material fungible necesario para las actuaciones.
El sistema que se desarrolla desde hace más de 10 años implica el diseño y mantenimiento de los procesos transversales mediante equipos de trabajo específicos y, en cada uno de ellos, se siguen y analizan las opiniones y sugerencias del paciente desde el punto de vista de su trayectoria en el hospital. Esto permite conocer mejor sus necesidades ya que el sistema se pone en su mismo punto de vista y no desde las unidades y servicios aislados como es habitual.

AUTORES: Rosa Fernández Lobato; J González Revaldería; M Carrión Bolaños; A Garrigós Garnica; MA Andrés Molinero.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Getafe.

ID: 184

TÍTULO: ¿QUIÉN, COMO, CUANDO? UN ESTUDIO DE LAS CAÍDAS

RESUMEN:
Las caídas ocupan el sexto puesto en la lista de eventos centinela que publica periódicamente Joint Commission International. Las tasas de caídas varían en función del entorno y el método de medición, lo que explica la gran variabilidad en la incidencia de caídas en hospitales a nivel mundial
Analizar los registros de las caídas en pacientes hospitalizados y utilizar los hallazgos de la investigación para avanzar en la seguridad del paciente y la mejora de calidad de los cuidados.
Análisis descriptivo retrospectivo de las caídas de adultos hospitalizados, notificadas en el registro de caídas del hospital, durante 2016, excluyendo las Unidades de Críticos.
En el momento del ingreso, los pacientes son valorados utilizando la Escala de Riego de Caídas ERICA (adaptación de la Escala Stratify), que clasifica a los pacientes en “bajo riesgo” (puntuación < 9) o “alto riesgo” (puntuación >= 9). El dato relativo al riesgo es registrado en el programa GACELA, de donde se han extraído los datos del estudio.
Se han registrado 263 caídas, lo que representa una tasa de caídas de 7,9 / 1000 ingresos en 1 año.
El 60,5% (n=159) de las caídas se han producido en pacientes clasificados con “bajo riesgo de caída”. En el 53,4% (n= 140) de los casos no hay registro de la reevaluación del riesgo entre el ingreso y el momento de la caída y el 3.2% (n= 5) la evaluación del riesgo se registró después de la caída.
Perfil del paciente: 59% hombres y 41 % mujeres, el 76% mayor de 65 años. En relación a los factores de riesgo evaluados, el perfil del paciente que sufre una caída es orientado (68%), sin alteraciones en la visión (72%), sin alteración del patrón urinario (66%), con inestabilidad al caminar (44%) y de los pacientes precisa de ayuda parcial (52%).
Escenario en el que se produce la caída: en la habitación (73%), con Iluminación general (52%), estando en bipedestación o desde la camal/sillón (37%-30%), sin acompañamiento (69%), y durante el turno noche (43%)
Conclusiones
Tras la valoración de los datos obtenidos y teniendo en cuenta que los instrumentos de evaluación de riesgos de caída por sí solos no previenen caídas, solo las predicen. Consideramos:
-Es necesario evaluar y registrar el riesgo de caídas en los pacientes en el momento del ingreso y reevaluar a los 7 días, siguiendo las recomendaciones la Guía fase para la prevención y actuación ante una caída.
-Es necesario redefinir la valoración del riesgo de caídas siguiendo las últimas recomendaciones del MSSSI y la Guía fase para la prevención y actuación ante una caída que recomiendan utilizar tres preguntas de cribado.

AUTORES: Virginia Flor Morales; P Calvo Martin; Y Doalto Muñoz; A Gutierrez Briz; S Moya Mier; N Perez Aller.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marques de Valdecilla.

ID: 185

TÍTULO: PREVENCION DE CAIDAS: DEL AMBITO AL PACIENTE

RESUMEN:
Las caídas son la causa predominante de lesiones en mayores y causa principal de muerte accidental en personas de más de 65 años y originan una elevada morbilidad. Aproximadamente entre un 30-50% de las personas mayores se caen cada año y cerca de la mitad de ellas se caen más de una vez.
Cabe destacar que las caídas son prevenibles, están determinadas por factores de riesgo individuales y ambientales sobre los que habrá que actuar para reducir su incidencia.
Las caídas son un problema de salud pública tanto por su alta prevalencia como sus consecuencias clínicas que implican un elevado coste sanitario y social para la comunidad, directo (asistencia sanitaria, tratamiento, rehabilitación) e indirecto (cuidados, discapacidades, dependencia, pérdida de productividad, pensiones por viudez o invalidez, institucionalización…)
-Mejorar la seguridad del paciente, gestionando de manera integral la prevención de caídas
-Mejorar la comunicación entre los nivele asistenciales de cara a prevenir las caídas de pacientes
-Educar a los pacientes mayores susceptibles de caídas para prevenir las mismas
Se utiliza como herramienta la aplicación informática “Osanaia” donde se realiza tanto la valoración de riesgo de caídas como el registro. Cuando se produce una caída en el ámbito hospitalario y se registra, la supervisora encargada de la gestión de caídas, realiza un análisis de causas identificando aquellos factores contribuyentes. Además de ponerse en marcha las medidas preventivas y correctivas necesarias, se informa a AP de que ese paciente ha tenido una caida durante el ingreso. Esta notificación se realiza por teléfono directamente con la enfermera del CUPO, y posteriormente se comunica por email. la enfermera de AP , revisa en historia si ese paciente tenía realizada la valoración de riesgo en su domicilio y si no es asi, concertaría una visita al domicilio y da consejo al paciente/cuidadores. Así mismo, una vez realizada esta valoración, se organizan talleres formativos para aquellos pacientes que cumplen criterios: población mayor de 65 años susceptibles de tener caídas se utilizara la metodología “learning by doing” que consistirá en talleres teórico-prácticos. Al de 6 meses de haber realizado estos talleres se hará un seguimiento de los pacientes que hayan participado
Este proyecto se implanto en enero de 2018. El 100 % de las caídas han sido comunicadas a AP. De las 14 caídas comunicadas más del % tenían realizada la valoración del riesgo de caídas. De las que no tenían realizada la valoración más del 90 % se le ha realizado tras la comunicación.
La comunicación de las caídas producidas en los diferentes ámbitos asistenciales contribuye a mejorar la prevención de las caídas.
La detección de pacientes con riesgo de caídas durante los ingresos hospitalarios ayuda a la identificación de pacientes en AP.
Estrategias compartidas entre ambos niveles asistenciales contribuyen a la mejora de la seguridad clínica.

AUTORES: Ana Prado De Basterrica; V Martin Gonzalez; L Guerrero Gabari; A Caballero Herrera; JL Juez Senovilla; M Buruaga Berrojalbiz.

CENTRO DE TRABAJO: OSI BARAKALDO-SESTAO OSAKIDETZA.

ID: 186

TÍTULO: PROCESO DE DESARROLLO DE UN PROYECTO DE GESTIÓN COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES

RESUMEN:
En el seno de una organización sanitaria, donde diariamente se llevan a cabo centenares de actos clínicos, articulada en diferentes niveles de atención e integrada por múltiples centros asistenciales y un gran número de profesionales, la seguridad del usuario es uno de los componentes que deben estar presentes en el concepto calidad cuando hablamos de la atención sanitaria.
La calidad y por ende la seguridad de los servicios sanitarios depende en buena medida de la intercomunicación entre los diferentes profesionales que intervienen en un proceso dado que la información es fundamental para tomar decisiones correctas acerca de las necesidades del paciente.
La transferencia de información es uno de los momentos frágiles que puede conllevar errores relacionados con una inadecuada o incompleta comunicación entre profesionales.
- Proporcionar al equipo que coordina la transferencia del paciente, un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios, para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación.
- Cambio de cultura de los profesionales en relación con el concepto de seguridad del paciente.
- Garantizar la implicación de todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención al paciente.
- Reducir errores asociados en la atención del paciente.
Propuesta de la necesidad de generar un documento que unificara la práctica asistencial por parte de los responsables de las Unidades con mayor impacto sobre la transferencia de pacientes.
Para poderlo realizar los pasos iniciales fueron conseguir el apoyo de la Dirección Gerencia del Área y los responsables de todas las Áreas.
Se estableció un calendario para el desarrollo del documento final que se obtuvo con la participación adicional de todos los responsables, lo que permitió la redacción de un documento que recogía las inquietudes y necesidades de los diferentes niveles de intervención en relación con la seguridad del paciente.
Se procedió a la difusión del documento final a través de la web del Área, correo electrónico y sesiones informativos durante un mes y con un total de 17 y 234 asistentes.
La redacción del documento para todo un Área de Gestión Sanitaria es resultado de tres meses de intenso trabajo y la participación de un elevado número de profesionales y responsables de la diferentes Unidades del Área.
Es por ello, que este protocolo es importante y dada la implicación de toda la organización sanitaria del Área, y por tanto recogen los diferentes escenarios clínicos con los criterios de seguridad de los distintos niveles de asistencia al paciente.
Nuestra hipótesis para explicar esta diferencia está en la dispersión de centros y la dificulta para difundir eficazmente la estrategia de trabajo entre los profesionales.
Sorprende gratamente el alto nivel de adhesión por parte de los profesionales lo que nos invita a proyectar a futuro la realización de una encuesta de satisfacción con fines de control de calidad

AUTORES: Daniel Moral Alguacil; M Lupiañez Bueno; S Jurado Fernandez; F Ruíz Medialdea; JA Bandera Sánchez; O Molina Merida.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Comarcal de la Axarquía.

ID: 187

TÍTULO: UNA HERRAMIENTA PARA CONOCER LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

RESUMEN:
El Hospital dispone de 15 procesos certificados según la Norma ISO 9001:2015. En ella se establece que la organización debe conocer las necesidades y expectativas de las partes interesadas. Hasta ahora las encuestas de satisfacción son la herramienta más utilizada sin embargo la tasa de respuesta es cada año es más baja.
Utilizar una técnica de investigación cualitativa, el grupo focal, para conocer las necesidades y expectativas de los principales clientes internos del Servicio de Microbiología.
Los participantes se seleccionaron de forma intencional optando por los miembros de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (CIPA) pues en ella están representados los servicios más demandantes de pruebas microbiológicas para el diagnóstico clínico. El número total de integrantes del grupo focal fue de 13.
Se convocó una reunión de carácter extraordinario, el lugar de encuentro fue la sala donde se reúne habitualmente la comisión. La reunión fue dirigida por un moderador, basándose en un guion previamente elaborado que incluía preguntas abiertas donde se abordaban los principales temas de interés relacionados con la atención prestada por el Servicio de Microbiología. Se contó con la presencia de un observador. Al inicio de la reunión se informó a todos los asistentes de la metodología a seguir y todos dieron su aprobación. La duración de la sesión fue de una hora.
La información aportada por el grupo se clasificó en 4 categorías, que se han identificado como áreas de mejora:
1. Notificación de sugerencias: se detectó que los profesionales desconocen la existencia de un sistema de comunicación de sugerencias al Servicio de Microbiología. Se propuso la difusión del mismo a través del Grupo de mejora de los Laboratorios.
2. Comunicación de resultados de hemocultivos: se propuso buscar alternativas para la comunicación de resultados durante las guardias, además de la emisión de informe en la aplicación de hemocultivos con el objetivo de mejorar los tiempos de respuesta y las decisiones clínicas.
3. Gestión de incidencias Pre-Analíticas: se detectó que el actual sistema de gestión no es útil para muestras provenientes de las Consultas. Se propone pilotar en la Consultas de Infecciosas un sistema alternativo.
4. Informe de resultados: se propone que los cambios en los valores de los puntos de corte de las CMI se incluyan en el informe de sensibilidad antimicrobiana que elabora el servicio anualmente
El grupo focal es una técnica útil para conocer las necesidades y expectativas de los clientes internos, permitiendo la identificación de áreas de mejora.
La estrategia de seleccionar a los miembros de la CIPA como integrantes del grupo permitió obtener información de gran utilidad favoreciendo una atmosfera de confianza entre los participantes.
Los resultados obtenidos evidencian la rentabilidad de esta herramienta y sirven como base para su planificación e implementación en otros procesos.

AUTORES: Virginia Flor Morales; M Hernandez Pereña; A Rodriguez Fernandez; E Tirilonte; J Calvo; MC Fariñas Alvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marques de Valdecilla.

ID: 188

TÍTULO: EL PACIENTE AUDITOR DE PRÁCTICAS SEGURAS. PERSPECTIVA DE PACIENTES, PROFESIONALES, EXPERTOS EN SEGURIDAD Y GESTORES

RESUMEN:
La probabilidad de eventos de seguridad es elevada e instituciones tanto nacionales como internacionales (OMS, etc.) están realizando importantes esfuerzos para disminuirlos.
Cada vez cobra mayor importancia la participación del paciente como elemento clave en la seguridad de las organizaciones sanitarias. El abanico de posibilidades de participación del paciente es amplio y va desde el diseño del proceso a la evaluación de resultados.
Un elemento básico en la seguridad de pacientes es conocer la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras. Sin embargo, su evaluación no es sencilla. Entre otras dificultades, supone un elevado consumo de recursos y tiempo, además del sesgo del observador en el caso de que lo realice un profesional.
Gran parte de los eventos adversos ocurren durante el proceso asistencial, junto al paciente. Por ello, se propone un nuevo rol del paciente: el paciente auditor. El paciente auditor es un paciente conocedor del entorno asistencial, formado por la organización en las prácticas seguras a observar y que colabora con ella de forma anónima identificando el cumplimiento de las mismas mientras recibe asistencia sanitaria.
Antes de incorporar esta nueva figura, la organización tiene que conocer las ventajas, desventajas y requisitos que tanto la organización como el paciente deben cumplir.
Conocer la percepción de pacientes, profesionales, expertos en seguridad y gestores de organizaciones sanitarias respecto a incorporar a pacientes como auditores de prácticas seguras.
Se han analizado e identificado las dimensiones de 5 grupos focales de pacientes, profesionales, expertos en seguridad y gestores (2).
En los grupos focales han participado 33 personas.
Entre los aspectos positivos destacan que se mejorará la seguridad del centro y la evaluación será más eficiente. Los pacientes sentirán que participan de forma activa en la seguridad de la organización. La figura del paciente auditor puede servir también para evaluar otros aspectos no relacionados con la seguridad del paciente.
Entre los aspectos negativos indican la posible repercusión mediática, la sensación de “Gran hermano” que pueden sentir los profesionales, la alteración en la relación profesional- paciente, y el cambio en la percepción de seguridad de los pacientes.
Antes de introducir este nuevo rol se requiere que la organización haya alcanzado una cultura y madurez en seguridad y los profesionales hayan recibido formación específica sobre prácticas seguras e información del papel del paciente auditor. También se requiere reclutar y formar a una cohorte de pacientes y habilitar los dispositivos que permita el reporte confidencial de los datos.
Según los participantes el paciente auditor es un rol innovador que puede mejorar la seguridad y participación de los pacientes pero su implementación no está exenta de riesgos y requiere poner en marcha en las organizaciones un conjunto de acciones previas para que esta iniciativa tenga éxito.

AUTORES: Isabel Irigoyen Aristorena; I Rodrigo Rincon; B Tirapu Leon; M Antelo Caamaño; M Sarobe Carricas; J Lobo Palanco.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario De Navarra.

ID: 189

TÍTULO: ATENCIÓN PEDIATRICA EN UN CENTRO DE SALUD: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD CON PEQUEÑOS CAMBIOS

RESUMEN:
El actual modelo de Pediatria en Atención Primaria, con gran peso del Programa de Actividades Preventivas del niño sano, ha provocado escasa dedicación de los pediatras al control de la patología crónica, fundamentalmente por falta de tiempo, así como una excesiva dependencia de las familias. Otra consecuencia de este modelo, es la falta de tiempo para dar respuesta a la visita espontánea en el mismo día. Por todo esto, una línea prioritaria de nuestro plan estratégico 2016-20 fue definir el nuevo modelo de Atención Pediátrica con mayor implicación y autonomía de enfermería.
Definir un nuevo modelo de Atención pediátrica. Evaluar su impacto en la accesibilidad a las consultas de pediatría.
Reunión de la dirección y los profesionales de pediatría , 4 pediatras y 4 enfermeras de pediatría, con una población asignada de 5816 usuarios.
Análisis de la situación, evaluando la accesibilidad a las consultas de pediatría, el número de revisiones de niño sano por agenda y las visitas a urgencias de los niños menores de 15 años
Propuesta de cambio tanto en el número de revisiones como de quien tenía que realizarlas (conjuntas con pediatra y enfermera o enfermeria sola, eliminando las revisiones de 18 meses y transformando las cuatro de pre y adolescente en dos. Las revisiones de 1, 4 y 6 meses las realizara únicamente enfermería.
Se impartió un curso de formación para las enfermeras de pediatría, con la finalidad de mejorar sus competencias , realizado por los propios pediatras para una mayor implicación en el cambio
Se implanto el cambio de agendas pediátricas en enero de este año consensuado con los profesionales
Hemos comparado el primer trimestre de 2017 con el mismo periodo de 2018 post intervención. En agendas de pediatría, las revisiones han pasado de 694 a 534, lo que suponen generar 320 visitas de cita previa, de 10 minutos, accesibles para patología, sin sobrecargar la agenda del profesional.
En las consultas de enfermería, se ha pasado de 865 visitas con cita previa a 1926, siendo el 82% revisiones que antes se hacían con el pediatra y técnicas .Se han duplicado las visitas telefónicas en todas las consultas.
Las demandas urgentes han disminuido un 5,8% en las consultas de los pediatras, y se han atendido un 5,1 % menos en Atención Continuada.
La accesibilidad a las consultas , ha pasado del 53,21% a las 48 horas en 2017 a un 63,66% post intervención.
Con este nuevo modelo, los niños pueden acceder más fácilmente a su pediatra, fundamentalmente para patología que no puede esperar y para el control de enfermedades crónicas descompensadas, evitando de esta forma acudir al servicio de urgencias.
El papel de enfermería es fundamental en la prevención del niño sano, como demuestran los datos y el hecho de que la población lo ha aceptado de forma natural, sin ninguna reclamación

AUTORES: Lidia Rios Valles; I Moran Valles; O Doblado Lopez; R Gonzalez Hidalgo; A Alejos Tena; M Martin Quilez.

CENTRO DE TRABAJO: ABS Cambrils.

ID: 190

TÍTULO: ADICTOS AL FENTANILO...Y AHORA QUÉ?

RESUMEN:
Los opiaceos son compuestos que poseen propiedades farmacológicas de un alto interés terapéuticoy han sido ampliamente utilizados en clínica, sobre todo por sus efectos analgésicos.
Sin embargo, estas sustancias tienen una gran capacidad adictiva y su administración incontrolada y fuera de ficha técnica pueden originar la aparición de un cuadro de dependencia.
Dentro del ámbito del SNS ha habido un aumento progresivo del uso de los preparados con fentanilo de liberación inmediata, habiéndose duplicado el consumo en 2016 con respecto al 2010, según datos de AEMPS.
Actualmente en la Comunidad hemos apreciado un aumento del consumo de estos fármacos, percibiendo riesgo de dependencia,por lo que se ha realizado una revisión de todos los paciente con prescripción de fentanilo de liberación rápida
Moderar la prescripción de fentanilo de acción rápida fuera de ficha técnica
Valorar el riesgo de adicción clínicamente o mediante escalas de medición (COMM / SOAPP-R)
Vigilar a los pacientes que reciben dosis altas, tratamientos prolongados y en riesgo de abuso.
Informar a los pacientes y a sus familiares sobre los riesgos al uso crónico de opioides.
Comunicar a los sistemas de notificación de errores y a farmacovigilancia todos los casos de mal uso y abuso detectados.
Detección dependencia/adicción
Se desarrollo una estrategia en 2 partes:
Uso y control de la prescripción de Fentanilo de liberación rápida para DCNO
Limitar número de envases máximo por receta
Validación/ aprobación por el comité corporativo de farmacia para tratamientos prescritos fuera de ficha técnica cuando se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas, para ello habrá que aportar :
Informe médico donde justifique el uso del medicamento y pauta a seguir
Consentimiento informado firmado por el paciente tras la explicación de los riesgos y beneficios
Seguimiento de los pacientes DCNO tratados con fentanilo de liberación rápida
Valorar riesgo de adicción
Seguimiento estrecho de los pacientes con DCNO tratados con fentanilo de liberación rápida
Detección y tratamiento de los casos de dependencia y adicción.
Se derivaran a las Unidades Conductas Adictivas para su evaluación, con el fin de ofrecer un tratamiento individualizado según las necesidades y características de cada paciente.
La finalidad de este estrategia va encaminada a evitar el La finalidad de este estrategia va encaminada a evitar el aumento de pacientes dependientes/adictos a esta sustancia a través de la prescripción incorrecta de esta medicación y ofrecer terapia de deshabituación/ desintoxicación y/o reducción de riesgo a todos aquello paciente que así lo requieran por unidades asistenciales y profesionales expertos en adiciones
La ausencia de evidencia de efectividad a largo plazo,y el alto riesgo de adicción nos lleva a recomendar que el uso de opioides de acción rápida quede limitada a dolor irruptivo oncológico con opioide de base y en DCNO sólo aquellos que no responden a otros tratamientos

AUTORES: Beatriz Josa Fernández[1]; C Toca Incera[2]; A Velez Escalante[3]; A Pellico López[4]; M Gómez Oti[5]; A Andino Palacios[6].

CENTRO DE TRABAJO: GAP: Centro de Salud Montaña[1]; Centro de Salud Altamira[2, 3]; Unidad de Formación GAP[4, 5, 6].

ID: 191

TÍTULO: OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN UN SOCIOSANITARIO

RESUMEN:
Conocer la situación basal de nuestros profesionales del sociosanitario en cuanto a percepción de seguridad de pacientes antes de poner en marcha las acciones del Plan de Calidad (formación, grupos de trabajo, implantación de un sistema de notificación, implantación de herramienta para seguridad proactiva, etc.)
Difusión a los profesionales de la encuesta validada del Proyecto Séneca sobre Percepción de Seguridad de Paciente y implantación de acciones de mejora a partir de las conclusiones.
Disposición de la Encuesta de Seguridad de Paciente on-line (formulario de recogida de respuestas de Google Drive).
La encuesta trata los siguientes apartados:

- Tu servicio / unidad de trabajo.
- Tu supervisor o jefe.
- El hospital.
- Comunicación en tu servicio / unidad.
- Valoración del grado de Seguridad de Pacientes en tu servicio / unidad.
- Información complementaria.
- Texto libre para opinión.

Durante 2 meses se hace difusión periódicamente de la encuesta y se habilita un espacio en el centro para su realización en el centro sociosanitario.
Se cierra la encuesta el día antes de empezar la primera formación a los profesionales de Seguridad de Pacientes.
Se recogen un total de 65 encuestas en las que se pueden sacar las siguientes conclusiones.
Los profesionales perciben una sobrecarga de trabajo pero que en general se trabaja en equipo, aunque este aspecto es mejorable.
Tienen buena percepción de lo que se hace en dirección relacionado con la seguridad del paciente.
Que aunque hay voluntad en la coordinación se pierde información en el traspaso de información.
La cultura de notificación es escasa. Solo un 20% ha notificado algún incidente en el último año.
Aún y así, el 70% cree que el grado de seguridad es bueno.
Notificar, el miedo a notificar, el trabajo en equipo, la comunicación entre servicios y el traspaso de información son en resumen las conclusiones de la encuesta.
Implantar todas las actividades previstas del plan de calidad nos ayudaran a trabajar todos estos aspectos y a crear cultura en Seguridad del Paciente.

AUTORES: EMMA FOLCH FERRÉ[1]; R QANNETA[2]; Y GARCIA HERNÁNDEZ[3]; M GENS BARBERÀ[4]; N HERNÁNDEZ VIDAL[5]; V HERNÁNDEZ VILLÉN[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Sociosanitari Francolí (Gipss)[1]; Hospital Sociosanitari Francolí[2, 3]; Unitat De Qualitat Territorial Camp De Tarragona[4, 5]; Hospital Joan XXIII De Tarragona[6].

ID: 192

TÍTULO: CONSULTAS EXTERNAS, ¿CÓMO PODEMOS MEJORAR?

RESUMEN:
La nueva norma ISO 9001:2015 en el apartado 4.2 determina la necesidad de conocer los requerimientos de las partes interesadas para proporcionar servicios que satisfagan dichos requisitos. Utilizar las encuestas de satisfacción para conocer el grado de satisfacción de los usuarios, respecto a los diferentes factores que intervienen en la prestación de los servicios, nos puede ayudar a determinar nuestros puntos fuertes y áreas de mejora.
Definir los puntos fuertes y las áreas de mejora del área de Consultas externas a partir del análisis de la satisfacción de los usuarios.
Tipo de estudio: Descriptivo transversal. Periodo de estudio: 20-25 febrero 2017. Muestreo aleatorio simple. Tamaño muestral: 299 encuestas. Instrumento: cuestionario estructurado con 32 preguntas. Técnica: entrevista telefónica realizada por el personal del servicio de atención al usuario. Indicadores de satisfacción: en una escala de 0 a10, se consideran usuarios satisfecho si valoración >= 7 y usuarios insatisfecho valoración
Tasa de participación del 88,6% (n=265). Se excluyen del análisis 43 encuestas incompletas.
Perfil sociodemográfico: 57,9% Mujer 42,1% Hombre. Edad media 49 años y mediana 52. Estudios primarios o secundarios (76%) y estudios superiores (17%)
Porcentaje de usuarios satisfechos: Indicaciones y señalización de acceso (89%), limpieza (98%), nivel de ruido (80%), sistema de llamada (86%) , personal médico (95%), personal de enfermería (98%), personal administrativo (86%), atención recibida (94%)
Porcentaje de usuarios insatisfechos: Indicaciones y señalización de acceso (2%), limpieza (0%), nivel de ruido (6%), sistema de llamada (5%) , personal médico (0,5%), personal de enfermería (0,5%), personal administrativo (1%), atención recibida (3%)
- Considerando como puntos fuertes aquellos aspectos en los que >= 90 % de los usuarios están satisfechos. Se objetivan como puntos fuertes del área de consultas, la limpieza de las instalaciones y el personal médico y de enfermería.
- Considerando como puntos débiles, aquellos aspectos en los que >= 5% de los usuarios están insatisfechos. Se objetivan como áreas de mejora el nivel de ruido y el sistema de llamada tradicional por el nombre

AUTORES: Virginia Flor Morales; C Camaleño Miragaya; AR Diaz Mendi; MC Fariñas Alvarez; A Requejo Salces; M Linares Ibañez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marques de Valdecilla.

ID: 193

TÍTULO: LA COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

RESUMEN:
Los fallos en la transmisión y recepción de información causan hasta un 80% de los errores asistenciales. La falta de comunicación entre los profesionales fue la principal causa de mala praxis registrada por la Joint Commission entre 1995 y 2006. El entrenamiento disminuye hasta un 30% de errores asistenciales, es por esto por lo que los profesionales deben estar convencidos de que la seguridad del paciente es una prioridad y que con la lista de verificación, se puede conseguir.
- Unificar criterios de actuación en la realización de transferencia de pacientes del Área.
- Prevenir y evitar posibles complicaciones que puedan afectar al paciente durante la transferencia de pacientes.
- Proporcionar atención basada en el mejor conocimiento científico-técnico disponible.
Como material se ha utilizado el "Procedimiento de Transferencia" elaborado en el Área de Gestión Sanitaria por los responsables y profesionales de cada Unidades de Gestión Clínica de Atención Especializada y Atención Primaria.
Se ha instaurado en nuestro AGS dicho procedimiento que permite normalizar la transferencia de pacientes dentro del hospital, entre profesionales de distinto servicio, y entre diferentes niveles de atención.
El método utilizado para la evaluación de la eficacia del procedimiento puesto en marcha, se han utilizado hojas de verificación ("check-list"), una para el traslado de pacientes
desde SUAP al Servicio de Urgencias Hospitalaria (SUH) que consta de dos partes diferenciadas para los/as enfermeros/as responsables de la transferencia con los mismos 8 ítems a verificar por cada profesional y otra hoja de verificación hospitalaria donde están considerados 26 items distribuidos por área de interés para cada uno de los intervinientes, sanitario y no sanitarios, involucrados en el proceso.
Puesta en marcha de un procedimiento que asegura la transferencia entre pacientes con un método común (IDEAS) y con una hoja de verificación como herramienta que permite incorporar modificaciones en las rutinas de trabajo y que se convierte en una potente fuente de información para establecer mejoras constantes en el proceso.
La introducción de esta metodología ha supuesto en los primeros dos meses tras la puesta en marcha ha supuesto la adhesión a la estrategia en el ámbito hospitalario de un 80% y un 60% en la transferencia del ámbito Atención Primaria.
Consideramos que la diferencia de adhesión en estas dos áreas pueda ser debida al corto período de tiempo transcurrido hasta el momento de la redacción de esta comunicación. Creemos posibles una adhesión similar cuando trascurra un tiempo más amplio.
Nuestra hipótesis para explicar esta diferencia está en la dispersión de centros y la dificulta para difundir eficazmente la estrategia de trabajo entre los profesionales.
Sorprende gratamente el alto nivel de adhesión por parte de los profesionales lo que nos invita a proyectar a futuro la realización de una encuesta de satisfacción con fines de control de calidad.

AUTORES: Daniel Moral Alguacil; S Jurado Fernández; C Lupiañez Bueno; MJ Vázquez Rodríguez; MA Álvarez Soriano; L Morales Bueno.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Comarcal de la Axarquía.

ID: 194

TÍTULO: CONSTRUYENDO SALUD CON LA ESCUELA

RESUMEN:
La educación para la salud en las escuelas es una estrategia necesaria que debe ser abordada tanto desde el ámbito sanitario como del educativo, y está probado que la mejor manera es establecer sinergias entre ambos estamentos para alcanzar los objetivos deseados. El objetivo a alcanzar con esta estrategia no es otro que el de favorecer comportamientos deseados en los niños y adolescentes. Para ello es necesario trabajar con los centros escolares e ir consolidando su compromiso con la educación y promoción de la salud.Las actividades de promoción de la salud en el ámbito educativo deben estar bien planificadas y sistematizadas, apoyándose en los propios programas de los centros escolares, en colaboración con las familias y otras administraciones locales.
- Conocer las necesidades reales de los centros escolares
-Sistematizar la oferta para los centros educativos
-conocer lo que preocupa a los centros escolares trabajar conjuntamente el abordaje de los mismos (ejemplo obesidad infantil)
-Crear un clima de confianza donde resulte sencillo poder poner en marcha programas de intervención
Se han identificado las necesidades en materia de salud con un cuestionario web que nos permita recabar esta información de manera sencilla y rápida . Se crearon 3 grupos de trabajo que tienen como objetivo diseñar, desplegar y evaluar las intervenciones realizadas. De manera previa a la implantación de los programas y tras las mismas se les involucra a los centros escolares en la evaluación de los programas, viendo si se estos se ajustan a sus necesidades. Para comunicarnos con los centros escolares y facilitar la gestión de las intervenciones se creó una cuenta de correo. Además queremos sistematizar la gestión de la demanda para ser equitativos; y no que aquellos centros escolares que son más proactivos, se beneficien de los recursos y servicios que vamos a poner a su alcance. Una vez desarrollados estos programas se van a ofertar, impartir y evaluar, pero no solo desde un punto de vista de satisfacción de los asistentes a estas actividades formativas, sino también vamos a intentar establecer una evaluación del impacto que van a tener estas actividades en la población diana de las mismas.
El 85 % de los centros escolares participaron en el diagnóstico de necesidades formativas. Se han priorizado 3 programas formativos para diferentes agentes de los centros educativos. De los 3 programas priorizados 1 se ha desplegado al 100 % de los centros escolares dirigido a todos los agentes (profesorado, alumnado, padres/madres). La satisfacción con la intervención ha sido mayor de 9
El involucrar a los grupos de interés en la priorización de actividades ayuda a centrarlas para cubrir las necesidades reales.El priorizar las intervenciones a realizar mejora el alcance de las intervenciones y la cobertura poblacional de las mismas.La satisfacción de los participantes en las actividades es muy elevada y se ajusta a las expectativas de los mismos.

AUTORES: Vanesa Martin Gonzalez; A De Prado Basterrica; M Buruaga Berrojalbiz.

CENTRO DE TRABAJO: OSI BARAKALDO-SESTAO.

ID: 195

TÍTULO: ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN HOSPITAL DE DÍA

RESUMEN:
Las Rondas de Seguridad de Pacientes o Walkrounds son reuniones periódicas entre la dirección del hospital y los profesionales implicados para abarcar los temas de seguridad de pacientes.
Este programa se puso en marcha durante el 2015, primero en el área de hospitalización y el mes de abril de 2017 se inició en el área de hospital de día (quimioterapia).
Implementar acciones de mejora derivadas de las wallrounds, como estrategia de mejora en la seguridad el paciente
Se han realizado dos reuniones para cada turno de trabajo, en abril y diciembre de 2017, de aproximadamente dos horas con quince preguntas guiadas sobre seguridad del paciente.
Durante la sesión, moderada por la dirección del centro, se transcriben todas las aportaciones realizadas en un informe para su posterior tratamiento y unificación de categorías de seguridad.
Al finalizar, el director del centro y la responsable de enfermería mantienen una entrevista personal con tres pacientes y familiares de la unidad para valorar otros aspectos de mejora y seguridad de atención recibida desde otra perspectiva. Además, aprovechan para visitar las instalaciones con el fin de detectar otros aspectos a tener en cuenta.
Se creó un grupo de trabajo para evaluar las propuestas, planificar acciones de mejora y hacer un seguimiento de éstas.
Se evalúa la percepción de cultura de seguridad del paciente previa y posterior al inicio de las wallrounds.
De la primera ronda surgieron 10 áreas con 26 propuestas de mejora en seguridad del paciente y de la segunda sesión fueron 6 áreas con 18 propuestas de mejora, la mayoría de las cuales se han implantado con éxito.
Las principales acciones que han impactado positivamente en hospital de día y se han mantenido, consiguiendo reducir significativamente las incidencias, son las siguientes:
- El 28/11/17 se incorporó un médico para la atención continuada que ha permitido mejorar el control de toxicidades y la comunicación.
- Se ha planificado la formación en nuevos tratamientos oncológicos según la patología (marzo a diciembre de 2018), que realizan médicos y farmacéuticos.
- Se ha mejorado el circuito de valoración de analíticas
- Se han organizado reuniones mensuales entre el equipo y reuniones multidisciplinares (un representante de oncología médica, hematología clínica y enfermera de hospital de día, la responsable de enfermería y la adjunta a la dirección) para tratar temas de seguridad del paciente y temas propios de hospital de día
- Mejoras en los aplicativos informáticos
- Se ha creado un grupo de trabajo para gestionar errores de medicación
- Mejoras en la programación y organización del servicio
- Ampliación de horario de tratamiento y dotación de personal

Como conclusión, todas estas acciones han impactado en la organización del área de hospital de día, en la seguridad del paciente y como consecuencia ha mejorado la calidad asistencial, y también se ha evidenciado la reducción del número de incidencias entre una ronda a otra.

AUTORES: Roser Sin Cabrero; I Brao Pérez; D Gallardo Giralt; C Cernuda Terol; S Flaquer Rifé.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català d'Oncologia.

ID: 196

TÍTULO: UN PROGRAMA FORMATIVO SANITARIO: DESDE LA RECOGIDA A LA APLICACIÓN

RESUMEN:
La Formación es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo, permanente, al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, y que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización. Está destinada a actualizar y mejorar los conocimientos,habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica, tecnológica y, da respuesta a las demandas sociosanitarias. Provoca cambios positivos en quien la recibe y consigue una mejora en la competencia profesional, herramienta clave en toda organización sanitaria; es decir, la formación es una herramienta estratégica.
Para lograr un programa formativo eficaz, se debe partir de los objetivos y prioridades de la organización. Es necesario planificarlo basándose en necesidades reales. Y no se debe de olvidar la evaluación de la formación, ya que a través de ella se podrán establecer criterios de rentabilidad.
Dar a conocer el proceso de elaboración del programa formativo dirigido a los profesionales sanitarios.
Señalar la importancia de la evaluación de la transferencia, aprendizaje y las competencias alcanzadas con la formación.
Análisis descriptivo del desarrollo de este proceso.
La selección de las actividades formativas se realizó en base a:
EL ANALISIS DE LA NECESIDAD:
Resultado de la encuesta de necesidades formativas, entregada a todos los trabajadores
Datos recogidos en cuestionarios de valoración realizados al finalizar las actividades formativas.
Directrices de dirección.
Actividades formativas con mayor nº de solicitantes excluídos por falta de plazas en año anterior
Actividades más demandadas por los mandos intermedios
Solicitudes de los comités.
LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA.
Todas las actividades formativas dirigidas al personal sanitario, fueron acreditadas, por el sistema acreditador de la formación continuada. En base a ello, las actividades incluyeron:
Prueba inicial de conocimientos, previo al inicio de la actividad.
Control de asistencia, dos por sesión, inicial y final.
Cuestionario de valoración global, sobre la actividad formativa y los docentes.
Prueba final de conocimientos teóricos adquiridos, debiendo superar al menos, el 70%.
El programa formativo pretende conseguir que las acciones formativas realizadas influyan positivamente en el personal sanitario, elevando la calidad de los cuidados prestados, y aumentando la satisfacción de los participantes.
Por otra parte, la evaluación de esta formación es una estrategia necesaria para garantizar la calidad de las actividades que se ejecutan y para impulsar el proceso de aprendizaje constante.
El reto de la formación es organizarla, ejecutarla y aplicarla de forma que produzca una mejora continua en la calidad asistencial de los profesionales sanitarios.

AUTORES: ANGELICA MOSCONI DOMINGUEZ; M FRAGA SAMPEDRO, Mª LUISA; M SABIO TEIJEIRA, Mª CRUZ.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Arquitecto Marcide.

ID: 197

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES RECHAZADAS DES DEL HOSPITAL DE REFERENCIA

RESUMEN:
En aras a la mejora de la resolución en la atención primaria de salud (APS), condicionada en parte por la coordinación con los especialistas hospitalarios, se analizan las derivaciones rechazadas por servicio y motivo y se proponen acciones de mejora, con los objetivos de adecuar la resolución en la atención primaria, mejorar la comunicación entre los distintos niveles asistenciales y desplazar información clínica, exploraciones complementarias, etc y solo al paciente, cuando aporte valor y sea necesaria su valoración, seguimiento o tratamiento hospitalarios.
Cuantificar las derivaciones rechazadas des del hospital de referencia y proponer acciones de mejora para reducir los rechazos potencialmente evitables. Observar la tasa de derivaciones entre distintos equipos.
Registro de las derivaciones realizadas por 4 equipos de APS al hospital de referencia y rechazadas especificando la causa, a lo largo del año 2017. Se cuantifican agrupadas por equipo, servicio y motivo y se analizan las más prevalentes. Se cuantifica el porcentaje de derivaciones rechazadas.
En 2017 se rechazaron 575 derivaciones realizadas por 4 equipos de APS con un mismo hospital de referencia: 40 para el EAP1, 251 para el EAP2, 131 para el EAP3 y 153 para el EAP4. Ajustado por población asignada y atendida las tasas són del 0,5% EAP1, 1,4% EAP2, 1,2% EAP3 y 1,3% EAP4.
Los rechazos más prevalentes corresponden a los servicios de traumatología (194), neurología (64), digestivo (60), cardiología (33), psiquiatría (30), radiología (30), nefrología (22) y neurofisiología (21).
Traumatologia los fundamentan mayoritariamente en realizar pruebas de imagen previas a la derivación (73) e indicación de seguir la ruta lumbalgia consensuada en el territorio (54).
Los rechazos de neurología remiten a realizar escalas de valoración de deterioro cognitivo (26) o seguimiento en APS (24).
Los de digestivo corresponden a casos candidatos a ser comentados con el consultor del equipo (28) o a esperar resultados de la prueba sangre oculta en heces (5) para decidir prioridad.
En cardiología mayoritariamente indican comentar el caso con el consultor del equipo (30).
Otras consideraciones: se observaron tasas de derivación por 1.000 personas asignadas y atendidas superiores para el EAP4 con 478 derivaciones respecto del promedio en el territorio de 397.
Finalmente, el porcentaje de derivaciones rechazadas del total de derivaciones realizadas, ha oscilado entre el 1,5 del EAP1 al 3,5 del EAP2.
Como acciones de mejora se propone revisar los motivos de rechazo con los profesionales (incrementar formación e información), analizar anualmente los principales motivos de rechazo, para reducir los potencialmente evitables y presentar también los datos en la comisión de trabajo hospital–primaria para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y profesionales.

AUTORES: Ester Fages Masmiquel[1]; C Bou Mias[2]; A Alum Bou[3]; C Lopez Arpí[4]; S Torrent Goñi[5]; [6].

CENTRO DE TRABAJO: ABS SARRIÀ DE TER[1, 4]; ABS SANTA CLARA - GIRONA[2]; DAP GIRONA[3]; ABS CAN GIBERT[5].

ID: 198

TÍTULO: DIGITALIZACIÓN ESTRATÉGICA EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

RESUMEN: El proyecto de digitalización estratégica en la planificación de los recursos humanos, se basa en la implantación de las nuevas tecnologías de la información, con el objetivo general de conseguir una mejora en el difícil proceso de planificación de los profesionales del hospital. Los objetivos específicos del proyecto son:
 Integrar los diferentes sistemas existentes para homogeneizar la sistemática de planificación en las diferentes áreas.
 Automatizar los procesos administrativos: reducción de costes y mayor eficiencia: proceso administrativo sostenible.
 Facilitar el acceso, transparencia y fiablidad de la información a los profesionales del hospital.
 Liberar a los mandos intermedios de tareas administrativas sin valor, para potenciar el desarrollo del personal a su cargo.
 Facilitar la gestión y toma de decisions a los mandos intermedios.
Con esta visión estratégica, se aprobó en el Comité de Dirección llevar a cabo la implantación del Portal del empleado, como herramienta de gestión de la planificación de los recursos humanos.
Se creó un grupo de trabajo formado por la consultoría externa, departamento de informática y áreas de planificación y administración del departamento de recursos humanos, con para adaptar la herramienta a las necesidades concretas del hospital, con reuniones semanales. A estas reuniones de trabajo se incorporaba puntualmente el área de planificación de enfermería para determinar conjuntamente determinados requisitos, ya que por el volumen de profesionales que gestionan y variada casuística el impacto de la nueva herramienta en su gestión de planificación será muy importante.
Una vez realizado el desarrollo de la aplicación, se determinó realizar una prueba piloto que finaliza el 15 de junio se implantará en el resto del hospital, con un total de 3.500 profesionales.
La valoración de la prueba piloto es muy positiva por parte de los profesionales ya que el portal del empleado permite consultar su información personal y contractual, consultar la planificación de su calendario y contadores, además de solicitar los permisos de manera on line (web y app).
De igual manera, al mando intermedio le permite gestionar las peticiones, simular el impacto de la aceptación de las peticiones en el servicio, actualizar de manera automática el calendario del profesional y diseñar el circuito de autorizaciones.
La transversalidad y alcance del proyecto portal del empleado ha comportado una mejora en aspectos como:
 Dimensionamiento adecuado de las plantillas.
 Reducción de costes de proceso: automatización y eliminación de papel. Enlace informatizado entre planificación y los procesos claves de recursos humanos.
 Mejora de la gestión de las incidencias y absentismos.
Y el más importante:
 Facilita el acceso, transparencia y fiablidad de la información a los profesionales del hospital.
 Facilita la gestión y toma de decisiones a los mandos intermedios.

AUTORES: Maria Isabel Arrieta Segura; A Salazar Soler; Ll Gamell Alvarez; D Rodriguez Gomez; E Dalmau Costa; Ma Benavent Sanchez.

CENTRO DE TRABAJO: Fundació Gestió Sanitaria Hospital De La Santa Creu I Sant Pau.

ID: 199

TÍTULO: PETICIÓN ELECTRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
Los riesgos asociados a la identificación de pacientes se pueden producir en muchos momentos de la labor asistencial. Uno de los momentos clave en que se producen este tipo de error es en la obtención de muestras analíticas, extracción de sangre y recogida de muestras de microbiología.
Garantizar la máxima seguridad y calidad en el proceso de recogida y obtención de muestras en atención primaria.
Previamente a la implantación de la petición electrónica, en nuestros centros de atención primaria la petición analítica se realiza a través de nuestro programa informático, ECAP, el programa informático generaba una petición con un código de barras que estaba custodiada por el propio paciente hasta su entrega el día de la extracción analítica.
Tras una identificación activa del paciente, por parte del personal de enfermería, se recogía dicha petición y se realizaba la extracción y posterior etiquetaje de la muestra con unas etiquetas preimpresas. Es te procedimiento requería una posterior conciliación entre el código de barras generado por la petición y el de las muestras extraídas.
Aun realizándose con lectores específicos, se detectaba un número importante de errores que obligaba a una revisión manual a su llegada al laboratorio de referencia.
En el año 2017 se empezó una una prueba piloto que nos permite disponer de una petición analítica electrónica que, en el momento de la impresión, ya dispone de unas etiquetas con un código de barras asociado y con la especificación de los tubos que hay que extraer. Esta mejora reduce los pasos en el proceso de etiquetaje seguro de las muestras, minimizando también así el riesgo de error en la conciliación posterior a la extracción. Durante el 2018 se ha desplegado de forma completa en nuestro territorio. Ofreciendo el sistema actual a un total de 8 áreas básicas de salud
El proceso ha permitido equiparar nuestra metodología de extracción al nivel de seguridad de extracción que ofrece nuestro centro hospitalario de referencia.
Han disminuido los errores de conciliación analítica así como el número de incidencias de laboratorio.

AUTORES: Immaculada Izquierdo Zaragoza; E Gavalda Espelta; M Irigoyen Garcia; M Boira Costa; M Ferré Ferraté; O Roig Calvet.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Atención Primaria Terres de l'Ebre.

ID: 200

TÍTULO: MEJORANDO UN 21,8% LA CALIDAD Y CONFORT DEL SUEÑO DE NUESTROS PACIENTES

RESUMEN:
Las clínicas han incrementado en el último año un 21,8% las valoraciones positivas de sus pacientes hospitalizados en los índices de satisfacción general del descanso y el respeto de las horas del sueño. Esta mejora se ha derivado de la implementación de las medidas puestas en marcha en los dos centros sanitarios derivados de su adhesión al Proyecto SueñOn®, proyecto enmarcado dentro del Plan de Humanización de Clínicas, en el que el respeto al descanso de los pacientes, se enmarca como una de las líneas estratégicas de Humanización asistencial.
 Mejorar la calidad del descanso de nuestros pacientes.
 Visibilizar la importancia del sueño en los pacientes hospitalizados tanto a los profesionales como a pacientes y familiares.
 Empoderar a los profesionales para que la prestación de cuidados sea respetuosa con el sueño y descanso del paciente hospitalizado
 Reducir los efectos de los factores que intervienen en el descanso (luz, ruido, cuidados…)
 Constitución de la Comisión_ Asistencial- Calidad
 Diseño del método de evaluación basado en Proyecto SueñOn®
 Establecimiento de criterios de selección de pacientes
 Análisis de resultados
 Establecimiento de mejoras
 Evaluación de mejoras realizadas
 Entrevistas semi-estructuradas a pacientes hospitalizados
 Análisis de resultados
Junto a otras iniciativas que componen el Plan de Humanización de las Clínicas, este proyecto ha sido uno de los más enriquecedores y beneficiosos para profesionales pero sobre todo para nuestros pacientes, habiendo referido una mejora del 21,8% en la satisfacción en el descanso. Las mejoras realizadas para ello, han sido fruto de una comisión formada por personal asistencial el cual conoce las barreras que existentes en el descanso de los pacientes y es por ello, que todas y cada una de las iniciativas de mejora han sido desde los profesionales hacia y para nuestros pacientes.

AUTORES: Amaia Uranga Ibarra[1]; I Urrutia Johansson[2]; C Alonso Rodriguez[3]; E Ondarza Bilbao-Lumo[4]; C Pantoja Alvarez[5].

CENTRO DE TRABAJO: Clínicas IMQ[1]; IMQ[2]; IMQ[3]; Clinicas IMQ[4]; Clinicas IMQ[5].

ID: 201

TÍTULO: PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN LA TOMA DE DECISIONES

RESUMEN:
Las comisiones representan un órgano clave para propiciar la participación profesional en la planificación y la evaluación de la organización, con un enfoque principal en el modelo asistencial y de gestión. Además, constituyen un espacio fundamental para promover la igualdad de oportunidades entre hombre y mujeres. En este contexto, la institución incluye como objetivo en su plan de igualdad fomentar la opinión y responsabilización de las mujeres favoreciendo su presencia como miembros en órganos de toma de decisión y participación.
Concretar la participación de las mujeres en comités y comisiones para evaluar el grado de cumplimiento del objetivo del Plan de Igualdad de "Fomentar la opinión y responsabilización de las mujeres favoreciendo su participación en órganos de toma de decisión y participación".
La metodología utilizada ha sido un análisis cuantitativo descriptivo. Las fuentes de información han sido: 1) Listado y composición de órganos de gobierno y ejecutivos publicados en la página web, 2) Fichas de comités y comisiones publicadas en la intranet con información sobre miembros, funciones y periodicidad de reuniones. El trabajo de campo de recogida de la información se realiza en octubre de 2017.
En total, la muestra analizada la integran 4 comités de dirección, 22 comisiones corporativas, 9 comisiones de centros y 77 comisiones mixtas con otras instituciones. En el caso de comisiones mixtas, sólo se ha analizado la participación de los profesionales de la institución objeto de estudio.
La institución está formada por una plantilla de 1117 personas, siendo un 77,62% mujeres. Se dispone de 112 comités y comisiones, que suponen 987 puestos de decisión y participación, de los cuales, un 62,21% se encuentran ocupados por mujeres. De forma global, hay un equilibrio de participación de hombres y mujeres. De forma agregada, en comités de dirección las mujeres representan el 59,14%, en comisiones corporativas el 60,88%, en comisiones de centro el 62,16% y en comisiones mixtas el 64,94%. Respecto a la presidencia de comités y comisiones, esta función es desempeñada por mujeres en el 42,19% de los comités y comisiones.
En líneas generales, hay una participación paritaria (estándar 40%-60%) de hombres y mujeres en comités y comisiones, con una tendencia a la participación equilibrada de acuerdo a la representación en plantilla (estándar 60-80%). Sólo se ha detectado una subrepresentación significativa de mujeres en 4 comisiones, relacionadas con aspectos tecnológicos, de las 112 analizadas.
En la evaluación global se determina que se ha alcanzado el objetivo de promover la presencia paritaria de mujeres en órganos de toma de decisión y participación. Como medida correctiva respecto a las 4 comisiones donde se detecta una desviación del objetivo, se informa al Comité Directivo para que se realice una revisión de los miembros.

AUTORES: Noemí Durán García; A Rodríguez Cala; A Chacón Carrasco; A Baños Cairat; B Zöller; C Calle Rodríguez.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català d'Oncologia.

ID: 202

TÍTULO: PROYECTO RECETA CERO EN APÓSITOS

RESUMEN:
La implantación de receta electrónica supone un cambio en el acceso a los medicamentos y productos sanitarios. El paciente pasa de retirar el producto prescrito previa entrega de la receta a poder hacerlo de forma continua sin necesidad de acudir al médico.
Las necesidades de apósitos para el tratamiento de las úlceras son variables porque dependen su estadio, presencia de infección, de la evolución etc. Esto complica la prescripción en receta ya que es enfermería quien hace la valoración y debe informar al médico para que modifique la prescripción.
Se observó un incremento de un 38,8% en el gasto con receta de apósitos en nuestro área de salud en el periodo enero-junio 2017 sobre el mismo periodo del 2016. Dado que la implantación de receta electrónica finalizó en julio de 2016, se pudo determinar que el aumento en la prescripción de apósitos por esta vía había sido la causa principal
Reconducir la sistemática de provisión de apósitos al paciente, evitando la prescripción en receta y trasladando su gestión al personal de enfermería a través de su valoración clínica de las necesidades, utilizando los apósitos disponibles en la Gerencia de Atención Primaria (GAP)
El Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP), tras el análisis de la prescripción a través del sistema de información de facturación de recetas, planteó la posibilidad de intervenir para evitarla. Se presentó la propuesta de adquisición directa y entrega de todos los apósitos a la Gerencia y a las Direcciones Médicas y de Enfermería, ya que se calculó que los apósitos prescritos en receta nos suponen un coste 2,2 veces superior y que la gama de apósitos disponibles en la GAP es suficiente para cualquier tipo de lesión.
Tras su aprobación, en mayo de 2017, la Gerencia procedió a comunicar a todos los profesionales la nueva sistemática de utilización de estos productos:

- Paciente atendido en centro de salud o en su domicilio. Es la enfermera del Equipo quien realiza la cura con el material que dispone en la GAP
- Paciente en residencia. El personal de la residencia deberá solicitar a su centro de salud de referencia, mediante el informe pertinente el material que necesita para un paciente en concreto
- Ante un apósito especial, se valorará su compra para pacientes concretos o excepcionalmente se podría hacer receta

El SFAP realizó un seguimiento en los meses posteriores de la facturación recetas de este tipo de productos, poniéndose en contacto con los médicos y enfermeras de los pacientes con prescripciones para recordar la nueva sistemática o conocer si había alguna dificultad para su implementación y en ese caso, intentar resolverla
El gasto con receta tras la intervención, desde julio a diciembre de 2017 se redujo un 29,10% en comparación con el mismo periodo del año anterior, invirtiéndose totalmente la tendencia del primer semestre del año. En este mismo periodo, el gasto por compra directa se incrementó solo un 17,94%, en concordancia con el cálculo realizado en la propuesta

AUTORES: Sara Barbadillo Villanueva; MC Marquina Verde; MC Encinas Mangas; MA Morato Arnaiz; C Teran Castrillo; ML Corral Villar.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Atención Primaria Burgos.

ID: 203

TÍTULO: MÉTODO SBAR, LA EFICACIA DE LA COMUNICACIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

RESUMEN:
El Estadio de San Mames ha sido el primer Estadio a nivel estatal e internacional que ha conseguido adecuar su proceso de atención asistencial a los requisitos de la norma de seguridad clínica UNE 179003. Este sistema de gestión de riesgos ha supuesto un reto en todos los sentidos. Un Estadio que cuenta con un equipo de profesionales que presta la actividad y atención asistencial, en el reciento del Estadio garantizando la seguridad clínica, la calidad del servicio y la atención personalizada.
Tras este importante logro, el sistema continua mejorando, y por ello atendiendo al entorno del que se trata, de dimensiones y estructura diferente a cualquier unidad hospitalaria, se identificó que la atención eficaz en dicho entorno dependía, en gran medida, de una buena coordinación y sobre todo de una comunicación efectiva entre los profesionales. Por ello, con el objetivo de reducir al máximo el riesgo de errores de comunicación, en el Estadio San Mamés se ha apostado por la aplicación del Método SBAR como fórmula efectiva y contrastada.
1. Controlar y minimizar los posibles riesgos derivados de problemas y/o errores en la comunicación.
2. Mejorar la coordinación y comunicación entre los profesionales implicados y otras entidades para un despliegue eficaz de los medios asistenciales ante cualquier emergencia.
3. Potenciar la implicación y motivación de los profesionales.
4. Contribuir a la mejora, eficacia y eficiencia del servicio prestado.
 Presentación del proyecto de mejora a la Comisión de Seguridad del paciente: objetivos, beneficios, plan, etc..
 Planificación de formación en el método seleccionado a los miembros de la Comisión.
 Realización de acción formativa, contando con formador-consultor experto en método SBAR.
 Elaboración del protocolo de comunicación basado en método SBAR.
 Difusión del protocolo entre el resto de profesionales.
 Ampliación de la formación al resto de profesionales.
La presentación del proyecto y su despliegue ha derivado en las siguientes mejoras y resultados:
- Mayor implicación y adhesión de los profesionales en el proyecto asistencial del Estadio, mayor implicación en la mejora del proceso asistencial.
- Reducir el riesgo de comunicación no efectiva: identificando las situaciones críticas y estableciendo códigos de actuación consensuados por todos.
- Elaboración de un protocolo de comunicación efectiva, basado en el método SBAR, con la colaboración de todos los profesionales.
- Lograr mayor coordinación y comunicación entre los profesionales.
En definitiva, ha facilitado la consecución de un método de actuación coordinado y la elaboración y aplicación de un protocolo efectivo y consensuado, para reducir los riesgos derivados de posibles errores en la comunicación.

AUTORES: Isabel Urrutia Johansson; C Alonso Rodriguez.

CENTRO DE TRABAJO: Grupo IMQ -CIZ.

ID: 204

TÍTULO: ANÁLISIS PREDICTIVO DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

RESUMEN:
En todos los hospitales existe la dificultad de distribuir los quirófanos en función de las necesidades de la población.
Actualmente se toma como referencia la actividad del año pasado. Ello implica que todas las variables que afectan se comportaran igual este año que el anterior. Pero pocas veces suele ser así.
La lista de espera quirúrgica influye de una forma directa en el número de intervenciones que deberán hacer los servicios.
La Consejería de Salud de la comunidad autónoma ha definido unos tiempos de garantía que dependen de la patología y procedimiento quirúrgico. La existencia de estos grupos hace que solo dispongamos del listado de pacientes a intervenir con un mes y medio de anterioridad.
Por este motivo se planteó la creación de un modelo predictivo para ayudar en la toma de decisiones.
Predecir las entradas y salidas en lista de espera quirúrgica de nuestro hospital. En este estudio nos centraremos en un único servicio: Urología.
Para el cálculo de las predicciones utilizaremos el programa estadístico R mediante la plataforma RStudio. Incluimos las librerías: lubridate, ggplot2, moments, tserise, forecast, psych, larrice y XLconnect. Utilizaremos como método de pronóstico las series temporales y estimaremos los valores con un modelo autoregresivo integrado de medias móviles (ARIMA).
Comenzaremos con la predicción de las intervenciones del 2017 mediante los datos del 2015 al 2016. Compararemos estos resultados con las observaciones reales.
Los pronósticos se harán en dos fases. Una primera será a nivel servicio y posteriormente por servicio y por tipo de patología diferenciando la neoplásica del resto.
Durante la revisión de estos datos nos hemos encontrado con que, a nivel autonómico, en 2016 hubo una nueva agrupación de pacientes. Para solucionarlo todas las entradas o salidas anteriores a esta fecha se han recodificado con los nuevos criterios.
El resultado de las predicciones de las entradas y salidas en lista de espera define un intervalo de confianza en el cual están definidos los valores reales del 2017 tanto en el análisis de servicio como grupo patología. Para comprobar la bondad de la predicción hemos estudiado el intervalo de confianza para los errores. Al incluir en todos los casos el 0 nos indica la fiabilidad de los resultados (para el servicio completo: entradas (-14.84, 5.01), salidas (-24.97, 1.97), por patología neoplásica: entradas (-4.08, 5.42), salidas: (-2.65, 4.65) y por patología no neoplásica: Entrada: (-16.89, 4.38)), salidas: (-22.69, 3.02)).
Por lo tanto podemos utilizar las predicciones ya sea para el global del servicio de urología o diferenciando por patología neoplásica o no neoplásica para optimizar la programación de quirófanos
Viendo los resultados obtenidos para el servicio de Urología seria de interés extender al resto de servicios asistenciales este estudio de la lista de espera.

AUTORES: Silvia Guerra Parrilla; A Jove Riera; Y Cossio Gil; M Sales Col; C Velazco Muñoz.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Vall d'Hebron.

ID: 206

TÍTULO: CUANDO LA EXCELENCIA NO ENCAJA CON LA REALIDAD. BUSCANDO NUEVAS FORMAS EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

RESUMEN:
En materia de seguridad del paciente y/o humanización de la atención, no nos podemos olvidar de un elemento clave: los profesionales, su capacitación, competencia y experiencia, entre otras cosas. Conseguir hacer realidad las políticas de la organización basadas en la atención centrada en el paciente y sus familiares, la humanización y/o la seguridad del paciente, entre otras, pasa por asegurar la competencia de nuestros profesionales. Conscientes de ello, se apuesta por diseñar y desplegar un proceso que ayuda a trabajar este ámbito: la evaluación del desempeño de los profesionales, basada en competencias y conocimientos. Como siempre, hemos sido rigurosos en la aplicación de la metodología, contrastada y analizada con otras experiencias. Y de la experiencia propia, hemos aprendido que, a veces, apuntar a la Excelencia puede no ser la mejor opción. Hemos aprendido que la operatividad, la flexibilidad y la simplificación, a veces, es mejor acompañante. Nuestra experiencia en la aplicación de este proceso nos ha demostrado que para conseguir un mejor resultado, sin dejar de ser exhaustivos, la simplificación ha sido el éxito.

1. Garantizar el despliegue de los valores y del modelo de gestión por competencias de la organización
2. Conseguir desarrollar las competencias de los profesionales en línea a las políticas de la organización: seguridad del paciente, humanización de la atención, atención centrada en el paciente y sus familiares, etc...
3. Mejorar el nivel competencial identificando necesidades de mejora.
4. Implicar y motivar ofreciendo oportunidades de formación y desarrollo a nuestros profesionales.
5. Enfocar los planes de formación hacia las necesidades identificadas.
6. Potenciar los encuentros entre colaboradores y responsables.

 Diseño del modelo y metodología de despliegue.
 Benchmarking con empresas del sector sanitario y no sanitario.
 Preparación de herramienta soporte.
 Formación a toda la organización: evaluadores y evaluados.
 Explotación y análisis de los resultados: diagnóstico de necesidades
 Evaluación y revisión del diseño y despliegue.
 Plan de mejora: simplificación del proceso. Nuevo modelo de evaluación: adaptación del enfoque y despliegue.

La revisión del proceso ha supuesto las siguientes mejoras:

- Simplificar el proceso de evaluación. Se adapta el enfoque atendiendo al gran volumen de colaboradores a evaluar.
- Diseñar una herramienta de soporte más ágil, sencilla y automatizada. Se evita tener que realizar el proceso en soporte papel.
- Reducir el tiempo invertido en el proceso por parte de los evaluadores. Se consigue reducir el tiempo como consecuencia de la simplificación del propio proceso. La adhesión de los evaluadores, por tanto, ha incrementado.
- Conseguir resultados de las evaluaciones más efectivas, exhaustivas y comprometidas.
- Un diagnóstico de necesidades más ajustado a la realidad.

AUTORES: Catherine Alonso Rodriguez; I Urrutia Johansson; A Uranga Ibarra; C Pantoja Alvarez.

CENTRO DE TRABAJO: GRUPO IMQ-CLINICA ZORROTZAURRE.

ID: 207

TÍTULO: MUSICOTERAPIA, ACARICIANDO EL ALMA DEL PACIENTE PARA CALMAR SUS MIEDOS

RESUMEN:
Ante el desconocimiento sobre la musicoterapia, gran número de personas piensa que las sesiones en un Hospital consisten en ir por las habitaciones cantando y armando un poco de "jaleo", pero cuando lo experimentan, comprueban que en cada habitación, surge una historia especial, diferente, única e irrepetible, donde los pacientes, familiares, amigos, personal de la clínica… encuentran su espacio para expresar sus emociones a través de la música. La musicoterapia es una especialidad paramédica joven, pero con suficientes fundamentos científicos de orden clínico-terapéutico que permiten establecer una metodología de trabajo y una serie de técnicas capaces de ser desarrolladas. Consiste en el uso de la música y sus elementos (el silencio, el sonido, el ritmo, la melodía y la armonía...) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para facilitar y promover una relación terapéutica relevante así como conseguir objetivos terapéuticos. Se trata de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.
Aflorar las emociones y sentimientos de los pacientes/ familiares para poder potenciar su sentimiento de bienestar integral (más allá de los cuidados médicos y/o asistenciales), mejorando el estado de ánimo durante su periodo de estancia en la Clínica.
 Organización de sesiones personalizadas donde se trabaja con música en vivo desde la improvisación musical para poder adaptarse a la situación y al ritmo de cada paciente involucrándolo en la creación de sonidos y música.
 Cumplimentación de un informe estructurado en tres partes. Una primera evaluación fisiológica en la que se anotan datos como la edad o el motivo de ingreso, otro apartado musical en el que se tienen en cuenta los instrumentos utilizados para la sesión y la fluidez de la misma, y por último, uno totalmente emocional en el que se apuntan cuestiones más personales junto con los testimonios de los propios pacientes y su opinión sobre la terapia.
En los tres años que lleva la iniciativa en marcha, ésta ha resultado un éxito tanto entre los pacientes como entre los profesionales de diferentes servicios/áreas, tal y como pone de manifiesto el informe que se elabora sobre las sesiones celebradas conteniendo, entre otros datos, los testimonios de los propios pacientes y su opinión sobre la terapia: "el tiempo ha pasado más rápido porque cuando estás en un hospital el tiempo pasa muy lento", "Hacéis una gran labor porque la gente se siente muy sola", "Si el resto de pacientes probasen, todos querrían musicoterapia','Les animáis mucho y con vosotras no se duermen, ninguno se marea".

AUTORES: Estibaliz Ondarza Bilbao-Lumo[1]; O Sanchez Iniesta[2]; A Uranga Ibarra[3]; C Alonso Rodriguez[4]; I Urrutia Johansson[5]; C Pantoja Alvarez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Clínicas IMQ[1, 3, 6]; IMQ[2, 4, 5].

ID: 208

TÍTULO: TESEO-ICS

RESUMEN:
En nuestros centros sanitarios, tenemos a diario grandes colas de usuarios en nuestro servicio de atención al paciente. Se trata de pacientes que presentan distintas necesidades, tales como pedir una cita, consultar dónde y cuándo visita su profesional de referencia, consultar sus visitas pendientes o imprimir un justificante de visita, entre otros. Por otra parte, en momentos de gran afluencia de usuarios, es en ocasiones de gran dificultad organizar el orden de atención al paciente en la sala. Fruto de ello se ha procedido, con la ayuda de las nuevas tecnologías, a la creación de un dispositivo que nos permita hacer frente a estos problemas. Se trata del TESEO-ICS.
Mejorar la accesibilidad de los pacientes tanto en centros de atención primaria como hospitalarios.
El Institut Català de la Salut, con el Servicio de sistemas de la información de Terres de l'Ebre, ha desarrollado un programario que permite dotar de distintas funcionalidades a aparatos tipo quiosco.
El TESEO Dispone de una pantalla táctil don distintos iconos que permite al paciente realizar las siguientes opciones:
-Gestor de colas: Mediante el cual se imprime para el paciente un tique que le otorga un orden de cola para ser atendido por el Servicio de admisiones.
- Pedir cita: el paciente puede acceder a pedir cita a su médico de familia, enfermera, pediatra u odontólogo. - Imprimir justificante de visita. - Realizar cambio de médico-enfermera.
- Imprimir su receta electrónica.
- Consultar citas pendientes en atención primaria i atención especializada.
- Consultar horarios y localización de los profesionales de referencia.
El aplicativo informático que gestiona el terminal TESEO permite hacer una explotación de los datos de uso del terminal.

Actualmente disponemos en el territorio de TESEO en 5 centros de atención primaria y en el centro hospitalario de referencia.
Desde enero a diciembre de 2017 se han realizado 391013 movimientos en el TESEO ICS, de los que 94321 han sido realizados en atención primaria y 296752 en atención especializada.
Incluimos en estos datos los movimientos realizados para gestionar los turnos de asistencia.

AUTORES: Jorgina Lucas Noll; J Baucells Lluis; O Roig calvet; M Boira Costa; A Navasquillo Calderon; C Curto Romeu.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Atención Primaria Terres de l'Ebre.

ID: 209

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA PARA VALORAR USOS NO INDICADOS Y PROBLEMAS DE SEGURIDAD

RESUMEN:
Los casos de uso inadecuado y adicción asociados a fentanilo de liberación rápida (FLR) son cada vez más habituales y constituyen un motivo de preocupación en nuestro Servicio de Salud. FLR únicamente está autorizado para tratar los episodios de dolor irruptivo oncológico en pacientes adultos que están recibiendo tratamiento opioide de mantenimiento. Ninguna presentación está autorizada para tratar el dolor crónico no oncológico, no hay evidencia que apoye este uso y los problemas de abuso se dan con mayor frecuencia en estos pacientes. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó en febrero 2018 una alerta de seguridad informando sobre los riesgos asociados al uso continuado e inadecuado de FLR. En muchas ocasiones, y en especial si el tratamiento se prescribe en receta electrónica, el médico no es consciente del número de retiradas en la oficina de farmacia de estos fármacos.
Diseñar una herramienta que permita identificar a pacientes en tratamiento con FLR y muestre además otras características de su tratamiento que permitan al médico evaluar de una forma rápida la adecuación del tratamiento y si el consumo del mismo es apropiado o puede estar produciéndose un abuso.
Partiendo de los criterios de uso de FLR establecidos por el Comité Técnico y Asesor del Dolor de nuestro Sistema de Salud y de una revisión bibliográfica sobre el tema, se identificaron los aspectos a tener en cuenta para que un tratamiento de estas características sea adecuado y seguro.
A través del sistema de información de facturación de recetas del Servicio de Salud, se diseñó en la plataforma SAP Business Objects una herramienta de identificación de pacientes tratados con FLR, que incorpora otra información necesaria para la valoración de la seguridad y adecuación del tratamiento:
- Datos demográficos: edad y sexo
- Opioides de mantenimiento
- Fármacos cuya asociación con opioides puros está desaconsejada: otros opioides menores, opioides agonistas/antagonistas y benzodiacepinas.

Para hacer una aproximación del consumo de cada fármaco por el paciente se muestran los envases y unidades retirados en los tres meses, detallados mes a mes. El término “unidades” indica el número de comprimidos, pulverizaciones nasales, parches, etc. consumidas cada mes.
La herramienta consigue identificar pacientes con FLR en las siguientes situaciones:
- Sin tratamiento opioide de base: indicación no autorizada en ficha técnica
- Con riesgo de abuso según las unidades de FLR o a otros opioides facturadas.
- Con tratamiento opioide de base: se puede valorar si este es adecuado o requiere ajuste debido a excesivos episodios de dolor irruptivo.
- Con otros fármacos que aumentan el riesgo de adicción como las benzodiacepinas.
- Con asociaciones desaconsejadas: opioides menores y opioides agonistas/antagonistas

La limitación de esta herramienta es que no identifica la indicación del tratamiento analgésico por lo que no se puede valorar si se trata de dolor oncológico.

AUTORES: Sara Barbadillo Villanueva[1]; MC Marquina Verde[2]; B Calabozo Freile[3]; M Valdivieso Panchuelo[4]; MC Encinas Mangas[5]; J Ceruelo Bermejo[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Atención Primaria De Burgos[1, 2, 5]; Dirección Técnica De Asistencia Farmacéutica. Gerecia Regional De Salud De Castilla Y León[3, 6]; Soporte Concylia. Gerecia Regional De Salud De Castilla Y León[4].

ID: 210

TÍTULO: EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL COMO RETORNO DE INFORMACIÓN PARA TODOS LOS PROFESIONALES

RESUMEN:
Las aplicaciones informáticas nos ayudan en todos los procedimientos que realizamos diariamente, desde la vertiente administrativa hasta el interior de los quirófanos. Como cualquier otra empresa o institución, los centros sanitarios han desarrollado sistemas de explotación de la información registrada para obtener datos objetivos y concretos que permitan una toma de decisiones fundamentada. La evolución tecnológica y la potencia actual de estos sistemas de información, nos permite dar un paso más y utilizarlos para devolver información detallada a diferentes tipos de profesionales.
Conseguir que la misma información utilizada para elaborar los informes de seguimiento del Comité de Dirección de nuestra institución sea de utilidad para diferentes grupos de profesionales para el seguimiento y revisión de su actividad.
El cuadro de mando integral de nuestra institución está elaborado con la herramienta Oracle® Business Intelligence Enterprise Edition v11g, empezó a utilizarse en 2011 i muestra datos a partir de 2010. Inició su andadura como herramienta dirigida a la dirección y actualmente sirve como “feedback” para la mayoría de grupos profesionales. Dispone de múltiples áreas de explotación agrupadas en actividad, pacientes, comarcales, gestión de pacientes, indicadores de calidad, contratos de gestión, proceso de quimioterapia, efectos adversos, seguimiento económico, recursos humanos y consumos de medicamentos; en total 28 áreas diferentes con más de 130 vistas en total, todas ellas navegables en pantalla con múltiples selectores de clasificación, filtros, tablas y gráficos. La característica que facilita que esta herramienta sea útil para la mayoría de profesionales es que cada uno de los datos puede ser activado y mostrar el detalle que lo compone, de forma que la misma herramienta sirve para que la dirección revise la estancia media, número de pacientes atendidos de una determinada patología o la espera media en consultas externas, los médicos obtengan el detalle de pacientes tratados con determinadas características por periodo de tiempo, enfermería revise los casos de efectos adversos registrados o por poner otro ejemplo explorar los casos de pacientes tratados con un determinado medicamento en una determinada indicación.
El cuadro de mando integral se ha mostrado como una herramienta eficaz para el seguimiento del funcionamiento de la institución en todas las áreas. Conseguir que toda la información pueda ser analizada y revisada hasta el detalle del movimiento origen que genera el dato agrupado y ponerlo a disposición de los profesionales, no sólo ha mejorado la aceptación de los resultados y de los objetivos que se plantean, sino que ha creado una nueva utilidad al convertirse en fuente de información de los propios profesionales al facilitar su tarea asistencial, revisión de casos y convertirse en origen de datos para proyectos de investigación.

AUTORES: Jose Luis Ponton Sivilla; F Navarro Gonzalez; L Machuca Tacon; R Montoliu Valls; G Torras Boatella; F Baciero Lorza.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Catala D'oncologia.

ID: 211

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL EN UN SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

RESUMEN:
Nuestro instituto es un centro integral de cáncer. El Servicio de Cuidados Paliativos (SCP) tiene como objetivo el control de síntomas del paciente mediante la evaluación de aspectos físicos, socio-familiares, emocionales y espirituales. En 2012 se revisó la atención que se ofrecía a los pacientes y se consensuaron los aspectos esenciales para realizar una valoración multidimensional (VM). En 2014 se midió el nivel de registro de los aspectos acordados. Se detectaron e implementaron áreas de mejora en los ámbitos de hospitalización y consulta externa. En 2016 se realiza un tercer análisis, y se amplía a pacientes interconsultados (UFISS) por otros servicios asistenciales.
Conocer el grado de implementación de la VM en pacientes atendidos en el SCP respecto a la situación previa. Evaluar el nivel de integración de las acciones realizadas para la implementación de la VM.
Material: ICOPraxis de atención a final de vida y dolor; historias clínicas (HC) 2014 y 2016; Escalas valoradas (Edmonton, PPS, Papscore y otras). Método: Selección de una muestra aleatoria de 132 pacientes atendidos en UCP durante 2016, de hospitalización, consulta externa y UFISS. Selección de casos a partir de las altas, primeras visitas e interconsultas a la UCP distribuidas por mes y profesional. Variables revisadas: Del dolor: localización, intensidad, calidad, pronóstico, respuesta analgésica, interferencia en actividad, humor y sueño. De paciente: pronóstico, nivel de intervención, valoración emocional, espiritual y funcional.
Incremento del nivel de registro de las variables respecto de 2014 en consulta externa (2014: 35% de las variables con registro < 70%, 2016: 10% de variables con registro entre 70-75% y 90% >75%). Se mantiene el registro de las variables estudiadas en hospitalización (10% con nivel de registro < 75%, 90% >75%). Se introducen 4 nuevas variables en 2016 en relación al nivel de dolor, el 50% de estas tienen un nivel de registro < 75%.Se incorpora el área de UFISS, no analizada en 2014. Se detecta un nivel de registre inferior al de los otros ámbitos (9 variables de 20 con un registro < 75% y 8 relacionadas con el dolor).
Se concluye que el nivel de registro es elevado. Cabe consensuar con los profesionales las variables a recoger y el momento, así como monitorizar aquellas con registro < 75%. Del análisis se muestra la necesidad de acordar la información que ha de recoger la valoración emocional y espiritual y la necesidad de facilitar el acceso a la HC in situ para los pacientes atendidos en la UFISS y ubicados en otros servicios.
Introducir una metodología de trabajo basada en la evaluación de variables permite incorporar la cultura de calidad y de mejora continua en la práctica clínica de los profesionales. Disponer de registros con criterios homogéneos permitirá identificar las prácticas más seguras, eficientes y con impacto en la calidad de vida del paciente, y estandarizar su aplicación dentro de la institución.

AUTORES: Gala Serrano Bermúdez[1]; E Asensio Blasco[2]; S Equipo Asistencial Servicio de Cuidados Paliativos[3]; A Carpena Hernández[4]; J Trelis Navarro[5]; A Vidal Milla[6].

CENTRO DE TRABAJO: Instituto Catalán de Oncología, L'Hospitalet[1, 2, 3, 4, 6]; Director Xarxes Cures Pal.liatives ICO-ICS[5].

ID: 212

TÍTULO: ANALISIS DEL REGISTRO DE VIOLENCIA DE GENERO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SERVERO OCHOA (HUSO) DE LEGANES

RESUMEN:
Se necesita conocer la epidemiología de este problema y para ello se han establecido diferentes estrategias entre las que se encuentran los Registros de casos a nivel hospitalario.
Analizar las características de los casos registrados en el registro de Violencia de Género del HUSO durante los años 2015-2017, y la calidad de dicho registro.
Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo, de los registros elaborados pertenecientes a las mujeres que acudieron al HUSO en situaciones de Violencia de Género entre los años 2015 y 2017.
Resultados: El número total de casos analizados fue de 124 mujeres. Analizando los datos de los formularios se observa que la mujer en situación de Violencia de Género que acude al HUSO presenta un perfil compatible con una edad media alrededor de los 37años, que acude en el turno de mañana acompañada por la policía o por un familiar y refiere agresiones como motivo de consulta. Se trataría de una situación de violencia física reconocida, producida por un agresor que sería su pareja, con el cual convive, y la cual no es la primera vez que se produce. No supondría un riesgo para su vida, tendría un pronóstico leve, y el caso sería notificado por un médico. Presentaría parte de lesiones y querrá denunciar la agresión, sin haber realizado denuncias anteriormente. En la evolución se observa un empeoramiento en el registro entre los años 2017 y 2015, un aumento en las situaciones de violencia sospechada, del número de gestantes agredidas y del número de mujeres agredidas convivientes con el agresor ($p< 0,05$).
Respecto a la calidad del registro los ítems con peor registro son: 'acompañantes' y “primera vez que sufrían violencia'.

Conclusiones: Al comparar los datos obtenidos en nuestro estudio con la literatura a nivel nacional sobre víctimas de Violencia de Género se superponen. Por otro lado y observando la cantidad de datos que no constan, la calidad del registro del HUSO es mejorable.

AUTORES: María Isabel Pena Yáñez; JM Garcia Sos; G Pérez-García[3]; B Martínez-Mondéjar; AB Jiménez- Muñoz.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Severo Ochoa.

ID: 213

TÍTULO: EVALUACIÓN DE CENTROS SANITARIOS RESPECTO DE UN MODELO DE GESTIÓN ÉTICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

RESUMEN:
La organización ha iniciado la implantación de un modelo de gestión que integra las expectativas de sus grupos de interés y de la sociedad en su conjunto con el objetivo de promover la sostenibilidad económica, medioambiental y social en sus actuaciones, en alineación con la línea estratégica de "Promover activamente una política de responsabilidad corporativa". En este sentido, la Dirección está impulsando una sistemática para identificar la situación actual de los centros del respecto del modelo de responsabilidad social corporativa (RSC). Conocer la realidad de cada centro permitirá iniciar la implantación de un sistema de mejora continua y definir un Plan de Responsabilidad Social Corporativa.
Definir e implementar una sistemática de diagnóstico y evaluación de los centros para identificar la situación de partida respecto del modelo de RSC y detectar áreas de mejora.
La diagnosis de situación se ha realizado mediante el diseño de un cuestionario en formato electrónico con 50 ítems distribuidos en 6 ámbitos: Gestión ética y buen gobierno (11 ítems), Orientación a los profesionales (14 ítems), Orientación al usuario (11 ítems), Compromiso con el medio ambiente (6 ítems), Relación con proveedores (4 ítems), Relaciones con la comunidad (4 ítems). Cada ítem es una medida, de la cual se valora el grado de implantación con una puntuación de 0 a 2, siendo 0 no implantado, 1 implantación parcial y 2 implantado.
El cuestionario permite: 1) Obtener un resultado individual de cada centro. 2) Realizar benchmarking entre centros para identificar buenas prácticas. 3) Detectar áreas de mejora para definir la estrategia de RSC.
La recogida de datos se realiza entre el 24 de abril y el 5 de julio de 2017, con el envío del cuestionario por correo electrónico a los participantes. La muestra la integran 8 hospitales y 7 ámbitos de atención primaria territorial. El análisis de datos se efectua en julio de 2017.
En primer lugar destacar y agradecer la buena participación y predisposición de las personas involucradas en la recogida de información, que permite recoger 14 cuestionarios cumplimentados de los 15 que se habían solicitado.
Del análisis de los datos se deriva que, de forma global, los ámbitos de la RSC más trabajados en los centros son la orientación a los profesionales y la orientación al usuario, con un grado de implantación de medidas entre el 87,50% y 78,57%, respectivamente.
Los ámbitos menos desarrollados son el compromiso con el medio ambiente (74,40%), relaciones con la comunidad (73,21%), relaciones con proveedores (61,61%) y gestión ética y buen gobierno (62,02%).
Del conjunto de 50 medidas evaluadas, hay que destacar que sólo una de las medidas no ha sido implantada en ningún centro, la adhesión a iniciativas de RSC.
De este diagnóstico se desprenden los puntos fuertes de la gestión responsable de la institución y las áreas de mejora, que serán el punto de partida por la elaboración del Plan de Responsabilidad Social Corporativa.

AUTORES: Ana Rodríguez Cala; N Durán García; C Calle Rodríguez.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català de la Salut.

ID: 214

TÍTULO: DISEÑANDO CON Y PARA EL PACIENTE PARA OFRECER UN SERVICIO INTEGRAL Y EXCELENTE

RESUMEN:
Necesidad de anticiparse a las necesidades de los pacientes desde una base más humanista, con el objetivo de redundar en la satisfacción de las expectativas de los mismos en coherencia con el despliegue y desarrollo de los objetivos estratégicos y los valores corporativos de nuestro hospital.
• Proporcionar un servicio integral y enfocado a la excelencia en la prestación de una asistencia sanitaria que yendo más allá de su estancia en el hospital, acompañe al paciente durante su proceso de tratamiento.
• Adecuarnos a las necesidades y expectativas del paciente: identificar necesidades reales y convertirlas en ideas y oportunidades para la mejora del servicio prestado.
Dentro de la apuesta por la calidad asistencial de la Clínica, el conocimiento de las necesidades y expectativas de los pacientes se perfila como un elemento clave para mejorar los servicios y enfocarlos más adecuadamente. Para ello, se ha puesto en marcha una línea de trabajo para obtener información sobre las actitudes, vivencias, percepciones, valoraciones, demandas, conductas y expectativas de los pacientes, respecto a la experiencia vivida de su enfermedad. Se contempla el proceso asistencial que va desde el reconocimiento de los primeros síntomas hasta la fase posterior al tratamiento o de controles. Para ello se ha establecido una metodología de trabajo en tres fases:
1-Identificación de grupos objetivo y definición de la metodología más adecuada para captar sus preocupaciones y demandas como protagonistas de su enfermedad (grupos focales, entrevistas personalizadas, colaboraciones con asociaciones de pacientes y otros agentes sociales, etc.).
2-Para cada grupo, definición de objetivos buscados, responsable/s, metodología, plazos, muestra objetivo, tipología de paciente, etc., aprobación por Comité de Dirección y lanzamiento del proceso.
3-Identificación, selección y priorización de ideas recopiladas e inclusión en el plan de gestión de la Clínica.
Durante tres años se ha estado trabajando con grupos focales en Urgencias, Oncología, UCI y Hospitalización. La aplicación de esta técnica identifica cómo afectan diferentes fenómenos o situaciones a las personas; explica y profundiza en las percepciones, sentimientos y pensamientos de los sujetos involucrados en diversas problemáticas. Adicionalmente se ha recurrido a entrevistas personales y reuniones de trabajo con Asociaciones de pacientes.
El resultado ha sido la identificación de más de 15 proyectos relacionados con: la formación a profesionales, la educación hacia el paciente, el apoyo psicológico de paciente a paciente, espacios más amables, acceso a servicios complementarios, etc. que se han ido poniendo en marcha o bien se han planificado en próximos ejercicios.

AUTORES: Consuelo Pantoja Álvarez; I Urrutia Johansson; A Uranga Ibarra; C Alonso Rodríguez; A Collía Posada.

CENTRO DE TRABAJO: Clínica IMQ Zorrotzaurre.

ID: 215

TÍTULO: HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO G3

RESUMEN:
La unidad de Hospitalización a Domicilio (HADO) de tipo polivalente, incluye la atención a pacientes pluripatológicos como una de sus principales actividades asistenciales. El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de patologías asociadas supone una sobrecarga para el sistema sanitario que puede ser aliviada parcialmente, por la atención domiciliaria.
Describir las características de la atención al paciente pluripatológico G3 durante los años 2015 a 2017 en HADO
Estudio descriptivo retrospectivo. Variables de estudio: frecuencia, edad, procedencia al ingreso, destino al alta, pacientes institucionalizados, uso de terapia antibiótica endovenosa (TADE), uso de diurético IV, visitas domiciliarias médicas y enfermeras, estancia media y estancias hospitalarias evitadas. Datos obtenidos del registro de actividad de la unidad.
Resultados: El número de pacientes pluripatológicos G3 atendidos fue: 532 en 2015, 655 en 2016, 664 en 2017, representando el 58% (2015), 63% (2016), 72% (2017) del total de pacientes.
La edad media fue 83,7 años.
La procedencia al ingreso corresponde a Atención Primaria el 32% y a Atención Especializada el 68% de media anual.
El destino al alta fue el reingreso hospitalario del 11% (2015), 8% (2016), 8% (2017); el exitus del 15% (2015), 12% (2016), 10% (2017) y la estabilización del 74% (2015), 80% (2016), 82% (2017).
Los pacientes institucionalizados fueron de media el 32% anual.
Precisaron de TADE una media del 45% anual.
Se utilizó diurético IV en un 4,77% de media anual
Las visitas domiciliarias médicas fueron 3867 (2015), 4576 (2016), 4529 (2017), siendo el 57,51% (2015) 63,58% (2016) y 71,48 (2017) del total de visitas médicas.
Las visitas domiciliarias enfermeras fueron 6403 (2015), 6989 (2016), 7603 (2017) representando el 57,51% (2015), 63,59% (2016), 71,48% (2017) del total de visitas enfermeras.
La estancia media se situó en 12 días (2015) 9,8 días (2016) y 9,2 días (2017)
El número de estancias hospitalarias evitadas fue 6.426 (2015), 6.451 (2016), 6.126 (2017).
Conclusiones: El aumento del 14 % del porcentaje de pacientes pluripatológicos atendidos refleja la creciente presión asistencial de este tipo de pacientes. La atención domiciliaria demuestra elevados porcentajes de estabilización con una tendencia creciente (+8%) y bajos porcentajes de reingreso hospitalario con tendencia decreciente (-3%).
La media de visitas médicas anuales fue 4324 y 6998 las de enfermería, apreciándose un incremento de la carga asistencial del 13,97%.
La estancia media se redujo un 23%, considerándose un óptimo resultado de mejora de la eficacia asistencial.
La media de estancias hospitalarias evitadas fue 6452,67 por año, lo que supondría mantener 17 camas hospitalarias ocupadas durante todo el año.
La HADO demuestra ser un modelo asistencial eficaz y eficiente para el abordaje del paciente pluripatológico G3 dentro del Sistema Nacional de Salud.

AUTORES: Rafael Marín Zurdo; L Real López; C Lucas Núñez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 216

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INDICACIÓN DE CATÉTER VASCULAR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

RESUMEN:
La vía endovenosa está indicada para la administración de la mayoría de tratamientos antineoplásicos y de soporte en el paciente oncológico. Los tratamientos prolongados, con fármacos vesicantes e irritantes y repetidas venopunciones pueden producir flebitis, extravasaciones y agotamiento del capital venoso.
Seguir las recomendaciones de guías de práctica clínica de administración de tratamientos endovenosos garantiza seguridad y calidad y previene complicaciones. Se ha diseñado e implantado un procedimiento de indicación de catéter venoso.
Describir la implantación del nuevo procedimiento de indicación y colocación del catéter venoso en un centro oncológico.
En 2016 el grupo multidisciplinar elabora y aprueba el procedimiento. En 2017 se difunde profesionales e implanta en los 3 centros. En Noviembre 2017 Se realiza estudio observacional transversal, con auditorias para evaluar cumplimiento. Ámbito: 3 centros. Muestra: 143 historias de paciente ingresado 164 ambulatorios. Variables estudiadas: nº de catéteres, tipo de catéter central (CVC) o periférico, duración y características del tratamiento, así como indicadores complicaciones como flebitis y extravasaciones.
De 2015 a 2017 aumenta un 14,9% la colocación del catéter central. Hasta Abril de 2018 se prevé incremento del 35,7%.
De 143 historias de paciente ingresado, 58,3% hombres con 62,6 años de edad media, (rango 24-87). Por patología: Oncológica 65,7% y hematológica en 34,5%. En las 164 historias de paciente ambulatorio un 51,2% era hombre, edad media de 62,3 (rango 21-92 años). Patología más prevalente mama, pulmón y colorrectal.
En paciente ingresado, un 43,5% eran portadores de un CVC, 45,3% de los tratamientos eran irritantes o vesicantes que no recomienda vía periférica. Un 74,97% de pacientes tenían indicación correcta del catéter colocado.
En paciente ambulatorio, 44,5% portaban CVC y el 69% de los tratamientos administrados no permitían la vía periférica. El catéter estaba correctamente indicado en el 68% de casos.
De complicaciones, en paciente ambulatorio, en años 2015, 2106 y 2017 la tasa media de flebitis química es de 1,36- 0,68- 0,3/1000 administraciones respectivamente y la tasa de extravasaciones resultó de 1,02- 0,96- 0,61/1.000 administraciones. Para estos 3 años la flebitis por catéter periférico en hospitalizados resulta de 6,83% - 6,94% y 4,31% respectivamente.
Según resultados obtenidos, se ha añadido consideraciones al procedimiento no contempladas inicialmente. Se detectan resistencias de profesionales en la elección adecuada del catéter, posiblemente relacionadas con prácticas anteriores no actualizadas. Es necesario continuar evaluando práctica e indicadores para asegurar calidad y seguridad.

AUTORES: Raquel Azor Portoles; Ma Serra Barril; S Cabrera Jaime; I Brao Perez; A Jimenez Zarate; T Ferro Garcia.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català D'oncologia.

ID: 217

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

RESUMEN:
Una de las medidas para mejorar la seguridad del paciente es la implantación de sistemas de prescripción electrónica. Facilita las intervenciones farmacéuticas, el acceso a la información y la comunicación entre profesionales, aumentado la seguridad del tratamiento farmacológico.
Describir y cuantificar las intervenciones farmacéuticas asociadas a un sistema de prescripción electrónica. Detectar incidencias en la prescripción e identificar áreas de mejora relacionadas con el programa informático.
Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital general nivel II de 161 camas. Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados durante un periodo de 3 meses (febrero-abril 2018). En noviembre 2016 se implantó un programa de prescripción electrónica de desarrollo propio. El farmacéutico valida diariamente todas las prescripciones y las incidencias detectadas se comunican al médico responsable mediante un sistema de mensajería. Durante el periodo de estudio se registraron todas las intervenciones relacionadas con la prescripción electrónica.
Se registraron 520 intervenciones farmacéuticas (IF) relacionadas con la prescripción correspondiente a 1286 ingresos hospitalarios. Clasificación de las IF: conciliación de medicación al ingreso: 114 (21.9%), ajuste de horario de administración: 69 (13.3%), IF relacionadas con la dosis: 58 (11.2%), IF relacionadas con la pauta: 55 (10.6%), vía de administración y/o adecuación de la forma farmacéutica: 42 (8.1%), registro de alergias: 35 (6.7%), intercambio terapéutico: 32 (6.2%), duración del tratamiento: 27 (5.2%), detección de duplicidades: 24 (4.6%), transcripción de la orden médica: 21 (4%), medicamentos contraindicados: 19 (3.7%), recomendaciones relacionadas con la forma de administración: 6 (1.2%), terapia secuencial: 3 (0.6%) y otros: 14 (2.7%). Las principales IF realizadas han sido las relacionadas con la conciliación de medicación al ingreso, de las cuales, la mayoría fueron por omisión (43.9%), seguido por diferencias en dosis (24.5%) o pauta (24.5%).
El registro de las incidencias ha permitido identificar áreas de mejora relacionadas con el programa informático: ajuste de horario de administración y registro de alergias.

AUTORES: Ana Rizo Gómez; G Ballesteros Cabañas; M Montserrat Toran; M Barrantes Gonzalez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Plató.

ID: 218

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD QUIRÚRGICA

RESUMEN:
El Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) es una herramienta fundamental de la que disponen los profesionales de enfermería que posibilita la continuidad de cuidados favoreciendo la coordinación entre niveles asistenciales, comunicación entre atención especializada y primaria que es esencial para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. El ICE representa un indicador de la calidad del cuidado. Este informe adecuadamente cumplimentado supone un aumento en la satisfacción del paciente que precisa cuidados continuados.
Analizar el grado de cumplimentación del ICE en una unidad quirúrgica de un hospital universitario.
Estudio descriptivo con método de revisión retrospectiva en dos momentos de tiempo distintos, mayo 2015 y mayo 2016.
En primer lugar se elaboró un documento-guía para la correcta cumplimentación de los ICE en el hospital universitario. En el 2015 se estudió su grado de cumplimentación en una unidad quirúrgica. Se elaboró un informe con los resultados de dicha unidad que se difundió entre el personal de enfermería. En enero del 2016 se implementaron una serie de medidas dirigidas a mejorar su cumplimentación definiéndose los campos más relevantes (por consenso entre atención especializada y primaria) y se realizó una sesión general para su difusión. Se replicó dicho estudio en mayo de 2016.
Las variables analizadas son: motivo de alta, alergias, resumen de estancia del paciente, necesidad de continuidad de cuidados, valoración al alta de las necesidades básicas alteradas del paciente, última toma de constantes y recomendaciones al alta. Para la recogida de datos se utiliza el aplicativo informático de gestión de cuidados GACELA Care.
Se analizan un total de 86 Informes de Cuidados de Enfermería, 40 del 2015 y 46 del 2016. Se obtienen los siguientes resultados de los campos principales a estudio: el resumen de estancia del paciente mejora del 2015 al 2016 (del 72.50% al 86.96%), en el campo de continuidad de cuidados también observamos una discreta mejoría (de 85 a 86,96%), en las recomendaciones al alta los resultados son mejores en 2015 (90% frente al 84.78%), y en la valoración al alta de las necesidades básicas alteradas es donde se obtienen las cumplimentaciones más bajas (51,16%).
El ICE proporciona una información esencial al paciente y al profesional de enfermería que continuará con sus cuidados. En este estudio el grado de cumplimentación de los diferentes campos de los que está compuesto el ICE es bastante elevada, apreciándose una notable mejoría tras la intervención realizada en el resumen de estancia del paciente y discreta mejoría en continuidad de cuidados, campos considerados como los más importantes al igual que las recomendaciones al alta. Se considera realizar una nueva intervención con el objetivo de seguir mejorando la cumplimentación del ICE en esta unidad quirúrgica.

AUTORES: SAra Martínez Arribas; C Peña Molinero; F Valiñas Sieiro; S Otero Pinto; S González Hernando; Ml Hormilla Martínez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Burgos.

ID: 219

TÍTULO: ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: IMPACTO EN LA PREVALENCIA DE UN HOSPITAL

RESUMEN:
Las úlceras por presión (UPP) constituyen un problema importante que repercute en la calidad asistencial. Su aparición supone un aumento del riesgo de infección, eleva el riesgo de mortalidad, incrementa el dolor, produce impotencia funcional y pérdida de autonomía. Las complicaciones derivadas prolongan la estancia hospitalaria, los costes asociados y repercute de forma directa en la carga asistencial y, por tanto, en la calidad de los cuidados.
Describir las estrategias para la prevención y tratamiento de UPP.
Evaluar el impacto de las estrategias en la prevalencia de UPP.
La metodología utilizada se basa en el ciclo de mejora continua de la calidad, también conocido como círculo PDCA. Consiste en una secuencia cíclica de actuaciones que se hacen a lo largo del ciclo de vida de un servicio o producto para planificar su calidad, en particular en la mejora continua
La mejora continua para la prevención y tratamiento de UPP está enfocada a la estructura, proceso de atención y resultado.
Las principales estrategias desarrolladas son:
- Creación de un equipo de mejora continua multidisciplinar.
- Diseño y actualización de la Guía de Prevención y Tratamiento de UPP, en base a la evidencia científica, con una periodicidad mínima de 3 años.
- Actualización de productos recomendados para la prevención y tratamiento de las UPP en base a la evidencia.
- Creación de una red amplia de profesionales expertos en prevención y tratamiento de UPP con representantes de cada unidad de hospitalización.
- Registro específico en la historia clínica informatizada de la valoración del riesgo de UPP y plan de cuidados y tratamiento.
- Formación anual para los profesionales de enfermería mediante cursos internos y acreditados por la Comisión de Formación Continuada.
- Difusión de información abreviada (formato póster), obtenida de la guía de UPP, sobre los tipos y uso de los recursos disponibles para el tratamiento de UPP.
- Monitorización a través de estudios de prevalencia (trimestral desde 2017), indicadores de incidencia (análisis de eventos centinela), sistema de registro y notificación de incidentes/eventos adversos, y evaluación de la calidad del registro informatizado de la valoración y plan de cuidados de enfermería.

Para la implantación de dichas estrategias ha sido necesario concienciar a los profesionales de enfermería, a través de la difusión periódica de resultados, y facilitar la planificación de los cuidados de prevención y tratamiento de UPP mediante un sistema de apoyo a la decisión clínica (CDSS) informatizado.
El impacto de las estrategias desarrolladas se manifiesta en la prevalencia de UPP que ha disminuido en más de un 50%, pasando de 8,7 % a 4,13 %, en un periodo de 6 años.

AUTORES: Maite Rodríguez Murugarren; B Larrea Leoz; J Labiano Turrillas; C Gordo Luis.

CENTRO DE TRABAJO: Clínica Universidad De Navarra.

ID: 220

TÍTULO: EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA REDUCIR EL RIESGO DE IATROGENIA ASOCIADA A PRESCRIPCIÓN TRIPLE WHAMMY

RESUMEN:
La asociación de IECA o ARA II con diuréticos y AINE, conocida como triple whammy (TW), es una asociación a evitar por su potencial riesgo de fallo renal agudo (FRA). De lo contrario, se recomienda monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio, especialmente durante el primer mes de tratamiento.
Evaluar el efecto de una intervención farmacéutica para adecuar los tratamientos combinados TW en pacientes de un sector sanitario.
Diseño: estudio de intervención, antes-después.
Población: pacientes de un sector sanitario (75.756 habitantes, mayo 2018; 16 equipos de atención primaria (EAP)) con prescripciones activas en receta electrónica y con prescripción TW.
Intervención: Se realizaron dos sesiones clínicas sobre el riesgo de FRA asociado a la TW recomendando revisar y evaluar su pertinencia para cada paciente (febrero 2017, octubre 2017) impartidas por la farmacéutica de atención primaria (FAP) del sector. Participaron los coordinadores médicos y de enfermería de los 16 EAP del Sector. Se envió a cada médico de atención primaria (MAP) del sector un listado con los pacientes que tenían prescripción TW activa en tres ocasiones: febrero, julio y diciembre 2017. Además, desde octubre 2016, los MAP de la comunidad autónoma pueden obtener mensualmente listados con los pacientes de sus cupos con prescripciones activas TW a través del Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia.
Variables: pacientes con prescripción TW activa en receta electrónica respecto al total de pacientes con prescripciones activas en cada punto de corte (febrero, julio, diciembre 2017 y febrero 2018)
Estadística: estadística descriptiva, test McNemar. Se considera significación estadística $p< 0,05$.
Fuente de datos: receta electrónica, CM de Farmacia.
Periodo: Febrero 2017 (pre-intervención) – Febrero 2018 (post-intervención).
Número de pacientes del sector con TW en febrero, julio, diciembre 2017 y febrero 2018, respectivamente: 1.084 (3,2%), 956 (2,8%), 917 (2,7%) y 828 (2,4%). La comparación antes-después muestra diferencia estadísticamente significativa ($p< 0,001$).

La intervención ha sido efectiva para disminuir número de pacientes con prescripción TW.

AUTORES: Cristina Perez Diez; MT Laínez Lorente; J Vicente Mallen; S López Ibáñez; S Valdearcos Enguidanos; M Martínez Martínez.

CENTRO DE TRABAJO: Centro De Salud Teruel Ensanche.

ID: 221

TÍTULO: ¿UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INFLUYE EN EL TIEMPO DE TRIAJE HASTA ATENCIÓN EN LOS PACIENTES DE ALTA PRIORIDAD?

RESUMEN:
El Sistema de Triaje Manchester (STM), clasifica a los pacientes por colores según prioridad .
El Tiempo Triaje-Atención Médica (TTA) es considerado un indicador fundamental a la hora de implantar un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)
Los pacientes clasificados como NARANJA se consideran de alta prioridad y deben de ser atendidos en < 10 minutos. La atención de estos pacientes se lleva a cabo en dos circuitos según la sintomatología que presenten y de la capacidad de deambular que tengan: Consulta Preferente (CP) o Boxes (BO).
Describir las características de los pacientes clasificados por el STM como NARANJA asignados a los circuitos de CP y BO y analizar las diferencias en el TTA en ambos circuitos antes y después de la implantación de un SGC
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó a todos pacientes mayores de 15 años atendidos en un SUH entre los años 2011 y 2015. Se estableció como criterio de inclusión la asignación del paciente al circuito BO Y CP clasificado como NARANJA según el STM. Se excluyeron los pacientes que cumplían estas características y que eran tributarios de los servicios de Traumatología, Ginecología, Otorrinolaringología y/o Psiquiatría.

Se analizaron las características demográficas de la población atendida, así como la distribución de la misma en el periodo del estudio y la variación del TTA (minutos), realizando una comparación antes después de la implantación de un SGC (2011-2013 [P1] frente a 2013-2015 [P2]. Las variables se expresarán en función del comportamiento paramétrico de las mismas. Los datos fueron proporcionados por parte del Servicio de Informática del centro.
Durante el periodo del estudio atendieron un total de 233.305 pacientes, de los que 27276 (11,7%) cumplían criterios de inclusión, la edad media fue 59,4 ± 20,9 años, con un 72 % >75 años, y 52,4 % fueron varones.
Del total de pacientes incluidos, 10657 (39,1%) fueron atendidos en el circuito de BO (4430 en P1 y 6227 en P2) y 14344 (52,6%) en lo hicieron en de CP (4430 en P1 y 6227 en P2).

En el circuito de BO, la edad de los pacientes fue de 71,1±1,2 años (53% >75 años) y el TTA el en P2 (16,2[19,7] minutos) fue inferior al P1 (17,7[19,8] minutos)(p=0.006).

En el circuito de CP, la edad media fue de 55,2±20 años (18,8% >75) y el TTA el en P2 (13,47[19,4] minutos) fue inferior al P1 (16,05[19,4] minutos)(p< 0.001)

El TTA de pacientes de alta prioridad ha disminuido de forma significativa tras la implantación de un SGC, tanto en si ésta se lleva a cabo en un circuito de pacientes ambulantes (CP) como encamados (CA).

AUTORES: Mª Victoria Olalla Martin[1]; R Romero Pareja[2]; I Thuissard Vasallo[3]; D Sanz Rosa[4]; F Salas Alvarez del Valle[5].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Getafe[1, 2, 5]; Universidad Europea de Madrid[3, 4].

ID: 222

TÍTULO: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR EL MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA AGUDA EN UN SECTOR SANITARIO.

RESUMEN:
La faringoamigdalitis aguda bacteriana más frecuente en la edad pediátrica está producida por Streptococo pyogenes (FAS) (5-15%). El tratamiento de elección de la FAS en niños es la Penicilina V oral (sensibilidad del 100%) y espectro reducido que generará menos resistencias en otros patógenos. Como alternativa se puede utilizar amoxicilina vía oral o penicilina benzatina IM en dosis única en caso de intolerancia digestiva.
Evaluar si una intervención farmacéutica sobre pediatras de atención primaria, médicos de atención primaria (MAP) y médicos de atención continuada (MAC) mejora la calidad de prescripción de antibióticos en pediatría en un sector sanitario y fomenta la utilización de antibióticos de primera elección para la FAS.
Diseño: estudio de intervención, antes-después.
Población: pacientes pediátricos (0-14 años) de un sector sanitario (75.756 habitantes, mayo 2018; 16 equipos de atención primaria (EAP)) con prescripciones (activas en algún momento en los últimos 12 meses) de antibióticos sistémicos (J01) asociadas al diagnóstico de FAS (código CIAP R72).
Intervención: Se realizaron dos sesiones clínicas en cada EAP del sector dirigidas por la farmacéutica de atención primaria (FAP) (1ª sesión: octubre 2017; 2ª sesión: marzo 2018) sobre criterios diagnósticos y pautas de tratamiento. Las sesiones estaban dirigidas a pediatras, MAC y MAP.
Variables: porcentaje de prescripciones de pacientes pediátricos con FAS que son antibióticos de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina) respecto al total de pacientes con prescripciones activas de antibióticos sistémicos (J01) en cada punto de corte (septiembre, diciembre 2017 y abril 2018)
Estadística: estadística descriptiva, test Chi-cuadrado. Se considera significación estadística $p< 0,05$.
Fuente de datos: receta electrónica, CM de Farmacia.
Periodo: Septiembre 2017 (pre-intervención)-Abril 2018 (post-intervención).
Porcentaje de prescripciones de antibióticos de primera elección respecto al total de prescripciones de antibióticos sistémicos para la FAS en septiembre, diciembre 2017 y abril 2018, respectivamente: 67,0%, 70,0% y 71,5%. La comparación antes-después (septiembre 2017-abril 2018) muestra diferencia estadísticamente significativa ($p=0,012$).

Aunque las intervenciones realizadas hasta el momento han sido efectivas para fomentar la utilización de antibióticos de primera elección en el tratamiento de la FAS en la edad pediátrica, sería deseable repetir la intervención en los próximos meses para conseguir que el 100% de los pacientes pediátricos con FAS del sector reciban penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina.

AUTORES: Cristina Pérez Diez[1]; MT Laínez Lorente[2]; J Vicente Mallén[3]; S López Ibáñez[4]; S Valdearcos Enguidanos[5]; M Martinez Martínez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Centro De Salud Teruel Ensanche.

ID: 223

TÍTULO: EL VALOR DE LA ATENCIÓN SANITARIA: RESULTADOS QUE REALMENTE IMPORTAN

RESUMEN:
Un nuevo modelo de gestión sanitaria (medicina basada en el valor MBV) propone medir el valor de la atención sanitaria como los resultados que son importantes en los pacientes, dividido por el coste de la atención prestada. Este modelo permite hacer converger los intereses de todos los actores en la búsqueda de un mismo resultados: los mejores resultados para el paciente. Muchos de estos son reportados por el paciente (Patient Reported Outcomes PROMs); otros son
La implementación de MBV representa un reto para el sistema sanitario, que implica cambios en las personas, en los procesos, en los sistemas de información, en la cultura de la organización y en sistemas de financiamiento
Explicar la implentación de la medicina basada en el valor en un hospital terciario
Fases
Planificación: Constitución del equipo coordinador, selección del proceso clinico dónde implementarlo
Diseño: Elección de indicadores a medir con participación de profesionales y pacientes con la metodologia design thinking. Paralelamente, se rediseñará el proceso de atención en torno a la condición clínica con la finalidad de integrar todos los actores y dispositivos por los que pasa el paciente en concordancia con las medidas de resultado propuestas.
Construcción: Adaptación de herramientas informáticas y nuevas tecnologies para recoger, analizar y mostrar los resultados en la historia clínica de cada paciente, enviar al paciente y hacer anàlisis agregados (cuadro de mandos)
Implementación: Puesta en marcha de la recogida de resultados
Evaluación: Encuestas antes y después y seguimiento mensual de indicadores de cuadro de mando
Se seleccionó el proceso de ICTUS y se recogen 4 cuestionarios validados como PROMs (PROMIS-10, EQ-5D-5L, WPAI y HADs), 15 resultados clínicos reportados por los profesionales y 5 resultados provenientes de los registros administrativos.
Se estableció un formato de recogida dentro de la historia clínica SAP que permite obtener información de forma estructurada y siguiendo la lógica del flujo de atención de cualquier paciente con ICTUs (Proceso SAP). Los resultados auto-reportados por paciente se recogen con una herramienta digital que permite envío de cuestionarios online a los pacientes, seguimiento de la tasa de respuesta e identificar alertas, todo cumpliendo con LOPD . Se realizaron mejoras en el proceso de atención que representó mayor agilidad en la atención al paciente, estandarización de los cuidados en planta, unidad de ICTUs y urgencias y se eliminaron tareas que no aportaban valor.Actualmente se están procesando los cuestionarios basales de empoderamiento de paciente y satisfacción de profesionales.
Lograr identificar, medir y seguir los resultados en pacientes y que estos estén disponibles para los profesionales inclusive antes de la visita del paciente nos permitirá añadir valor en las consultas mejorando las decisiones compartidas, empoderamiento del paciente, relación profesional-paciente y añadir calidad a la atención

AUTORES: Yolima Cossio; C Velasco; M Gutierrez; S Romea; V Martinez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Vall d'Hebron.

ID: 224

TÍTULO: EXPLORAMOS LA VOZ DEL PACIENTE, GESTIONAMOS LA INFORMACIÓN Y GESTIONAMOS LA CALIDAD

RESUMEN:
El papel de los ciudadanos en el sistema sanitario, la precepción de su salud, sus expectativas o demandas, no siempre han sido convenientemente valoradas por el sistema o los profesionales que lo integran.
Nadie pone en duda la necesidad de avanzar en el conocimiento de la "voz del paciente" sea de forma individual o colectiva, mediante la participación activa en asociaciones o entidades.
En el contexto de las actividades comunitarias, en un área de salud rural dispersa en una decena de municipios se ha realizado una encuesta de salud con el enfoque de "conocer para mejorar"

- Aproximar al conocimiento de los hábitos de vida de la población y a la percepción del estado de salud individual
- Cuantificar el conocimiento de las entidades locales y el grado de participación en las mismas
- Objetivar la relación con el centro de salud, el conocimiento, la participación y el grado de interés en las actividades relacionada con la salud que se ofertan desde el mismo.

La base de la experiencia mediante un estudio descriptivo es una encuesta aleatoria anónima (marzo 2018, 198 encuestas válidas) a pie de consulta (sala de espera) en los municipios del área básica de salud.
La encuesta de una veintena de preguntas recoge las variables: edad y sexo; percepción estado de salud; hábitos de vida: deporte, consumo tabaco y alcohol; percepción de la idoneidad / adecuación de la oferta de servicios socio-sanitarios-culturales-lúdicos; conocimiento y participación asociaciones locales; visión y relación con el centro de salud; actividades sobre salud: conocimiento, participación y grado de interés.
Distribución por edad y sexo: 0-18 años 2.6%, 18-30 años 5.6%, 31-50 años 37.7%, 51-65 años 30.6%, más 65 años 23.5%; 64.3% mujeres - 35.4% hombres
Percepción estado de salud: Excelente 5% Muy bueno 22% Bueno 44% Regular 25% Malo 4%
Hábitos: Practica deporte, habitualmente 47%; Fuma 21%; Consumo alcohol: Diario:11% Fin semana: 37% Esporádico: 3% Abstemio: 49%
Oferta adecuada de servicios a la población: 82%
Conocimiento asociaciones y entidades: las conoce 86%; participa activamente 37% , no participa un 67% de los que un 46% desearía participar.
Relación con el centro de salud: Muy buena: 51% Buena 48% Regular 1% Mala 0%
Importancia / necesidad de la colaboración del centro de salud con las demás entidades: 93%
Conocimiento de las actividades: 86% ; asiste regularmente 53%
Percepción de idoneidad o suficiencia de actividades por edades: infancia 72%; adolescencia 46 %; edad adulta 58%; tercera edad 74%.
Conclusión:
La información recogida debe completarse y compartirse con las entidades locales para adaptar la oferta asistencial global, en especial la comunitaria, a las necesidades de los usuarios.
Destacan positivamente: la percepción de la salud individual 71% entre buena y excelente; el conocimiento de asociaciones y entidades 86%; el conocimiento de las actividades de salud 86% y la relación con el centro de salud entre buena y muy buena 99%

AUTORES: Carlos Roca Burillo; J Garcia Hinojosa; M Astals Bota; A Asensio Mayals; M Polo Sentañes; FJ Garrabella Puyal.

CENTRO DE TRABAJO: ABS LLEIDA RURAL NORD- GESTIO DE SERVEIS SANITARIS.

ID: 225

TÍTULO: ¿UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INFLUYE EN LOS TIEMPOS DE ESPERA Y LAS RECLAMACIONES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS?

RESUMEN:
Los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) y la Norma ISO están orientados fundamentalmente a la mejora de la satisfacción del usuario.
Entre los indicadores más útiles están la medida de tiempos de estancia y atención en el Servicio de Urgencias (SU) y el análisis de las reclamaciones por este motivo
Analizar la variación en los tiempos de atención médica y de las reclamaciones antes y después de la implantación de un SGC.
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó a todos pacientes mayores de 15 años atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe entre los años 2011 y 2015. Se excluyeron los pacientes derivados a los servicios de Traumatología, Ginecología, Otorrinolaringología y/o Psiquiatría Se analizó el Tiempo desde admisión hasta Triaje (TTA) y el tiempo total en urgencias (TT) de los pacientes incluidos y la variación de los mismos en relación a la implantación del SGC (P1 2011-2013 y P2 2013-2015). Del mismo modo, se ha llevado a cabo un análisis de las reclamaciones globales y, de forma más concreta, de las identificadas como "Retraso en la Atención", en ambos casos medidas en ‰ atenciones. La fuente de información utilizada ha sido la aplicación informática Cestrak®, del registro del Servicio de Atención al Paciente
De los 233305 pacientes incluidos, 102325 (43,9%) en el P1 y 130980 (56,1%) en el P2. La edad media de 53,7± 21,1 años, el 19,4% de los pacientes era mayor de 75 años y un 48,3%, hombres.
El TTA en el P2 (43,37[74,17] minutos) fue superior al P1 (36,53 [58,42] minutos)(p=0.000) y el TT en el P2 (4,05 [3,76] (minutos)) fue superior al del P1 (3,75[3,65]minutos)(p=0.000))
Durante el P2 se registraron un mayor número de reclamaciones que durante el P1 [645 (4,92‰) vs. 395 (3,86‰); p=0.000].
De las reclamaciones definidas como "Retraso en la atención", en el P2 se registraron un mayor numero 324(2,47‰) que en el P1 169 (1,65‰) (p=0.020).
Además estas reclamaciones presentan en el P2 un 50,23% del total frente a un 42,78% del total en el P1
A pesar de haber implantado un SGC el TTA y el TT ha aumentado de forma significativa, además las reclamaciones totales han aumentado de forma significativa en el P2

AUTORES: Mª Victoria Olalla Martin[1]; R Romero Pareja[2]; I Thuissard Vasallo[3]; D Sanz Rosa[4]; F Salas Alvarez del Valle[5].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Getafe[1, 2, 5]; Universidad Europea de Madrid[3, 4].

ID: 226

TÍTULO: INTEGRACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN UN PROGRAMA DE INFORMATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

RESUMEN:
En los últimos años ha habido un rápido desarrollo en las tecnologías de la información (TIC). La sociedad se encuentra frente un nuevo paradigma e implica un cambio en la manera de hacer y de pensar, y demanda una mayor implicación de las organizaciones por la mejora de la calidad y seguridad asistencial. Los profesionales enfermeros, como agente socio-sanitario, cuidamos de las personas y debemos acompañar a la sociedad en este proceso de evolución.

Para satisfacer las demandas actuales, el Hospital Clínic de Barcelona apostó por las nuevas tecnologías mediante la creación de un programa propio de registros enfermeros. El Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas (ICMHO), participó en el piloto de la implementación del proyecto de informatización (IPA Paciente).
Conseguir la integración de los indicadores de calidad en el programa de informatización de los registros enfermeros.
Se desarrolló la herramienta informática IPA Paciente para el registro de los cuidados enfermeros basada en el método científico, conformada por 4 módulos que incluyen el proceso asistencial de enfermería.

En los módulos de IPA Paciente se integraron los siguientes indicadores de calidad: prevención del riesgo de úlceras por presión, prevención de las caídas, prevención de las infección nosocomial y valoración del dolor.

El ICMHO cuenta con la acreditación específica para los programas de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas, JACIE (Joint Accreditation Committee ISCT-Europe and EBMT). Por ello, coge especial relevancia el módulo de Registros Especiales de IPA Paciente, dónde registramos los cuidados y la prevención de enfermedades nosocomiales relacionadas con los catéteres vasculares y que son parte de los estándares de calidad que demanda JACIE.

Los indicadores descritos se registran por las enfermeras en la herramienta IPA Paciente. Son revisados por la Enfermera Clínica y la Enfermera de Calidad del programa JACIE de forma periódica.

El Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital elabora semestralmente el cuadro de mandos de los indicadores generales.
Desde la implementación del programa IPA Paciente en el ICMHO se han realizado tres cortes semestrales del cuadro de mandos en el periodo de abril de 2017 a abril de 2018.
Nos re-acreditamos por JACIE en septiembre de 2017.

Integrar en un sistema informático datos cualitativos supone un reto. Aún así, y dadas las ventajas que genera la informatización, se constata que la herramienta facilita el registro y análisis de los indicadores de calidad sin incrementar en exceso la carga asistencial de los profesionales.

AUTORES: Carolina Bonilla Serrano; N Borràs Maixenchs; M Valverde Bosch; C Cadena Caballero; A Serrahima Mackay.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínic Barcelona.

ID: 227

TÍTULO: GRADO DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL Y CORONARIA

RESUMEN:
El desarrollo científico y tecnológico de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha permitido mejorar la supervivencia de los pacientes. Sin embargo, desconocemos si a su vez, se les proporciona una adecuada atención en aspectos no directamente relacionados con la asistencia clínica, tanto en el plano emocional como organizativo.
Evaluar el grado de satisfacción de pacientes sobre aspectos no clínicos de su proceso con el fin de realizar cambios organizativos adaptados a sus preferencias.
Estudio descriptivo en pacientes ingresados en la UCI con más de 24 h de estancia, durante el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2017 al 31 enero del 2018, a los que se les entregó una encuesta de satisfacción el día de su alta por el médico responsable. Se les solicitaba que, tras su cumplimentación, de forma anónima, fuera introducida en un buzón sito en la sala de espera de familiares. Se recogieron datos demográficos y 19 ítems organizados en cinco apartados: condiciones medioambientales, relación con el personal médico, relación con enfermería y auxiliares, horarios de visita y aspectos generales relacionados con el trato percibido. Las 5 opciones de respuesta se puntuaron desde 1 (muy mal) a 5 (muy bien). Análisis estadístico mediante SPSS 19.00.
RESULTADOS: Se entregaron 114 encuestas de las cuales fueron recogidas y validadas 64 (56%). El 70% eran hombres y la edad media era 60.66 ± 14.9 años. Todos los ítems sobre la relación con el personal médico fueron puntuados con ≥ 4 puntos (bien o muy bien) por más del 83%, destacando que el 80% dieron la máxima puntuación a la amabilidad y educación en el trato. Sólo el 3% consideraron regular (3 puntos), la información recibida previa a un procedimiento. Todos los ítems sobre la relación con el resto del personal sanitario, recibieron ≥ 4 puntos por más del 89% de los pacientes, destacando igualmente que más del 91% consideraron que fueron atendidos con amabilidad y educación; los cuidados recibidos fueron calificados como muy buenos (5 puntos) por el 80%, y solo el 1.6% los calificaron como regulares (3 puntos). En cuanto a las visitas en la UCI, se puntuó con ≤ 3 puntos (regular, mal o muy mal): el horario (28%); la duración de la visita (25%); y el número de familiares por turno (21%). Con respecto a las condiciones ambientales, se puntuó ≥ 4: la limpieza (92%), el nivel de ruido adecuado (80%) y el grado de comodidad (89%). Finalmente, el 88 % de los pacientes expresaron con una puntuación ≥4, su satisfacción general durante el ingreso al margen de su enfermedad.
CONCLUSIONES: La valoración realizada por parte de los pacientes encuestados ha sido muy positiva en todas las variables analizadas, destacando la percepción del trato general recibido por parte del personal sanitario. Atendiendo a los datos referentes a las visitas, se han flexibilizado la duración y el horario, no así en el número de familiares, que se mantiene por operatividad de la unidad.

AUTORES: Josefa Francisca Murcia Payá; Md Rodriguez Mulero; Jm Allegue Gallego; J Batlles Muñoz De Escalona; V Serrano Torres; R Revolo Marrou.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Santa Lucia.

ID: 228

TÍTULO: ESTANCIA HOSPITALARIA PREPARATORIA EN CIRUGÍA DE CADERA. 48 HORAS DECISIVAS.

RESUMEN:
La fractura de cadera constituye un problema sanitario muy relevante en España por varias razones: la alta cantidad de casos, las importantes consecuencias tanto de morbilidad como de mortalidad y el consumo de recursos que origina su asistencia sanitaria. Sin embargo, no existe consenso aún entre las Comunidades Autónomas sobre si es un proceso susceptible o no de tratamiento urgente.
El análisis de los factores que determinan la mayor estancia hospitalaria preoperatoria en pacientes con patologías de cadera susceptibles de tratamiento quirúrgico. Análisis de éstos factores tanto en la bibliografía existente como en el caso concreto de nuestro hospital.
Se ha realizado un estudio de carácter bibliográfico, reuniendo alrededor de unas cien referencias relativas al tema. Con ellas se ha realizado un trabajo de confrontación para construir una revisión narrativa actualizada. Se han identificado las causas más comunes de retraso en la intervención quirúrgica de las fracturas de cadera en la bibliografía, así como en nuestro entorno. En principio, las mayores diferencias se han encontrado entre los hospitales que deciden intervenir esta patología de modo urgente, y los que no.
Más de un tercio de la estancia hospitalaria total se podría evitar si se dispusiera de un equipo quirúrgico en el momento del ingreso del paciente. Además, se calcula un ahorro de unos 600€ por paciente si se intervinieran dentro de las primeras 24 horas. En España, los diferentes estudios inciden en que, hasta el 25% del coste total del proceso podría reducirse con un tratamiento quirúrgico dentro de las primeras 24 horas.
Si bien hay discrepancias entre los estudios consultados respecto a la variación de la morbimortalidad relacionada con la demora quirúrgica, sí hay consenso en que en tratamiento urgente incide enormemente en la capacidad de recuperación de los pacientes.
Podemos dividir en dos grupos los factores que determinan la mayor estancia hospitalaria preoperatoria: organizativos como la no disponibilidad de equipo quirúrgico en el momento del ingreso del paciente y clínicos, como la patología previa y la revisión del tratamiento farmacológico del paciente

AUTORES: Inés Moreno Sánchez[1]; I Sánchez Martín[2]; J Moreno Herrera[3].

CENTRO DE TRABAJO: H. G. U. Morales Meseguer[1]; Universidad de Granada[2]; H. C. U. San Cecilio[3].

ID: 229

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE AISLAMIENTO DE CONTACTO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

RESUMEN:
La infección nosocomial (IN) sigue siendo un importante problema en cualquier UCI. El establecimiento de estrategias encaminadas a su prevención supone una mejora en la seguridad de los pacientes y un gran esfuerzo por parte del personal que les atiende.
Implantar un protocolo de aislamiento de contacto para mejorar el nivel de seguridad de los pacientes mediante la prevención de la IN en nuestra UCI.
Desde el año 2011, coincidiendo con la apertura del hospital y de su UCI, se han ido implantando de forma secuencial los programas nacionales de prevención de IN denominados 'RESISTENCIA ZERO'. Coincidiendo con la puesta en marcha recientemente de un Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001:2015 se ha medido la correcta indicación de aislamiento de contacto en los pacientes ingresados en UCI, se ha monitorizado dicho indicador y se ha propuesto como uno de los objetivos de calidad entre otras acciones.
Se diseñó, en colaboración con los médicos responsables de los programas ZERO, un protocolo para la indicación de aislamiento de los pacientes ingresados en UCI. Dicho documento fue consensuado por el resto de profesionales sanitarios, previo a su puesta en marcha, quedando accesible para su consulta. El protocolo se presenta como algoritmos de decisión.
RESULTADOS: En el algoritmo se definen, las indicaciones de aislamiento de los pacientes a su ingreso en UCI (incluyendo el aislamiento preventivo), así como el procedimiento de control y seguimiento, mediante toma de muestras de cultivos de vigilancia, y los requisitos necesarios para confirmar, iniciar o retirar la indicación de aislamiento durante el periodo de estancia en UCI. En la monitorización inicial se obtuvo un 86.96% de indicaciones correctas de aislamiento de contacto en UCI. La puesta en marcha del protocolo, como objetivo de calidad, pretende ser el instrumento para alcanzar el cumplimiento de dicho indicador en el 100% de los casos, valor estándar recomendado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC).
CONCLUSIÓN: La estandarización y monitorización del proceso de indicación de aislamiento de contacto, preventivo y/o confirmado, va a contribuir a mejorar el cumplimiento de las recomendaciones de los proyectos ZERO y minimizar el riesgo de IN mediante transmisión cruzada, lo que va a contribuir a mejorar de forma ostensible la seguridad de los pacientes ingresados en la UCI.

AUTORES: Josefa Francisca Murcia Payá; Md Rodriguez Mulero; A Ortin Freire; R Jimenez Sanchez; S Rebollo Acebes; A Fernandez Martinez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Santa Lucia.

ID: 230

TÍTULO: LA HUMANIZACIÓN DE LA RADIOLOGÍA, UN RETO A CUMPLIR.

RESUMEN:
Desde que Gabi Heras iniciase su proyecto HUCI, que ha transformado las UCIS de medio mundo, su ejemplo está sirviendo de guía a otras áreas como las urgencias, la gestión sanitaria, la oncología..etc. Toda La sanidad esta contagiándose de esta "bendita locura" que es ya una tendencia imparable.

La humanización de los servicios sanitarios trata de potenciar la cercanía entre el el hospital y el paciente y sus familiares, para que sientan que tienen un aliado cercano y que se ocupa de facetas no solamente médicas, sino también psicoafectivas, emocionales e incluso sociales.

Este año la Dra. Manchón (Radióloga y Directora del Grup Manchón de Barcelona) lanzó un reto a su equipo, al que invitaba a sumarse a todos los profesionales de la Radiología: "Doce meses, doce retos para humanizar la Radiología".

Los profesionales del servicio de radiología del hospital QuirónSalud Malaga decidimos sumarnos a ese reto.
- Analizar uno a uno los retos planteados, como se han puesto en marcha, que seguimiento y repercusión han tenido dentro del servicio. Y como ha afectado esto en la experiencia del paciente.
- Planificar para años posteriores un plan integral para la humanización de la Radiología.
- Mensualmente el reto plantado es expuesto ante todos los profesionales del servicio.
- Control, mediante auditorías, del cumplimiento de los retos planteados.
- Control de la evolución del NPS del servicio para comprobar si se ve afectado por esta iniciativa.

Se ha seleccionado como indicador de resultado de la acción la valoración de la satisfacción de nuestros pacientes mediante la herramienta NPS. El objetivo a alcanzar en diciembre de 2018 es un aumento de al menos un 20% en NPS.
Mensualmente se evalúa la implantación de las medidas mediante auditoría, evaluando el % de cumplimiento de la acción del mes en curso. Se realizan 30 observaciones al mes y se obtiene el resultado.
A partir de 2019, una vez implantadas todas las medidas se evaluará el cumplimiento con la metodología care bundles, dando únicamente como válidas las observaciones que cumplan las 12 premisas implantadas.

AUTORES: María José León Rodríguez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital QuironSalud Malaga.

ID: 231

TÍTULO: UTILIZACION DE LA ESPIROMETRIA COMO METODO INCENTIVADOR EN LA DESHABITUACION TABAQUICA

RESUMEN:
La Unidad Básica Asistencial de Atención Primaria, medico y enfermero, están en una posición inmejorable para realizar intervención en la deshabituación tabáquica, Hasta al menos un 70% de los fumadores visitan al menos una vez al año a su medico o enfermera y estudios clinicos a gran escala como el National Health and Nutritiun Examination Survey confirman la capacidad de la espirometria para identificar Enfermedad Pulmonar presintomatica en fumadores teniendo en cuenta que el habito tabáquico esta directamente ligado a la EPOC,y el 15% de los fumadores desarrollaran obstrucción de la via aérea.
La espirometria es una prueba necesaria y accesible para su diagnostico y habiendo constatado el infradiagnostico de esta enfermedad que genera el 10% de las consultas de Atencion Primaria, nos planteamos una intervención a través de la espirometria
Aumentar el diagnostico de Epoc en la ZBS
Utilización de la prueba como método incentivador de deshabituación tabáquica
OBJETIVO PRINCIPAL: Evaluar la efectividad de la espirometría junto con una intervención mínima para el abandono del tabaco en personas, considerando la posible disminución de la incidencia de EPOC disminuyendo el habito tabáquico.
POBLACION: Participaran en el estudio pacientes mayores de 18 años durante un año, fumadores activos con un índice de consumo de tabaco mayor de 10 paquetes/año, sin diagnostico previo de EPOC que acuden a consultas de cualquier tipo.
INTERVENCION: la enfermera realizara una espirometría forzada con prueba broncodilatadora,
1ª- intervención: en el proceso de la espirometria, pregunta sobre el numero y tiempo de habito tabaquico,
2ª- intervención: en consulta medica, resulados de la espirometria y test de Richmond
Las principales aplicaciones de la Espirometria consisten:
Valorar la disfunción respiratoria
Determinar la gravedad de un proceso,
Estimar el pronostico de una enfermedad o monitorizar su evolución
Por ultimo y mas importante para nuestro estudio, la demostracion de resultados espirometricos anormales promueve la adhesion a tratamientos de deshabituacion tabaquica y aumenta la tasa de exito alcanzado en los intentos de abandono
Resultados
En los primeros 4 meses del estudio, el 70% de los pacientes han disminuido el numero de cigrrillos/dia y el 10% de ellos han abandonado el habito de fumar.
Planteamos seguimiento del proceso con 5 visitas anuales en consulta:
1ª semana
2ª semana
1º 2º y 3º meses
Repetición de la espirometria al año porque, aunque esta demostrado que la eliminación del tabaco no mejora los valores del FEV1, logra que la caida anual de esta variable se aproxime a la de los no fumadores y sirve para frenar la evolución de la enfermedad.

AUTORES: Isabel Gonzalo Martinez; V Alvarez Alvarez; V Gonzalez Rodriguez.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Salas de Los Infantes.

ID: 232

TÍTULO: PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE INGRESOS PROCEDENTES DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN:
La principal función de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en el hospital, es la vigilancia y el tratamiento del paciente con una aceptable situación de su estado basal, que se encuentra en riesgo vital, presente o potencial, provocado por una patología con posibilidad de recuperación. Es de suma importancia definir la sistemática utilizada para la gestión de los ingresos de estos pacientes desde diferentes áreas siendo la referente a las urgencias extrahospitalarias, 061, especialmente interesante.
Definir el proceso de gestión de ingresos en una UCI desde urgencias extrahospitalarias.
Con objeto de mejorar la calidad de nuestro servicio, y como medio para incrementar el nivel de satisfacción tanto de sus pacientes como cualquier otra parte interesada, se ha realizado un manual donde se recoge la política, la organización y un sistema que garantice la calidad de sus procesos, productos, métodos y herramientas de trabajo, con el fin último de implantar un Sistema de Gestión de la Calidad acorde a la norma ISO 9001:2015. Dentro de este manual se describe el proceso de gestión de ingresos en la UCI de pacientes procedentes del 061 mediante algoritmos de decisión, donde se reflejan las diferentes tareas asignadas al personal del servicio de urgencias, al personal sanitario responsable del ingreso en UCI, al servicio de admisión hospitalaria, y se describen los registros en el sistema de información clínico SELENE y en el de historia clínica electrónica, de exclusivo manejo para el servicio de UCI, ICIP (Intellivue Clinical Information Portfolio).
RESULTADOS. Una vez que el paciente es atendido por el 061 como urgencia extrahospitalaria, el médico responsable procede a su traslado al centro de referencia y según su criterio avisa por vía telefónica, desde su central, al médico de guardia de UCI para comentar, las incidencias y justificación de la petición de ingreso directo en la unidad o si se hace necesario que el traslado se haga con un primer contacto en el área de urgencias, desde donde realizar pruebas complementarias urgentes y necesarias previas a su ingreso definitivo en UCI. En ambos casos se describe este proceso con todas las líneas de actuación, en forma de algoritmos de decisión.
CONCLUSIONES: La estandarización de los procesos de ingreso en la UCI desde el sistema de emergencias extrahospitalarias 061, permite una rápida atención del paciente con potencial riesgo vital, evitándose a su vez tiempos de demora innecesarios, con los efectos potencialmente deletéreos que pudieran acontecer para su pronóstico.

AUTORES: Josefa Francisca Murcia Payá; MD Rodriguez Mulero; LM Tárraga García; F Vera Escolar; S Moreno Aliaga; L Herrera Para.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Santa Lucia De Cartagena.

ID: 233

TÍTULO: PROTOCOLO DE ACOGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

RESUMEN:
Un ingreso hospitalario supone un cambio en el contexto personal, familiar y laboral del paciente y, secundariamente, producir en él y en su entorno familiar, sentimientos de inseguridad y ansiedad en relación al miedo a lo desconocido y la incertidumbre de la evolución de su enfermedad.
El primer contacto con los profesionales sanitarios es un momento clave que puede condicionar la actitud y grado de satisfacción del paciente y familia durante el resto de la hospitalización.
Definir la sistemática utilizada en el proceso de acogida e información al paciente que ingresa en UCI y a sus familiares, tanto si el ingreso es urgente como programado.
El procedimiento comienza cuando el paciente ingresa en UCI y finaliza en el momento de su alta. El material y medios necesarios para llevar a cabo el protocolo de acogida e información está compuesto por: sala de espera de familiares o acompañantes, sala de información médica, documento/tríptico informativo, encuesta de satisfacción y protocolo de recogida y entrega de objetos personales. El proceso se especifica en un algoritmo de decisión, donde quedan reflejados cada uno de los cometidos de los actores implicados según el momento de la información: preliminar, inicial, diaria y al alta, al que se añade una exposición de normas generales de cumplimiento por parte de los profesionales de la unidad, y la entrega de un tríptico informativo al familiar. Los registros se realizan en formato electrónico, en el sistema de información clínico SELENE y en el de historia clínica electrónica, de exclusivo manejo por el servicio de UCI, ICIP (Intellivue Clinical Information Portfolio).
RESULTADOS: Se presenta el algoritmo de actuación diferenciado cada momento evolutivo de la información clínica, especificando dónde, por quién y sobre qué se informa a paciente y/o familia. Se muestra un tríptico que es entregado por el médico de guardia al familiar, una vez que el paciente se ha estabilizado y ya se encuentra en su Box, dicho documento contiene toda la información sobre las normas de funcionamiento de la UCI; además se incluyen en dicho protocolo una normas de cumplimiento general por todo el personal de UCI con vistas a su actitud durante el proceso asistencial.

CONCLUSIÓN: La interacción que se establece en el proceso de acogida ofrece oportunidades para desarrollar la confianza en la relación paciente y profesional, donde la calidad técnica de la asistencia, la calidad del trato humano, y la adecuación de la información son fundamentales. Por tanto, se hace imprescindible la unificación de criterios en la información ofrecida por parte de los profesionales implicados durante todo el proceso de ingreso de los pacientes en una UCI.

AUTORES: Maria Dolores Rodríguez Mulero; JF Mucia Payá; J Martínez Hernández; S Saez Miravete; N Alarcón Simarro; ME García García.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Santa Lucia De Cartagena.

ID: 234

TÍTULO: HACIA UN MODELO DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL DE PREVENCIÓN Y GESTIÓN ALTERNATIVA DE CONFLICTOS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA.

RESUMEN:
En el año 2016, se llevó a cabo una encuesta de valoración de riesgos psicosociales (ISTAS) para identificar y medir todas aquellas condiciones relacionadas con la organización del trabajo que podrían representar un riesgo para la salud. A lo largo de 2017, los grupos de trabajo trabajaron los resultados para identificar áreas de mejora en la práctica diaria y posibles acciones de prevención. Las dos líneas de trabajo resultantes fueron reducir sobrecarga en el proceso asistencial y trabajar en la cultura de la valoración y el reconocimiento. Diseñar un modelo de transformación cultural de la gestión de conflictos con implicación de todos los profesionales
-Crear modelos de actuación en el ámbito de personas que refuercen la cultura de la valoración y reconocimiento,
-Dotar a los profesionales de herramientas de gestión alternativa de conflictos y de prevención de los mismos.
-Crecer en capacidad organizativa y personal: ser culturalmente responsables de nuestras relaciones y su solución.
El proyecto se ha presentado al Comité de Dirección para la validación e implicación de todos los estamentos.
El proyecto se despliega en 5 fases: pre-diagnóstico – diagnóstico – implantación- consolidación y evaluación.
En las fases de diagnóstico se han utilizado técnica de entrevistas semiestructuradas y técnica World Café- técnica de consenso en grupos de discusión.
El proceso se ha basado en los principios de mediación: voluntariedad, confidencialidad y neutralidad, respetando en todo momento la participación en las diferentes técnicas de los profesionales.
Durante los meses de abril y mayo se ha realizado el proceso de devolución de resultados con la intención de generar discurso de prevención de gestión de conflictos, legitimar el proceso, reconocer la participación de los profesionales y reforzar su cooperación para implantar el modelo.
Cuantitativos:
-23 personas entrevistadas mediante entrevista semiestructurada
-40 participantes en la técnica de consenso de World Café
Cualitativos:
-Identificación conjunta de la situación actual en la gestión y manejo de conflictos
-Reconocimiento de las causas y los valores clave que ha de tener la institución para prevenir y gestionar conflictos.
-Generación de propuestas para crear un sistema de prevención, gestión y restauración de las relaciones entre profesionales
Con los resultados obtenidos en la primera fase, se proponen una serie de acciones para la continuidad el proyecto e iniciar la puesta en marcha de un sistema de gestión y resolución de conflictos. En este sentido, es necesario:
-Disponer de una estructura para la prevención, detección, gestión y mediación interna de los conflictos.
-Capacitar a los profesionales para gestionar conflictos de baja intensidad y derivar los que no puedan abordar.
-Crear un equipo de facilitadores capaces de analizar, gestionar y derivar situaciones de conflicto.
-Dotar al equipo de herramientas para afrontar y gestionar conflictos.

AUTORES: Ana Sedano Martinez; A Vidal Milla; J Casaus Garcia.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Catala D'oncologia.

ID: 235

TÍTULO: MEJORA DEL MODELO DE EVALUACIÓN INDIVIDUAL BASADO EN VALORES COMO HERRAMIENTA DE RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS

RESUMEN:
En el ICO se viene aplicando como parte distintiva de la naturaleza de la institución, una retribución variable atendiendo una política de incentivos orientada a llevar al ánimo de los profesionales que se reconozca su aportación en la consecución de los resultados, tanto en la vertiente cuantitativa como cualitativa, estimulando el rendimiento y movilizando a las personas y a los equipos involucrados en la consecución de los objetivos fijados.
Los incentivos se consideran como un todo y único concepto que se desglosa en dos grandes bloques, asignando un peso y ponderación a cada uno y que en la actualidad son:
A) Resultados de Grupo:
- Objetivos corporativos.
- Contratos de Gestión Centro de Trabajo / Servicio / Unidad.

B) Resultados Individuales:
- Objetivos Individuales pactados.
- Autoevaluación individual contrastada.
El objetivo principal del proyecto es diseñar un nuevo modelo de valoración individual de los profesionales basándolo en valores y competencias.
- Integrar la gestión basada en competencias en los modelos de actuación de la institución.
- Valorar, sin asociar a retribución, la aportación de cada profesional sobre actitudes y/o comportamientos, no sólo sobre objetivos y resultados.
- Definir planes de desarrollo para los profesionales que puedan vincularse a su carrera profesional.
- Satisfacer las demandas de profesionales y responsables y poder dar respuesta a los resultados de la encuesta de riesgos psicosociales (ISTAS).
- Acompañar en la evolución cultural de la empresa.
El nuevo modelo se ha realizado atendiendo a las áreas de mejora detectadas sobre del modelo anterior, a las conclusiones de la encuesta ISTAS, a los valores corporativos y al plan estratégico de la institución. Ha sido presentado al Comité de Dirección para su aprobación y posterior comunicación a la institución.
Con la puesta en marcha del nuevo modelo de valoración individual para 2018 se obtiene:
- Un modelo de valoración individual basado en competencias, disociado de la aportación al negocio.
- Un cambio cultural de la valoración basado en el reconocimiento de los profesionales.
- Una herramienta de valoración homogénea para profesionales y mandos intermedios (que son valorados por sus equipos).
- Una herramienta de desarrollo vinculada a carrera profesional que potencie el desarrollo de los profesionales.

AUTORES: Marc Garcia Erill; A Vidal Milla; A Sedano Martinez.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Catala D'oncologia.

ID: 236

TÍTULO: ANÁLISIS DE GESTIÓN DE RIESGOS DURANTE LA ESTANCIA DE UN PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

RESUMEN:
La nueva versión de la Norma ISO 9001 incorpora nuevos conceptos como es el análisis de riesgos, considerado como uno de los pasos más importantes para identificar los problemas que pueden surgir en la organización y servir como herramienta de decisión para hacerles frente e incluso evitarlos. Se hace del todo imprescindible el conocimiento de dichos riesgos durante la estancia de un paciente que con tal entidad de gravedad precisa de ingreso en UCI.
Realizar un análisis de los potenciales riesgos, y sus causas, que pueden surgir durante la estancia de un paciente ingresado en una UCI, así como describir las acciones de mejora derivadas de su conocimiento.
Un método usado comúnmente de identificación y análisis de riesgos ISO 9001 es el Análisis de Modos de Fallo y Efectos (AMFE) al que se ha incorporado un análisis de contexto que permite valorar los principales puntos fuertes y amenazas. Para realizar este análisis se programaron reuniones mensuales donde estaban representados los distintos estamentos de los profesionales sanitarios que realizan su actividad en la unidad. Las reuniones fueron dirigidas por el coordinador de calidad encargado de la gestión para conseguir implantar un sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001:2015.
RESULTADOS: Se identificaron 10 riesgos que fueron: dificultad para el desarrollo del trabajo por mal funcionamiento de los sistemas de información; falta de uniformidad en la información ofrecida a los pacientes y familia; error de traspaso de información entre los dos sistema de gestión informáticos de historia clínica electrónica SELENE e ICIP, esta última de uso exclusivo en la UCI; deshumanización en la atención; falta de identificación del paciente; riesgo de futilidad en la administración de un tratamiento y/o aplicación de procedimientos en UCI; prevención de infecciones cruzadas y colonización por microorganismos de riesgo epidemiológico; falta de identificación de muestras sanguíneas del paciente; falta de identificación de muestras biológicas de otro tipo y pérdida de muestras biológicas del paciente. Se elaboró un cuadro que incluyó la descripción e identificación de estos riesgos junto con sus posibles causas y su clasificación atendiendo a la probabilidad estimada de que ocurrieran o hubiesen ocurrido, y las posibles consecuencias. El resultado de esta clasificación determinó la necesidad de emprender, en los casos de mayor probabilidad y repercusión sobre la seguridad del paciente, las acciones de mejora correspondientes.
CONCLUSIONES: La realización del AMFE es un método que ofrece resultados eficaces y de una dificultad asumible en la aplicación de los recursos y responsabilidades destinados a la prevención y reducción de dichos riesgos. En nuestro caso adquiere particular importancia dado el nivel de gravedad que tienen nuestros enfermos, por lo que conocer y minimizar esos riesgos puede influir en el pronóstico de los pacientes a corto plazo.

AUTORES: Maria Dolores Rodríguez Mulero; JF Murcia Payá; A Ojados Muñoz; C Navarro Ramirez; A Ruiz Rodríguez; M Moreno Barranco.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Santa Lucia De Cartagena.

ID: 237

TÍTULO: GRADO DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN:
Un ingreso hospitalario, puede crear en los familiares incertidumbre y ansiedad ante un entorno desconocido, cada vez más tecnológico e informatizado y en una situación de gran vulnerabilidad.
Conocer la opinión de los familiares sobre la relación establecida con ellos, nos puede ayudar a mejorar la adecuación de la información que reciben, disminuir su ansiedad y aumentar su grado de satisfacción.
Evaluar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes, sobre aspectos no clínicos de la atención y trato recibidos durante la estancia de su familiar en UCI.
Estudio descriptivo en familiares de los pacientes ingresados en la UCI durante más de 24 h, en el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2017 al 31 enero del 2018, a través de una encuesta de satisfacción entregada al alta del paciente. Tras su cumplimentación anónima, la encuesta se depositaba en un buzón situado en la sala de espera. Se recogieron datos demográficos y 21 ítems organizados en cinco apartados: condiciones medioambientales, relación con el personal médico, relación con enfermería y auxiliares, horarios de visita y aspectos generales relacionados con el trato percibido. Las 5 opciones de respuesta se puntuaron desde 1 (muy mal) a 5 (muy bien). Análisis estadístico mediante SPSS 19.00.
RESULTADOS: Se entregaron 119 encuestas, 5 de ellas a familias de pacientes fallecidos, de las cuales fueron recogidas y validadas 64 (56%). El 64.17% eran mujeres y la edad media fue de 54.19 ± 15.94 años. El modo de presentarse, la educación y amabilidad en el trato, y la información recibida tanto por médicos como por el resto del personal sanitario, recibieron por más del 80% de los familiares una puntuación ≥ 4 puntos (bien o muy bien). Por encima del 70% evaluaron con ≥ 4 puntos, la accesibilidad a la UCI, la sala de espera de familiares, la sala de información y el servicio de limpieza. En relación con el horario, la duración de las visitas y el número de familiares permitidos, todos ellos recibieron una puntuación ≤ 3 puntos (regular, mal o muy mal) por el 17.39%, 20.29% y 13.04% respectivamente, pero más del 90% de familiares reconocieron la flexibilidad para ampliar el tiempo de visita, en determinadas circunstancias, puntuándola con ≥ 4 puntos (bien o muy bien). Por último, el 81.16% de los familiares, asignaron ≥ 4 puntos a su grado de satisfacción durante el ingreso en UCI de su familiar.
CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos confirman la relevancia de ofrecer a las familias de los pacientes una actitud amable, humana y de acompañamiento durante el ingreso de su familiar. La humanización en la UCI es ya, un aspecto integrado en su actividad que podría conducir, en el futuro, a una mayor participación de la familia en el cuidado del paciente durante su ingreso.

AUTORES: Maria Dolores Rodríguez Mulero; JF Murcia Payá; M Galindo Martínez; A Diaz Pastor; G Escudero García; FJ Gil Sánchez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Santa Lucia De Cartagena.

ID: 238

TÍTULO: CONSOLIDACION EN EL CAMBIO DEL CIRCUITO DE DISPENSACION INSULINAS. ACCIONES DE MEJORA

RESUMEN:
Las insulinas consideradas como medicamento de alto riesgo (MAR), por el ISMP,Pueden presentar una probabilidad elevada de causar daños graves/mortales si se produce un error en su uso Para poder garantizar un Uso Seguro del Medicamento, se debe evitar/prevenir los errores relacionados con su: prescripción, dispensación, validación y administración. Debido a distintas notificaciones de errores de medicación sobre el "uso de las insulinas" reportadas al Portal de Seguridad del hospital, la Comisión de Farmacia con el Comité de Seguridad del Paciente proponen establecer un nuevo circuito de dispensación de este fármaco de riesgo. El seguimiento de este circuito supone una acción de mejora en la cultura de seguridad del centro.
Valorar el grado de satisfacción de los profesionales en la implementación del cambio en el circuito de dispensación y almacenaje de las insulinas, y analizar la mejora que supone en la seguridad de los pacientes al cabo de 1 año de su puesta en marcha.
Estudio observacional retrospectivo de 1 año de duración en un hospital de 300 camas con prescripción médica electrónica informatizada. Tanto en el Servicio de Farmacia (SF) como en los botiquines de la plantas de hospitalización, URG, UCI, Quirófano, las insulinas se almacenan en las neveras y están etiquetadas como fármaco de alto riesgo. El nuevo circuito establece la ubicación de las insulinas (plumas precargadas) en los cajetines de unidosis que corresponden a cada paciente. Las insulinas se almacenan en nevera y al inicio de una nueva pauta, enfermería tiene que identificar la insulina con el nombre del paciente, y con la fecha de apertura y colocar en el cajetín de la unidosis que corresponde al paciente junto con el resto de medicación. Las insulinas tienen estabilidad 28 días a TA. Las insulinas seguirán el circuito habitual de la medicación que se prepara en los carros de unidosis, y en el momento de hacer el cambio de cajetines, en el SF, el farmacéutico es el responsable de comprobar que está correctamente identificada con el nombre del paciente, la fecha de apertura, la integridad del fármaco y la correcta dispensación. Con este circuito se pretende que no debe haber insulinas etiquetadas con nombre de pacientes en las neveras de las unidades de hospitalización. Se comprueba el seguimiento de este procedimiento y su aceptación mediante una encuesta al personal de enfermería y farmacia.
El grado de satisfacción de los profesionales con el nuevo circuito fue del 71.5%, (personal enfermería y farmacia). Los cambios en el almacenaje de las insulinas de la nevera a los cajetines de unidosis minimizan los errores. Las incidencias encontradas: insulinas no identificadas(0,8%), no consta fecha apertura(1,5%),no están en el cajetín(0,2%), paciente de alta(2,1%),disminuyeron respecto a la prueba piloto que se realizó durante los 3 primeros meses de su puesta en marcha .El circuito se ha consolidado y aporta una acción de mejora en la seguridad del paciente con MAR.

AUTORES: Gemma Baronet Jordana; S Cano Plans; C Sagrera Felip.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario General De Catalunya.

ID: 239

TÍTULO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL USO DE LA MEDICACION DE ALTO RIESGO.

RESUMEN:
Los "Medicamentos de Alto Riesgo" son aquellos que cuando se manejan incorrectamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Esto no significa que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Por ello, los medicamentos de alto riesgo deben ser el objetivo prioritario dentro de la estrategia de Seguridad del Pacientes en los programas de seguridad clínica que se establezcan en los hospitales.
Identificar los medicamentos de Alto Riesgo (MAR) aplicando herramientas preventivas para minimizar problemas relacionados con la seguridad en el uso de los MAR.
Estudio observacional prospectivo y descriptivo, en un hospital universitario de 300 camas con prescripción médica electrónica informatizada. Se elabora un listado de medicamentos de alto riesgo del centro, teniendo como referencia el listado publicado por el ISMP-España en septiembre de 2012. Se identifican y etiquetan los medicamentos de Alto Riesgo, implementando la técnica de letras Mayúsculas (Tall Man Letter) que hace énfasis en las diferencias en los nombres de los medicamentos, letra resaltada y mezclada, tomando como referencia los medicamentos en los que se recomienda utilizar esta técnica de los listados oficiales de la FDA, ISMP y la Australian Commission, Las etiquetas son rojas y adhesivas, con el símbolo de peligro. Se etiquetan los MAR en los cajetines y estanterías de almacenamiento en las Unidades de Hospitalización, UCI, Pediatría, URG, Quirófano, Cirugía ambulatoria, Sala de Partos, Oncología, Consultas Externas, Almacén Farmacia, Kárdex (Sistema Automático de dispensación de fármacos enFarmacia)
Se define un listado (235 especialidades) de medicamentos de alto riesgo para el Servicio de Farmacia, que corresponden al 18,43% del total de especialidades disponibles (1275 especialidades) del hospital, los cuales fueron correctamente identificados y etiquetados Se emplea la técnica de letras MAYÚSCULAS en: cajetines, estanterías y en el programa de prescripción electrónica, a 66 especialidades de medicamentos. Se aplica la técnica al 100% de las especialidades de nombres similares de los listados oficiales. La información sobre el listado y clasificación de los medicamentos de alto riesgo queda respaldada en un documento en digital e impreso que estará a disposición del personal del servicio de farmacia y demás áreas relacionadas con el manejo de estos medicamentos. La implantación de prácticas seguras en este grupo de medicamentos, tiene un gran impacto en la mejora de la seguridad de los pacientes, para concienciar a todo el personal implicado en su uso, disminuyendo los errores que se pueden presentar en la dispensación y administración de estos medicamentos.

AUTORES: Gemma Baronet Jordana; P Marcos Pascua; M Sanmartin Suñer; M Nevot Blanc; G Morla Clavero; L Val Prat.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario General De Catalunya.

ID: 240

TÍTULO: SALUT+SOCIAL. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA A PERSONAS CON PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD.

RESUMEN:
Amplio consenso internacional en que la atención integral, integrada y centrada en la persona es el mejor enfoque en cronicidad.La creación de un modelo en que los profesionales sociales y de salud puedan compartir información relativa al paciente y comunicarse entre ellos es primordial para el éxito de los programas de atención integrada
Implementar y evaluar la efectividad de la implantación modelo Salut+Social para mejorar la calidad de vida, adherencia al tratamiento, frecuentación de los servicios de los ciudadanos, sobrecarga del cuidador en los usuario
Estudio cuasi-experimental pre y post intervención con medidas repetidas,metodología mixta,cuestionarios parte cuantitativa y grupos focales cualitativa.La población objeto del estudio son todos los usuarios con condicionantes de Salud y Social que sean susceptibles a ser tratados de forma coordinada y colaborativa. Tamaño muestral 141 usuarios. Variables.Intervención a realizar es un proyecto, mediante el cual se promueve la comunicación entre los sectores sociales y sanitarios, para mejorar la calidad de la atención y realizar el seguimiento a los usuarios con enfermedades crónicas avanzadas y otras con elevada dependencia. La intervención se realiza a través de una aplicación web y móvil que permite establecer un flujo de comunicación permanente entre profesionales de los diferentes ámbitos para coordinar actuaciones y compartir información de los usuarios. Variables sociodemográficas, variables de interès y variables de estudio.Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables estudiadas, utilizando la media y la desviación estándar para las cuantitativas y el porcentaje con su intervalo de confianza para las cualitativas.
Resultados descriptivo de la preintervención, seleccion 193 casos, perdidas 31 por exitus o institucionalización i 20 no criterios, en total hemos estudiado 142 casos. La edat media 81,6 años.El perfil de paciente mayoritario en cuanto a datos sociodemográficos són Mujeres, viudas, jubilades, con estudiós primarios, catalanes, con cuidador y hija. En cuanto a condionantes de salut a destacar el 49% son pacientes cronicos y el 43% estan en el programa de Atención Domiciliaria. En cuanto a condionantes sociales solo el 7,7% tiene grado de dependència reconolido y el 14,8% disponen de un Servicio de ayuda a domicilio. Adherencia terapèutica 68,3% buen cumplimiento, Sobrecarga cuidador 48% (sobrecarga ligera y intensa) y Calidad de vida las 4 dimensiones estudiades la majoria muestran algun problema y en la dimensión depresión no esta ansioso ni depresivo.Hemos tenido más pérdidas de las previstas. Población envejecida y con muchas patologias. Hay pocos recursos sociales asignados, entre 18-24 meses trámites dependencias.La mayoría disponen de cuidador, al que tendremos que cuidar. En caso de confirmarse de hipótesis del estudio, este trabajo establecería una base para modificar el abordaje a los pacientes crónicos y la toma de decisiones hacia estos pacientes

AUTORES: Ester Gavalda Espelta[1]; J Baucels Lluis[2]; M Ferre Ferraté[3]; C Curto Romeu[4]; B Tomas Navarro[5]; N Brunet Reverte[6].

CENTRO DE TRABAJO: SAP Terres De L'ebre[1, 3, 4, 5, 6]; Gerencia Territorial Terres De L'ebre[2].

ID: 241

TÍTULO: EVALUACIÓN CONTINUA DE LA ATENCIÓN SANITARIA PERCIBIDA POR EL PACIENTE

RESUMEN:
El grado de satisfacción del paciente es un indicador fundamental de la calidad asistencial. Es necesario que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar su satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria.
Es necesario que todos, proveedores sanitarios y pacientes asuman su papel de partes activas y colaboren en la búsqueda de una mejora continua de la calidad asistencial.
Conocer los aspectos que influyen en la satisfacción e insatisfacción de los pacientes.
Proponer una evaluación precoz y continua de la atención sanitaria.
Para ello se realiza una revisión bibliográfica utilizando las siguientes palabras clave: "Relaciones Enfermero-Paciente", "Relaciones Médico-Paciente", "Satisfacción del Paciente" y "Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud", con un límite temporal desde el año 2000, artículos en castellano.
Lo valoración de la atención recibida supone una reorientación de los procesos asistenciales, que produce una mejora de la efectividad y de la eficiencia, de acuerdo con el modelo de calidad total que hace trabajar a toda la organización en la búsqueda de la satisfacción del paciente aportándole una atención de calidad.
La organización, accesibilidad y las relaciones con los profesionales parecen ser las dimensiones más valoradas (coordinación del personal sanitario, listas de espera, retrasos en la atención, confort de las instalaciones, trato humano y personalizado, empatía, capacidad de respuesta,…).
La combinación de métodos cualitativos y cuantitativos parece muy adecuada para estudios de satisfacción.
Se propone proporcionar al paciente/familia una herramienta dónde pueda describir, tras cualquier proceso asistencial, la percepción de la experiencia, la diferencia entre las expectativas del paciente y las percepciones respecto al servicio prestado, que permita conocer la calidad percibida por los mismos, identificar los aspectos de la atención sanitaria que son más valorados por el usuario, y conocer dónde se producen las ineficiencias y la mejor forma de solucionarlas desde la perspectiva del destinatario de la prestación sanitaria.
Con una opinión precoz del paciente, se tiene la oportunidad de obtener respuestas muy concretas, relativas exclusivamente al acto asistencial que acaba de tener lugar, lo que reduce los sesgos debidos a un recuerdo deficiente de lo sucedido en encuestas realizadas al cabo de varias semanas o meses del acto asistencial, que aportan una visión menos amplia y más subjetiva por la acción del paso del tiempo.
Y al ser continua en el tiempo, tras cualquier consulta/acto sanitario, se reduce el sesgo de la mejor atención de los profesionales exclusivamente en el periodo de recogida de encuestas de satisfacción en un momento determinado.

AUTORES: Sara Martínez Arribas[1]; A García Prieto[2]; MI Sánchez Martín[3]; JA Valcarcel Cidad[4].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Burgos[1]; Centro De Salud Joaquín Rodrigo[2]; Centro De Salud Aranda Norte[3]; Hospital Universitario De Burgos[4].

ID: 242

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN Y PRIMEROS RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL COMUNITARIO

RESUMEN:
Los antimicrobianos (AB) son fármacos ampliamente utilizados en el ámbito hospitalario. Su uso se asocia con efectos adversos frecuentes y con la aparición de resistencias AB, que conllevan una creciente dificultad para la elección de AB empíricos y para el correcto manejo de las infecciones. Los programas de optimización del uso de antibiótico (PROA) pueden mejorar la adecuación de los tratamientos AB, favoreciendo la seguridad del paciente al mejorar resultados clínicos y minimizar efectos adversos, además de garantizar un uso coste-efectivo de los AB y tener un potencial impacto positivo en la aparición de resistencias.
1.Describir la implantación del PROA en un hospital comunitario de 161 camas, con 4 camas de UCI.
2.Describir los primeros resultados del PROA.
Se creó un equipo PROA multidisciplinar (internista, intensivista y farmacéutica) con una metodología de trabajo consistente en 2 reuniones semanales para valorar el tratamiento AB de pacientes:
a)con bacteriemia o aislamiento de microorganismos multirresistentes(MMR)
b)en tratamiento con un grupo de AB seleccionados previamente para su seguimiento por su alto impacto ecológico o su coste elevado.
El PROA cuenta con apoyo de la Comisión de Infecciones y la Dirección del hospital. Se realizó una Sesión General hospitalaria para difundir la creación del PROA y sus objetivos a todo el personal.
Desde diciembre 2017 hasta mayo 2018:
a)se ha elaborado una guía consensuada de tratamiento AB empírico para los síndromes más frecuentes, incorporándola al programa de prescripción electrónica como herramienta de ayuda a la prescripción;
b)se han actualizado y elaborado protocolos consensuados para las infecciones más frecuentes;
c)se han valorado 361 tratamientos en 350 pacientes(11 reingresos). 247 (68.4%) procedían de servicios médicos, 58 (16.1%) quirúrgicos, 35 (9.7%) habían sido alta desde Urgencias y 20 (5.5%) pacientes de UCI. 72 valoraciones (19.9%) correspondieron a bacteriemias o aislamientos de MMR y 289 (80.1%) a pacientes en tratamiento con los AB seleccionados; en 31 casos coexistían ambas circunstancias. Se realizaron recomendaciones no impositivas en 77 casos (21.3% de los revisados), siendo aceptadas 58 (75.3%). Se recomendó: modificar el tratamiento en 36/77 casos(46.7%,aceptación 80.5%), terapia secuencial en 17/77 (22%,aceptación 88.2%), retirada del tratamiento en 14/77 (18.2%,aceptación 71.4%), ajuste de dosis/pauta en 7/77 (9.1%,aceptación 71.4%). Los fármacos implicados en las recomendaciones fueron: quinolonas 43/77 (55.8%), carbapenémicos 26/77 (33.7%), linezolid 4/77 (4.2%), amikacina 4/77 (4.2%), vancomicina 3/77(3.9%), daptomicina 2/77(2.6%) y tigeciclina 1/77(1.3%).
El PROA es una herramienta útil y bien aceptada por los prescriptores para mejorar la adecuación de los tratamientos AB. Tras esta primera fase de implementación, creemos necesario seguir realizando acciones dirigidas a difundir, consolidar y optimizar la adecuación a las guías consensuadas de tratamiento AB.

AUTORES: Maria Sanchez Torres; M Barrantes-Gonzalez; J Altes Capella; M Montserrat Toran; R Camps Salat; L Sanchez Ales.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Plato.

ID: 245

TÍTULO: MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN Y ADAPTACIÓN A LA NORMA ISO 9001:2015 EN UCI DE TRAUMATOLOGÍA

RESUMEN:
Nuestra UCI de Traumatología y Neurocirugía se encuentra certificada con la norma ISO 9001 desde 2016.
A pesar de su trayectoria de compromiso con la Calidad y de la implantación de la norma, teníamos pendiente adaptar la sistemática de trabajo y de mejora continua a la realidad diaria de la Unidad.
Asimismo, los nuevos requisitos sobre comunicación y detección de riesgos y planes de contingencia exigieron la adaptación de la documentación existente a la evolución de la asistencia y de sus problemáticas de calidad-seguridad.
Obtener la recertificación ISO 9001
Adecuar la documentación a los requisitos de la versión 2015 de la norma
Adaptar la documentación a la práctica clínica y de calidad en especial en lo referente al sistema de Incidencias y no conformidades
Contribuir a concienciar a los profesionales de las responsabilidades individuales de mantener un SGC
En el grupo de calidad se distribuyeron las diferentes actividades encaminadas a conseguir los objetivos:
Corrección de No conformidades
Elaboración de la matriz de riesgos y concreción del plan de contingencias, entre los que destaca el registro efectos adversos en traslados dirigido a controlar mejorar y cuantificar el traslado intrahospitalario. Hasta la fecha se han registrado 33 eventos de 292 traslados (abril 2017-mayo 2018)
Cumplimentación y desarrollo de los registros necesarios:
Elaboración de las IT relacionadas con el control de los dispositivos estratégicos de la
Unidad (carros de parada, desfibriladores, maletín de traslados…) así como de los formularios necesarios.
Implicación en la prevención de infecciones y colonización/infección por bacterias resistentes (se ha diseñado un registro propio además del formulario de Microbiología-Medicina Preventiva)
Durante este año se ha procedido a afianzar el modelo ISO como modelo de gestión de Calidad en la Unidad.
Este modelo ha servido de estructura para avanzar en el campo de la seguridad y en la prevención y control de infecciones
Queda pendiente reforzar los pasos conseguidos en los años anteriores, sobre todo en relación al sistema de Incidencias/No conformidades de la Unidad

AUTORES: María Belen Vicente De Vera Bellostas; A Tejada Artigas; B Lipe Clares; A Millán López; E Gálvez Álvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet.

ID: 247

TÍTULO: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ESTÁNDARES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD LA SEGURIDAD EN EL SESPA.

RESUMEN:
El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) necesita dotarse de una herramienta para evaluar la calidad asistencial de sus centros hospitalarios. Esta necesidad se hace extensiva para aquellos hospitales (fundaciones sin ánimo de lucro) con los que mantiene un convenio singular y a los que deriva una parte importante de los procesos asistenciales.
Por otro lado, la organización sanitaria precisa disponer de una evaluación global de la calidad de sus hospitales, ya que hasta ahora cuenta con modelos de evaluación parciales, que afectan a determinados servicios o unidades (Normas ISO, modelo SINOC-DAIME…), pero no a la totalidad de un hospital.
Describir el proceso de construcción de la guía de estándares de calidad hospitalaria.
La fase inicial arrancó con la definición del universo de la calidad y la seguridad hospitalaria, es decir, todos aquellos elementos a tener en cuenta en una evaluación global de un centro hospitalario. Para ello se realizó un proceso de revisión de aquellas normativas legales, recomendaciones de la OMS, del Ministerio de Sanidad o de la propia Comunidad Autónoma en esta materia. Se tuvieron en cuenta otros modelos de evaluación sanitaria como el asturiano (SINOC), la JCI o manuales o guías de estándares tanto de ámbito nacional (ACSA, Cataluña…), como de ámbito internacional. Toda esta revisión dio como resultado una relación de circuitos de calidad en un número ligeramente superior a 100.

En el siguiente paso se agruparon esos circuitos en 10 grandes dominios y se redactaron los estándares de calidad.

A continuación se sometió el proyecto a la valoración por un grupo de expertos en dirección y calidad hospitalaria. Para recabar sus valoraciones se utilizó una entrevista estructurada, la cual se recogió de forma presencial, para que pudiesen detallar verbalmente sus aportaciones.

Se procedió entonces a la redacción propiamente dicha, incorporando aquellas aportaciones sugeridas por el grupo de expertos. En la guía se realizan las definiciones de cada uno de los circuitos de calidad, se explica el objetivo de cada uno de los estándares y se detallan los elementos a auditor para cada estándar.

Una vez construida en su versión inicial, se vuelve a someter a la revisión por los expertos y en este punto del proceso se incorporan a la revisión el Panel de Auditores del SESPA, 40 profesionales con experiencia en auditar los circuitos de la guía y que serán quienes evalúen el cumplimiento de los estándares definidos.

A partir de esta segunda revisión se incorporan las nuevas aportaciones confiriéndole el carácter definitivo a la misma.
El Servicio de Salud del Principado de Asturias cuenta con una guía de estándares de calidad propia para la evaluación independiente de sus centros hospitalarios.

AUTORES: Valentín Javier Rodríguez Martínez; N Rivas Suárez; M Bada Sánchez.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad De Certificación En Calidad Del SESPA.

ID: 248

TÍTULO: IMPACTO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN LA CALIDAD Y CODIFICACIÓN DE LOS INFORMES DE ALTA

RESUMEN:
El informe de alta (IA) es esencial para la atención médica. Tradicionalmente se ha realizado en papel, pero la adopción de la historia clínica electrónica (HCE) permite su generación a partir de la información clínica registrada en el sistema durante la hospitalización.
El objetivo de este estudio es determinar si la implantación de la HCE modifica la calidad y la extensión del IA y el número promedio de diagnósticos y procedimientos codificados por episodio de hospitalización.
Estudio descriptivo observacional pre y post intervención, del IA de un hospital docente entre 2010 y 2014, considerando la implantación de la HCE como la intervención de interés. El número de códigos de diagnóstico y procedimiento se obtuvo a partir de los datos del Conjunto de Datos Mínimos Básicos (CMBD), evaluando datos brutos y ajustados al riesgo. Asimismo, se analizaron la calidad, la extensión y la legibilidad (índice de Flesch-Kinkaid) del IA en los períodos previos y posteriores a la intervención.
El número de informes de alta sobre los que se identificaron diagnósticos y procedimientos fue de 214.648. La cantidad promedio de diagnósticos codificados y procedimientos por episodio fue de 9.99 entre 2010 y 2014. La diferencia entre los promedios del periodo pre (9.48) y del período posterior a la implantación (10.77) fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$); las diferencias en las medias se mantuvieron significativas cuando se ajustaron por riesgo.
El número de informes revisados para la determinación de la calidad de los IA fue de 97 (pre) y 100 (post). El IA tras la implantación de la HCE tuvo una mejor calidad de acuerdo con los requisitos formales, aunque fue más largo y más difícil de leer ($p < 0,001$). Por tanto, la implementación de HCE mejora la calidad de IA, aunque el uso deficiente de las funcionalidades de la HCE puede hacer que los informes sean más largos y difíciles de leer. Tener más información clínica disponible debido a EHR aumenta la cantidad de diagnósticos y códigos de procedimientos registrados y, por lo tanto, mejora su confiabilidad para usos secundarios.

AUTORES: Carolina Varela Rodríguez; JL Bernal Sobrino; S Del Busto Bonifaz; MI García Mañoso; A Moreno González; P Ruiz López.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre.

ID: 249

TÍTULO: DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA CON LA HERRAMIENTA TRIGGER Y EL CMBD

RESUMEN:
La identificación de eventos adversos (EA) es uno de temas cruciales en seguridad del paciente debido, principalmente, a problemas de exhaustividad y eficiencia.Un trigger es un aspecto de la clínica que está relacionado con la presencia de EA. La herramienta trigger (HT) se ha mostrado útil para la detección de EA. La explotación del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) para identificar EA tiene la ventaja de su eficiencia, pero el posible inconveniente de falta de sensibilidad.
En este estudio se compara la capacidad predictiva de la HT con el CMBD.en la detección de EA en pacientes intervenidos por patología tiroidea y paratiroidea.
Estudio retrospectivo y transversal de altas de pacientes intervenidos por patología tiroidea y paratiroidea entre mayo 2014 y abril 2015. Los triggers se definieron tomando como referencia datos bibliográficos y opinión de expertos. Tanto los triggers como los EA se identificaron mediante la revisión sistemática y estructurada de la documentación clínicas. El CMBD se extrajo de la base de datos administrativa del hospital. Una vez detectado un EA, se procedió a su caracterización para determinar la gravedad y evitabilidad.
La muestra incluyó 251 historias clínicas de pacientes. En total se detectaron 203 EA, siendo el 94,09% identificado por la HT y el 10,34% por el CMBD. La prevalencia de EA fue del 50,2%. 123 EA se consideraron muy leves y 80 leves. El 92% se consideraron evitables. La HT y el CMBD mostraron una sensibilidad del 91,27% y 13,49%, una especificidad del 4,8% y 100%, un valor predictivo positivo del 49,15% y 100%, y un valor predictivo negativo del 35,29% y 53,42%, respectivamente.
Por tanto, la HT se muestra significativamente superior en la detección de EA que el CMBD.

AUTORES: Rodrigo Kaibel Val[1]; P Ruiz López[2].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Povisa[1]; Hospital Universitario 12 de Octubre[2].

ID: 250

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
La Seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial y un derecho de los pacientes, reconocido por organismos como la Organización Mundial de Salud (OMS). Uno de los aspectos que más preocupan dentro de la seguridad del paciente son las infecciones asociadas con la atención de la salud, las cuales afectan anualmente a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Las infecciones agravan las enfermedades, prolongan el tiempo de hospitalización, inducen discapacidad a largo plazo, aumentan los costes a los pacientes y sus familias, e incrementan el gasto financiero adicional al sistema de salud. Con frecuencia producen, de manera significativa, un aumento de la mortalidad.
La higiene de manos es la medida más efectiva, además de fácil aplicación y bajo coste, que disponen los profesionales sanitarios para evitar la diseminación de microorganismos y, por consiguiente, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
- Evaluar los beneficios de implantar una estrategia estructurada y definida sobre Higiene de Manos en Atención Primaria.
- Determinar los recursos y puntos de mejora de los centros de salud en relación con la higiene de manos.
Estudio experimental con diseño pre - test y post – test. Se realiza una valoración inicial a través de los responsables de higiene de manos de cada centro de salud y se extraen los datos de los litros de solución de base alcohólica consumida por cada centro en los últimos 3 meses. Posteriormente se implanta la estrategia de higiene de manos cuyos pilares fundamentales son los cambios de sistema y distribución de las soluciones de base alcohólica en los centros, los recordatorios en el lugar de trabajo a través de cartelería, formación respecto a la higiene de manos a través de cursos y píldoras, e inclusión de la higiene de manos dentro de otros programas relacionados con la seguridad del paciente. Al cabo de tres meses volvemos a realizar una autoevaluación y a medir el consumo de solución base alcohólica por centro.
- Aumento de la puntuación en la autoevaluación de los centros de salud.
- Aumento de la utilización y consumo de solución de base alcohólica en los centros de salud.

Por ello, podemos concluir que una estrategia específica, estructurada y bien definida sobre higiene de manos ayuda a mejorar los conocimientos sobre higiene de manos, a analizar los puntos de mejora dentro de cada centro de salud, y a que los profesionales tomen conciencia de la importancia de la higiene de manos, lo que va a repercutir de forma directa en la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

AUTORES: David Fernández Díaz; C Terán Castrillo; M Varga del Hoyo; M Blazquez Sánchez; L Corral Villar.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Atención Primaria Burgos.

ID: 251

TÍTULO: HACIA UN LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL....

RESUMEN:

El objetivo principal de mi estudio fue potenciar el liderazgo de nuestro personal supervisor de enfermería analizando cuál era el estilo actual y cuál podría ser el estilo deseado. Identificar los puntos fuertes que tienen para reforzarlos y aquellas áreas de mejora para poder establecer algún plan de acción. Por último se consiguió involucrar al equipo para que manifestaran aquello que consideraban que se podía mejorar tanto a nivel individual para su mando inmediato como también mejoras en la gestión y cohesión de grupo.
Para elaborar este estudio primero tuve que tener la aprobación tanto de la dirección de rrhh como de la dirección de enfermería.
Elegí a las personas que iban a participar en este estudio dentro del área de enfermería y particular entre aquellas supervisoras más noveles y que llevaban menos de 3 años en el cargo.
Elaboré un cuestionario de evaluación, configurado por 4 dimensiones, con un total de 22 preguntas con 4 opciones de respuesta. También contaba con 2 preguntas abiertas y un espacio para observaciones.
Establezco que la evaluación será de 180º: autoevaluación, evaluación por parte del mando inmediato y evaluación de los colaboradores que forman el equipo.
Analizo los datos recogidos y realizo dos tipos de evaluación. Por un lado trato todos los datos de manera general y por otro elaboro un informe individual y personalizado para cada mando evaluado, con una consiguiente reunión individual para comentar los datos resultantes.
Los resultados obtenidos nos muestran que nuestros supervisores tienen un estilo de liderazgo democrático o participativo. Tienen en cuenta al equipo para alcanzar los objetivos asignados, delegan responsabilidades, otorgan autonomía, y tienen en cuenta las opiniones de los demás en la toma de decisiones pero consideran que la responsabilidad final de esta toma de decisiones es suya y ellos son quienes se enfrentan a las consecuencias de su decisión.
El liderazgo transformacional se centra en el capital humano y en los miembros de la organización para conseguir un cambio. Una de las principales metas de estos líderes es transformar los métodos, las técnicas, la manera de trabajar e incluso de pensar de sus colaboradores para mejorar y avanzar.
Si queremos que nuestros líderes vayan hacía una línea más transformacional se han de convertir en líderes con carisma, que muestren influencia a través de su carácter i de comportamiento ejemplares, convirtiéndose en un modelo a imitar por parte de sus seguidores. Ha de tener la capacidad de entusiasmar y de ser inspiradores incrementando el optimismo y la ilusión.
Estos líderes tienen que tener un gran autoconocimiento y grandes habilidades para la inteligencia emocional. Comunicar de manera asertiva y empática, practicar la escucha activa, ofrecer retroalimentación son aspectos fundamentales.

AUTORES: Laura Gonzalvo Maillo; M Arrieta Segura; L Gamell Alvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital De La Santa Creu I Sant Pau

ID: 252

TÍTULO: ¿SE PUEDE MEDIR LA INTENSIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS?

RESUMEN:
A pesar de la poca bibliografía encontrada referente a la evaluación de las cargas de trabajo enfermero relacionadas con la intensidad de cuidados que precisan de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización de agudos, encontramos algunas publicaciones que muestran tablas bastante complicadas y otras que realizan propuestas puramente teóricas. Actualmente, a pesar que la prioridad sigue siendo la calidad de la atención, es necesario tener en cuenta la eficiencia por lo que se hace imprescindible valorar las cargas de trabajo que conllevan los pacientes para poder establecer los ratios adecuados. En las unidades de cuidados intensivos estas necesidades han sido bien estudiadas, sin embargo en otros la literatura no aporta datos convincentes y simples para realizar un cálculo adecuado de las cargas de trabajo
Diseñar y validar una herramienta de medida, que determine los grados de intensidad de cuidados enfermeros que precisan los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización
Estudio observacional y de intervención
1ª fase: Pre-propuesta de plantilla de valoración.
2ª fase: Consenso de las variables mediante un grupo expertas y análisis de concordancia (Kappa)
3ª fase: Realizar un estudio de dispersión contrastando el tiempo cronometrado por 2 profesionales
4ª fase: Identificación mediante una gama de colores, los tiempos obtenidos por cada una de las variables, con el grado de intensidad de cuidados.
5ª fase: Validación de la herramienta, definiendo cual es el intervalo del tiempo total e indicando el color que le corresponde
6ª Validación mediante un “factor de conversión” la aplicabilidad de la herramienta a todas las especialidades troncales.
Elaboración una pre-propuesta de plantilla de valoración.
El resultado global del análisis de concordancia fue estadísticamente significativo con un índice Kappa=0,77 interobservador y Kappa=0.95 retest.
Mediante un estudio de dispersión, se obtienen las medias aritméticas del tiempo invertido para cada una de las variables.
Según el tiempo invertido en cada una de las variables se le asigna un color que marca el grado de la intensidad de cuidados, azul (bajo), verde (medio), rojo (alto).
Según el tiempo empleado para cada una de las variables comparadas entre especialidades troncales ha implicado introducir un “factor de conversión” que hará que la herramienta pueda utilizarse en cada una de ellas con la misma metodología.
Este proyecto ha permitido diseñar y validar una herramienta para que pueda ser utilizada de forma rápida y sencilla por los profesionales de enfermería y así determinar la intensidad de cuidados que precisa cada paciente en toda la unidad y así determinar cuáles son las cargas reales de cada equipo de enfermería. A los gestores de cuidados les permite adecuar los ratios enfermeros, orientados a la calidad asistencial y a la eficiencia de los recursos.

AUTORES: Carme Tusquellas Oto[1]; J Rodriguez Sadurni[2]; A Aloy Duch[3]; R Sabater Raga[4]; A Pareja Martinez[5]; X Sist Viaplana[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Granollers.

ID: 254

TÍTULO: VALIDACIÓN BIOLÓGICA DE UNA NUEVA TÉCNICA INTRODUCIDA Y GESTIÓN DEL PRODUCTO PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:
La fotoaféresis extracorpórea(FEC) es una terapia celular inmunomoduladora basada en leucoaféresis que implica el tratamiento exvivo de glóbulos blancos.
Las células mononucleares(CMN) se exponen a luz ultravioleta(UVA), después de agregar un agente fotosensibilizador, 8MOP las células se iluminan para posteriormente reinfundirse al paciente.
Datos publicados sugieren que el daño en el ADN inducido por FEC está estrechamente relacionado con el proceso apoptótico, y por ello, se decidió utilizar el porcentaje de apoptosis de CMN como una prueba para la validación biológica de FEC.
Se debe garantizar la correcta identificación del producto para evitar errores y realizar controles de calidad necesarios.
Validación biológica de un nuevo equipo con manipulación ex vivo de glóbulos blancos y garantizar la calidad del producto y seguridad del paciente.
Se analizaron 8 procedimientos de FEC pertenecientes a 5 pacientes; 2 con EICH y 3 con LCT.
La sangre se recogió utilizando un separador de células (Optia Spectra)y se registró en una base de datos de gestión de productos celulares(e-Delphyn) obteniendo una primera etiqueta identificativa del producto.
Finalizado el proceso de aféresis, se obtuvo la etiqueta de final de obtención y la suspensión celular se transfirió a una bolsa permeable a los rayos UVA (Maco Pharma XUV 8501Q) bajo condiciones estériles, se inyectó 5 ml de 8-MOP y el producto fue sometido radiación UVA a 2 J / cm2 (irradiador MacoGenic G2). Se realizó el registro informático y se obtuvo la etiqueta de producto modificado, con la fotoactivación recibida.
Las CMN fotoactivadas se devolvieron al paciente utilizando un sistema de infusión de sangre y se hizo el cierre informático con el registro de infusión del producto.
Los QC se realizaron en diferentes niveles. Para evaluar la cinética de la apoptosis, se incubaron CMN pre y post FEC a 37ºC y 5% de CO2 durante 48 h. Anexina V-APC y yoduro de propidio(PI) se usaron para teñir células apoptóticas y poder diferenciar la apoptosis temprana de la tardía en un citómetro BDFACSAria Fusion.
Los QC realizados fueron consistentes con el resultado del QC realizado en nuestro centro.
La medición de la apoptosis permitió confirmar la eficacia del procedimiento en las CMN. Hubo diferencias significativas en los porcentajes de células vivas y apoptóticas entre las muestras pre y post-FEC a las 48 h donde la apoptosis aumentó considerablemente. 87.5% de los 8 procedimientos, DeltaAPOPTOSIS es mayor al 15%. No hubo errores en la administración del producto.
Nuestros datos sugieren que la citometría de flujo es una herramienta prometedora para realizar la validación biológica de la técnica. La medición de la apoptosis parece ser un método confiable para validar los procedimientos de FEC.
El etiquetado del producto es un sistema eficaz para prevenir errores y garantizar la seguridad del paciente.
Los controles de calidad utilizados se consideraron suficientes para adecuarse a las GPC.

AUTORES: María Liz Paciello Coronel; A Leivas; Y Paredes; M Rodero Villace; P Pérez Tomás; E Güemes.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital 12 de Octubre.

ID: 255

TÍTULO: ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE SEGÚN CRITERIOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA

RESUMEN:
El mundo de la empresa sanitaria al igual que otros sectores económicos viven actualmente en una era de importantes cambios que pueden hacer peligrar su sostenibilidad. Actualmente, las actividades encaminadas a garantizar y mejorar la calidad en el sector de la salud se enfocan en dos direcciones: la evaluación externa y la gestión interna de la calidad. Estos son dos aspectos íntimamente relacionados del mismo fenómeno: la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud y brindar confianza de esta calidad a todas las partes interesadas. Las acreditaciones hospitalarias son instrumentos importantes para mejorar la calidad del servicio de salud y para dar confianza a la sociedad sobre el proveedor de atención médica; se basan en las mejores prácticas de la calidad de la asistencia médica y tienen un carácter más técnico; a diferencia de los que sucede con las certificaciones tipo ISO que están más orientadas al proceso.
Describir el proceso de acreditación de la Unidad de Asma Grave de un hospital universitario mediante un sistema de gestión de calidad tomando como referencia los criterios establecidos por la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC)
Proceso de autoevaluación por parte de los profesionales de la Unidad de Asma Grave mediante los diferentes estándares definidos en los criterios imprescindibles, recomendables y de excelencia determinados en el proceso de acreditación de las Unidades de Asma Grave realizado por la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. El periodo de preparación del proceso de acreditación se extendió de septiembre 2017 a febrero 2018. Tras este proceso, se presentaron las evidencias que acreditaban cada uno de los criterios acompañados de documentación asociada. Toda la documentación acreditativa fue sometida a una auditoria externa por parte de un auditor de la propia SEAIC.
El resultado total ha sido la obtención del certificado de acreditación como Unidad de Asma Grave Básica, con el 100 % de los criterios imprescindibles acreditados y con el 70 % (>=12 de los criterios) de los recomendables. En el caso de los criterios de excelencia se han podido documentar 14 de los 18 estándares solicitados, insuficientes para poder ser acreditada como unidad de excelencia. La acreditación ha permitido evaluar la calidad del servicio de una forma estructurada, analizando los resultados que se estaban obteniendo, identificando las no conformidades que aparecían en la unidad e introduciendo mejoras. Para la Unidad de Asma Grave representa un reconocimiento del cumplimiento de las normas de calidad, el fortalecimiento de la imagen de la institución a la sociedad y la contribución a la satisfacción de todos los stakeholders. Estos procesos constituyen instrumentos para mejorar la calidad del servicio de salud y para dar credibilidad a la institución frente a la sociedad en cuanto a la eficiencia de los servicios ofertados.

AUTORES: Lorena Lourdes Tejero Vidal; L Marqués Amat; L Batalla Peinado.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Santa Maria.

ID: 256

TÍTULO: FELICIDADES!

RESUMEN: El nacimiento es el primer contacto que tiene un paciente en nuestro sistema de salud. También es el momento en que los padres presentan dudas sobre las gestiones, los cuidados de la madre y del recién nacido.Desde la Gerencia Territorial Terres de l'Ebre, se ha elaborado un proyecto liderado por personal administrativo para felicitar y acompañar a los padres en esta nueva etapa, facilitándoles la información que pueden necesitar desde una plataforma agradable y sencilla.

- Anticiparnos a la demanda, resolviendo dudas antes del nacimiento.
- Realizar una acogida a los padres, madres y bebes..
- Ofrecer un servicio integro de los profesionales que intervienen (matronas, administrativos, pediatras, médicos de familia y sistemas de información).
- Dar a conocer los trámites telemáticos.
- Unificar la diversa información.

1. Constitución grupo de trabajo con profesionales que intervienen en el proceso.
2. Diseño página web para consultar http://icsebre.cat/felicitats

-Trámites
Alta: tarjeta sanitaria, seguridad social, padrón municipal, registro civil.
Permisos de maternidad o paternidad
Información CAP, acogida, programación de visitas, ….
Ayudas (familia numerosas, prestaciones económicas)

-Consejos :Cuidado de la madre
Lactancia,
Donación cordón umbilical……

-Consejos: cuidado del bebé
Curas básicas del recién nacido
Higiene
Alimentación
Webs y APP de interés validadas

-Contacta : correo electrónico que da respuestas a dudas.
-Encuesta de satisfacción.

3. Participación ciudadana: reunión con gestantes y madres recientes para valorar y hacer aportaciones del proyecto.
4. Presentación Gerencia y profesionales.
5. Iniciación del proyecto: se envía un correo electrónico a las gestantes de 34 semanas, felicitándola y dando a conocer la web.

Prueba piloto con un resultado del 95% de satisfacción entre los pacientes encuestados. Actualmente en fase inicial.

 Alto grado de satisfacción de la iniciativa.
 Mejora de los trámites y de la información.
 Reducción visitas y consultas telefónicas a la Atención Primaria

AUTORES: Amparo Navasquillo Calderon[1]; M Lleixa Fortuño[2]; J Lucas Noll[3]; J Baucells Lluis[4]; N Rodriguez Zaragoza[5]; M Ferre Ferraté[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Territorial Terres de l'Ebre[1, 2]; Servei Atenció Primaria Terres de l'Ebre[3, 4, 6]; Hospital Verge de la Cinta[5].

ID: 258

TÍTULO: BENEFICIO MUTUO DE LOS PROYECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA

RESUMEN:
La seguridad del paciente es un área que ha adquirido gran relevancia en los últimos años, situándose en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad.
El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) publica en 2016 la "Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020", en la que se señala el objetivo específico de "Impulsar un programa para la prevención y el control de las ILQ (Infección de Localización Quirúrgica) a nivel del Sistema Nacional de Salud", para el desarrollo, en colaboración con las comunidades autónomas, de un programa nacional para la prevención y el control de las ILQ en procedimientos seleccionados.
En este contexto, desde el MSSSI, y contando con el liderazgo Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), se promueve la aplicación del proyecto IQZ a nivel nacional.
El objetivo principal del proyecto IQZ es reducir globalmente un 15% la tasa de ILQ durante el primer año de aplicación del protocolo, definiendo para ello como uno de sus objetivos específicos el conocer la adherencia al paquete general de medidas preventivas.
Describir los beneficios que ha supuesto la implementación del proyecto IQZ en la cumplimentación del Listado de Verificación para la Seguridad Quirúrgica (LVSQ) en nuestro hospital.
Desde el año 2014, en nuestro hospital se viene realizando el LVSQ, abarcando desde 2015 las 10 especialidades quirúrgicas con las que cuenta el centro. Se aplica el check-list en aquellas intervenciones programadas y con anestesia no local, con una media de 1694 intervenciones/mes en 2017.
En el año 2014 se comenzó la fase de pilotaje del proyecto IQZ. Para el seguimiento de la implantación de las medidas se incorporaron al LVSQ las variables del proyecto de IQZ. En el año 2018 se ha procedido a una actualización del proyecto junto con el proyecto de Cirugía Segura, que incluye procedimientos pertenecientes a las especialidades de Traumatología (prótesis de rodilla y cadera), y Cirugía General (intervenciones de colon). Para ello ha realizado una adaptación del check-list anterior.
Tras dos meses desde la puesta en marcha de la medida, el porcentaje global de cumplimento se ha visto incrementado en un 12%. Este aumento fue variable en los diferentes servicios del hospital, encontrándose entre el 2 y el 56% (mediana del 11%).
El impacto se ha visto reflejado, como es esperable, en las especialidades que realizan las intervenciones incluidas en IQZ, sin embargo, es destacable la mejora en aquellas otras especialidades quirúrgicas no incluidas en el proyecto.
Los datos preliminares reflejan que la implementación del proyecto IQZ repercute de forma positiva en la implicación de los profesionales en la mejora de la seguridad del paciente y la calidad asistencial. El desarrollo simultáneo de IQZ y LVSQ consigue una mayor adherencia a ambos proyectos.

AUTORES: Bibiana Carreira González; FJ Lozano García; MD García Arcal; S Tejero Encinas; C Villafranca Renes; J Sánchez Manuel.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Burgos.

ID: 259

TÍTULO: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO "NO HACER" EN UN HOSPITAL TERCIARIO

RESUMEN:
En el año 2017, la Dirección del Hospital y la Unidad de Calidad, desarrollaron la estrategia de presentación del Proyecto "No Hacer" contemplado en el Plan Anual de Gestión 2017 a los diferentes Servicios y Unidades. La iniciativa propuesta por la Dirección General de Innovación y Resultados en Salud se hizo extensiva a todos los Servicios y Unidades del Hospital y a las Comisiones Clínicas dependientes de la Comisión Central de Garantía de la Calidad.
Describir los resultados preliminares de la introducción del proyecto "No Hacer" en nuestro hospital.
Bajo la campaña de "corresponsabilización" de profesionales y pacientes en el Hospital, se impulsó esta iniciativa de las Sociedades Científicas (SSCC) y el Ministerio de Sanidad para disminuir todo lo posible las pruebas diagnósticas o actuaciones terapéuticas que no aporten valor.
Se realizó la invitación a participar en el proyecto, a los Servicios tanto médicos como quirúrgicos, Unidades y Comisiones Clínicas (CC), con los objetivos de: 1) Identificar y priorizar dos recomendaciones "No hacer", y 2) Realizar la adaptación a nivel local y la medición de resultados de manera periódica.
Se ha propuesto la participación a todos los Servicios, Unidades y CC, de los que 44 han definido una o más recomendaciones "no hacer" aplicables a su práctica diaria.
De entre ellos, ha habido grupos que han adoptado las recomendaciones propuestas por sus respectivas SSCC (17) y otros además han incluido alguna recomendación propuesta por otras SC (10). Los grupos restantes elaboraron sus propias recomendaciones (9 de los servicios no contaban con recomendaciones de su SC, y 8 de ellos son CC). Un total de 7 recomendaciones fueron seleccionadas por más de un servicio.
Cada uno de los grupos participantes ha definido los indicadores correspondientes para realizar el seguimiento de las recomendaciones.
Además, han sido seleccionadas por diversos Servicios-Unidades algunas recomendaciones ligadas a pruebas de laboratorio, por lo que se realizará una valoración global del cumplimiento en colaboración con el Servicio de Análisis Clínicos y los Servicios implicados.

AUTORES: Bibiana Carreira González; S Tejero Encinas; Fj Lozano García; Md García Arcal; C Rodriguez Pajares; B Sánchez Marcos.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Burgos.

ID: 260

TÍTULO: PROPUESTA PARA LA INCENTIVACIÓN DE LA ADHERENCIA DE LA HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

RESUMEN:
La higiene de manos es una de las principales medidas con eficacia demostrada para disminuir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y la transmisión cruzada de microorganismos.
Desde que en 2005 la OMS lanzó su primer reto mundial por la seguridad del paciente, numerosos han sido los proyectos y actuaciones desarrolladas en todo el mundo para facilitar la implantación de esta práctica segura. Su relevancia es ya indiscutible, y la mejora en este campo está incluida en las líneas estratégicas para la seguridad del paciente de los planes de gestión y calidad a distintos niveles.
Desarrollar un proyecto que ayude a ampliar conocimientos e incentivar la adherencia a la higiene de manos en los centros sanitarios, así como la implicación directa del personal sanitario, a través del uso de las nuevas tecnologías.
El planteamiento de este proyecto se basa en tres enfoques: 1) Introducción de las nuevas tecnologías para hacer que el receptor de la información participe de forma activa, 2) Proporcionar información de forma concisa y expuesta de una forma que suscite el interés por el lector, 3) Crear un proyecto de fácil desarrollo, sin que sean necesarias grandes inversiones de recursos humanos o económicos.
Para ello, se han diseñado una serie de 6 carteles, todos ellos encabezados con la fórmula "¿Sabías qué…", seguido de un cuadro informativo. Cada cartel contiene información distinta, abarcando entre todos diseños conceptos sobre la importancia de la higiene de manos, tipos de flora microbiana, eficacia de los preparados de base alcohólica, uso de guantes, entorno del paciente, etc., ilustrados con una imagen sencilla.
Además, en cada cartel, se ha incluido un código QR, legible desde cualquier Smartphone, que anima a participar al receptor en un cuestionario en el que se le plantean 10 preguntas relacionadas con el tema sobre aspectos relevantes.Una vez rellenado el cuestionario, al usuario se le proporciona un feed-back con los resultados sobre los fallos y aciertos, y las explicaciones correspondientes de las respuestas.
El nivel de participación en el cuestionario online puede ser monitorizado para realizar el seguimiento del proyecto.
Los niveles de cumplimiento de higiene de manos en nuestro centro (30.81 ml/estancia) se encuentran por encima de la media, tanto a nivel autonómico como nacional. Todas las medidas y proyectos realizados hasta el momento han contribuido a mejorar la higiene de manos en nuestra área hasta llegar a los niveles actuales. Sin embargo, a pesar de las excelentes cifras alcanzadas, la higiene de manos es un campo en el que siempre cabe la mejora, por lo que la innovación y el desarrollo de proyectos diferentes es clave para su mantenimiento y mejora.

AUTORES: Bibiana Carreira González; MD García Arcal; S Tejero Encinas; FJ Lozano García; B Sánchez Marcos.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Burgos.

ID: 261

TÍTULO: QUÉ PRODUCE FELICIDAD A LOS MAYORES: ESTUDIO PHILLIPS 6/6

RESUMEN:
Las personas mayores se enfrentan a deterioros físicos y cognitivos y a enfermedades crónicas que afectan a su felicidad.
Determinar qué aspectos hacen felices o infelices a los mayores de 55 años.
Estudio cualitativo en el que participaron 88 personas mayores de 55 años, divididos en tres grupos de ciudadanos de tres localidades diferentes de la Comunidad Valenciana (Altea = 27, Orihuela = 30, Elche = 31), con una edad media de 67 (d.t = 6,06). El 78% eran mujeres, el 56% estaban casados y el 84% estaban jubilados.
Se utilizó la técnica Phillips 6/6, en la que durante seis minutos, grupos compuestos por seis personas, discutían sobre una temática concreta. Se designó un líder por grupo, con la misión de controlar los tiempos de debate y favorecer llegar a un consenso en dicho tiempo. Se abordaron qué cosas les hacían felices o infelices.
Tanto en Altea, como en Elche y Orihuela se realizaron cinco grupos. Las ideas de cada grupo fueron contabilizadas teniendo en cuenta la consistencia, es decir, si una misma idea se repetía entre los distintos grupos y la espontaneidad, el número de veces que se repitió esa misma idea de forma independiente.
Los aspectos que promueven la felicidad fueron: el ocio, entre los cuales destacaban viajar, tener contacto con la naturaleza y leer (Altea, esp= 4; Orihuela, esp= 5, Elche, esp= 5), las relaciones familiares y de amistad (Altea, esp= 2; Orihuela, esp= 4, Elche, esp= 5) y gozar de buena salud física y mental, tanto la propia persona como la gente de su alrededor (Altea, esp= 2; Orihuela, esp= 3, Elche, esp= 5).
La infelicidad se asoció a las enfermedades (Altea, esp= 4; Orihuela, esp= 5, Elche, esp= 6), los problemas familiares y de amistad (Altea, esp= 4; Orihuela, esp= 3, Elche, esp= 3) y las injusticias sociales (Altea, esp= 2; Orihuela, esp= 5, Elche, esp= 2).

Conclusión
Para ser feliz resulta relevante la importancia que le otorgan las personas a la salud. Sin embargo, la importancia es mayor cuando hay ausencia de ésta.

AUTORES: María Virtudes Pérez Jover; M Guilabert Mora; M Sala González; JJ Mira Solves.

CENTRO DE TRABAJO: Universidad Miguel Hernández.

ID: 262

TÍTULO: CUIDANDO AL CUIDADOR: ESCUELA DEL CUIDAR

RESUMEN:
La demencia es la enfermedad crónica que provoca mayor dependencia, con un 88,67 % del total de personas en esta situación. También es una de las principales causas de institucionalización. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias son enfermedades de gran repercusión social y sanitaria, pero sobretodo, tienen un gran impacto en el ámbito familiar. Hoy en día, la familia es el pilar de la atención a las personas afectadas por esta enfermedad.
1.-Proporcionar las habilidades necesarias a la persona cuidadora para mejorar su calidad de vida.
2.-Facilitar los instrumentos que le permitan vivir positivamente la experiencia de cuidar. Adquirir conocimientos prácticos para realizar los cuidados.
3.-Crear un espacio de reflexión y de ayuda mutua.
La participación ciudadana se está convirtiendo en una realidad cada vez más cercana a los sistemas de salud. El cuidador informal, o no profesional, aquella persona familiar o no, que atiende de forma continuada una persona en situación de dependencia o discapacidad, conviviendo o no con ella, y esté o no vinculada afectivamente.
Ante este cambio de paradigma y después de realizar unas reuniones con los cuidadores de familiares con diagnóstico de demencia nos planteamos realizar un programa dirigido a los cuidadores de familiares con demencia: LA ESCUELA DEL CUIDAR. Para ello se programa de forma coordinada con profesionales de Atención Primaria, el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento y la Asociación de Familiares de Alzheimer. Para desarrollar el Curso se ha elaborado una guía metodológica y material educativo específicos.
Los grupos están formados por entre 12 y 15 personas cuidadoras. Funcionan durante 10 sesiones de una hora y media de duración, donde se trabajan temas como las estrategias para gestionar favorablemente necesidades y conflictos, y la gestión de emociones y sentimientos que pueden surgir durante el proceso de cuidar. También se ofrece información de los diferentes recursos de soporte del territorio. Se evaluará cuantitativamente al inicio y final: test Zarit, EuroQol5-D, Escala Autoeficacia General, Escala de Bienestar Emocional, Escala de apoyo Social Oslo-3, encuesta de satisfacción. Se evaluará cualitativamente al finalizar mediante grupos de discusión.
La escuela se inicia el 08/03/2018 y está previsto finalizar las 10 sesiones el 12/12/2018. Pendiente evaluar resultados.
Los cuidadores necesitan, principalmente una atención mayor y es mediante este grupo que sus dudas son resueltas y hace que ellos encuentren nuevamente mayor disposición y motivación en el cuidado de su familiar con demencia, con comprensión y principalmente cuidando la propia salud. Nuestra hipótesis es que los cuidadores incluidos en la Escuela del Cuidar mejoraran su calidad de vida, el nivel de sobrecarga, la auto eficacia, el grado de soporte social, así como la satisfacción con la intervención realizada.

AUTORES: Mª Teresa Irigoyen Garcia; C Curto Romeu; E Gavalda Espelta; N Brunet Reverte; B Tomas Navarro; M Lleixà Fortuño.

CENTRO DE TRABAJO: SAP Terres De L'ebre[1, 2, 3, 4, 5]; Gerència Territorial Terres De L'ebre[6].

ID: 263

TÍTULO: MODELO DE GESTIÓN 24/7 EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA. SEGURO Y EFICIENTE.

RESUMEN:
La accesibilidad de los usuarios geriátricos a una atención personalizada permite adecuar la atención a cada uno de los acontecimientos. Hay muchos modelos de gestión asistencial en Residencias de Ancianos. Actualmente se está debatiendo que modelo podría ser el más seguro. Desde 2012, en nuestros centros se realiza una atención médica única desde la Residencia y Centro de Atención Primaria con contacto 24h con una enfermera presencial o localizable en la residencia, permitiendo una continuidad asistencial por parte del equipo habitual.
Valorar el impacto del nuevo modelo a nivel de los éxitus y las derivaciones no programadas que se han realizado antes y después de su implementación.
Estudio observacional pre/post-intervención sobre la muestra global de nuestro centro. Comparación entre los años 2007-2011 y 2012-2017. Se realiza revisión de historias clínicas a través de Aegerus. Variables: número de defunciones, lugar de la defunción, derivaciones hospitalarias.
Nuestro centro tiene 52 plazas en régimen de Residencia. La media de edad de los usuarios del primer período era de 83.6 años (DE 4.8) con Barthel de media de 48 (DE 6.3). En el segundo periodo presentan una media de edad de 87.2 (DE 5.1) y Barthel de 43 (DE 6.7).
En el primer periodo se produjeron 14 defunciones anuales, de las que un 70.6% fueron en el hospital. En el segundo periodo se produjeron 13, con un 90.5% en el centro residencial.
En cuanto a derivaciones se ha producido una disminución de les derivaciones anuales presentando una media de 18.6 en el primer período y de 12.7 en el segundo 8 (del 35.7% de los residentes al 23%) El 95% de derivaciones del primer periodo terminaron ingresados, frente al 84% del segundo, de estos ingresos fueron éxitus el 37% y 24% respectivamente
Aunque la población atendida presenta mayor edad y complejidad clínica, una atención 24/7, centrada en la persona, con el equipo asistencial habitual, permite disminuir les derivacions. También permite aumentar los èxitus en la residència facilitando el acompañamiento continuado de la familia y su confort.
En ambos periodos, hay una alta tasa de ingresos en los pacients derivados lo que corrobora que se derivan procesos agudos reversibles que no pueden ser atendidos en la residencia.
Tanto usuarios, familiares como profesionales, estan satisfechos con este modelo , ya que el empoderamiento de todos los estamentos y la seguridad de una atención continuada por parte de un profesional sanitario del centro , permite una gestió eficient de la atención integral de los usuarios.

AUTORES: Lidia Rios Valles[1]; N Martinez Martinez[2]; Mg Vila Farré[3]; M Costa Ill[4]; I Moran Valle[5].

CENTRO DE TRABAJO: ABS Cambrils[1, 2, 5]; Fundació Vallparadís[3, 4].

ID: 264

TÍTULO: EL PACIENTE HACIA EL USO SEGURO Y CORRESPONSABLE DEL MEDICAMENTO

RESUMEN:
La seguridad del medicamento y sostenibilidad necesitan la implicación de todos los agentes del sistema de salud, incluido el paciente. El modelo asistencial está cambiando hacia un paciente más activo. El creciente número de fármacos comercializados, el continuo cambio en la evidencia científica y exceso de información no contrastada en Internet dificultan que la participación del paciente sea óptima. Por ello, se requieren actuaciones a todos los niveles, macro, meso y microgestión.
Describir nuestra experiencia para fomentar la participación del paciente externo (PE) en el uso seguro y corresponsable de su medicación y analizar la participación.
Ámbito: hospital tercer nivel donde el paciente acude a la unidad de atención farmacéutica al (PE) a recoger su medicación de uso hospitalario. En la primera visita, mediante entrevista motivacional, se le informa y forma sobre los aspectos que, no conoce o no ha comprendido bien, relacionados con indicación, posología, administración, prevención y manejo de efectos adversos (EA), interacciones farmacológicas (IF), conservación, devolución; se fomenta la adherencia y hábitos saludables. Se motiva para que participe activamente en el uso seguro y corresponsable de la medicación, se le entrega teléfono de contacto para una atención continua y según sus necesidades.
Estudio descriptivo, observacional retrospectivo entre noviembre 2017 y abril 2018. Variables estudiadas: nº PE a los que se dispensó medicación, nº PE de 1ª visita, nº PE que realizaron consulta fuera de visita programada, vía (telefónica o presencial), edad, sexo, motivo de consulta (administración, posología/duración, EA, IF, otros síntomas/problemas de salud, disponibilidad de medicación, procedimiento/coordinación, otros), grupos terapéuticos que han motivado consulta. Fuentes de información: aplicación informática del Servicio de Farmacia, Historia Clínica Electrónica, registro manual de consultas. Análisis estadístico: Minitab 16.
Durante el periodo de estudio se atendieron a 303 pacientes en 1ª visita y 1.464 pacientes recogieron continuación de tratamiento. Se registraron 187 consultas fuera de visita programada correspondientes a 136 pacientes (56% mujeres). Mediana de edad fue 54 años (23 - 84). El 9% de las consultas fueron realizadas por el familiar/cuidador, la vía más frecuente fue la telefónica (83%). Las necesidades de ayuda de los pacientes han sido relacionadas principalmente para prevenir IF 36% (74), por motivos coordinación/procedimientos 24% (49) y manejo EA 14% (28). Los grupos farmacológicos más frecuentes fueron: antivirales de acción directa 27,9%, antineoplásicos 27,3%, inmunosupresores 26,8%.
A pesar de las limitaciones del estudio retrospectivo se ha observado la implicación de los pacientes en el uso seguro y corresponsable de la medicación. Cabe destacar, la participación en el manejo de los efectos adversos y la prevención de interacciones farmacológicas que se resolvieron sin necesidad de visita presencial.

AUTORES: Victoria Lerma Gaude.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario De Abacete.

ID: 265

TÍTULO: LAGUNDU-SISTEMA DE GESTIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN EN MATERIA DE PERSONAL

RESUMEN:
La OSI Araba está compuesta por más de 5000 trabajadores dispersos no sólo en dos grandes hospitales junto con el edificio de Consultas Externas, sino también en 24 Unidades de Atención Primaria con sus centros de salud y consultorios de casi todo el Territorio Histórico de Alava. Por lo tanto, la dispersión geográfica y de centros hizo que nos planteáramos el diseño e implementación de una herramienta informática que permitiera a todas las personas de nuestra organización realizar cualquier consulta relacionada con el área de personal y nos permitiera mejorar los servicios que desde las Unidades de Atención al Profesional se están ofreciendo.
Dicha herramienta la hemos denominado LAGUNDU, sistema de gestión de solicitudes de información.
LAGUNDU es un sistema de gestión de solicitudes de información cuyo objetivo es gestionar de forma ágil y eficaz las solicitudes de información o dudas en materia de Personal de los/as profesionales de OSI Araba.
LAGUNDU es una aplicación gestada en el Servicio de Personal de OSI Araba, fruto del análisis del equipo de dirección de Personal constituido en comisión de trabajo. Dicha comisión se ha ido reuniendo una vez a la semana durante 7 meses, realizando un trabajo elaborado y consensuado llegando a conseguir los resultados esperados: una novedosa idea que de momento satisface a nuestros/as profesionales.
Esta aplicación se puso en marcha el 1 de mayo de 2018 y se ha materializado a través del siguiente proceso:
1. Solicitud: A través de la página Web Osakidetza. Los/as solicitantes recibirán email de confirmación del envío.
2. Recepción Solicitud: La Udad. Atención al Profesional contestará dicha solicitud, en el caso de no ser competente para hacerlo, la derivará al área correspondiente para que la respondan.
3. Respuesta: Plazo respuesta 2 días hábiles a través del medio elegido por los/as solicitantes (email o teléfono)
4. Registro y control de solicitudes y respuestas: a través de base de datos.
5. Supervisión: La Udad. At. al Profesional será la que supervise que se respetan los plazos de respuesta y todo funciona correctamente.
6. Indicadores: Anuales. A través de Encuesta de Satisfacción y de la explotación de la base de datos (uso de la aplicación, tiempo de respuesta, medio de respuesta preferido, información solicitada, satisfacción)
En un mes se han recibido ya 87 solicitudes, con lo que ha disminuido ligeramente el nº de personas que acuden a la Udad. At. Profesional. Esperamos que esta cantidad vaya aumentando progresivamente. Se han respetado los plazos y son el S. de Nóminas y la Udad. At. Profesional los que más solicitudes reciben.El personal administrativo y de enfermería son las categorías que hacen más uso de la aplicación. El medio preferido:el co.electr.
En el mes de setiembre se realizará una explotación de datos más exhaustiva y una encuesta de satisfacción que nos permitirá valorar la evolución del uso.Con los resultados estableceremos áreas de mejora a través de un equipo de trabajo.

AUTORES: MARIA CONCEPCIÓN RODRIGUEZ LAPATZA, JA PEDROSA RODERO, AN PUJANA URIARTE, AN BLANCO GUTIERREZ, JA LOPEZ DE ROBLES DIAZ DE GAMARRA, ROSA RO VALVERDE CITORES.

CENTRO DE TRABAJO: Organización Sanitaria Integrada Araba.

ID: 266

TÍTULO: LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE OSTOMIZADO MEDIANTE LA TECNICA DE GRUPOS FOCALES

RESUMEN:
Los grupos focales (GF) es una valiosa técnica que permite acercarse a las creencias de los pacientes en relación con la enfermedad y los cuidados. Igualmente posibilita explorar las expectativas y experiencia del paciente; determinar cuáles son sus necesidades y expectativas, se ha convertido en el eje central de la calidad asistencial de cualquier servicio.
La hipótesis que subyace en esta metodología es que en el proceso grupal se favorece el sondeo y clarificación de los puntos de vista de las personas en una dimensión que los cuestionarios de satisfacción estandarizados no alcanzan; no sólo saber qué piensan, sino, cómo y por qué piensan de determinada manera.
Conocer la satisfacción y experiencia de los pacientes atendidos en la Unidad de Ostomías de nuestro hospital. Indagar en aspectos puntuales de su relación con la Unidad respecto a la información acerca de los cuidados, atención, accesibilidad, sensaciones, emociones, etc. En la literatura científica es suficientemente conocido que la realización de un estoma supone un gran cambio que afecta a la esfera física, emocional y de relación con los demás, así como la repercusión que tiene sobre su calidad de vida.
Se constituyeron dos grupos focales con pacientes usuarios de la Unidad. La captación de pacientes fue aleatoria y voluntaria. Las reuniones se celebraron los días 13 y 20 diciembre 2017. Las dinámicas de los grupos se grabaron en audio y se han realizado extractos de transcripciones literales para efectuar el análisis e informe de resultados. Participaron 10 pacientes (5 hombres). La antigüedad en la Unidad oscila entre los 9 meses y los 5 años. Se elaboró un guión de contenidos a tratar para homogeneizar la dinámica de los dos grupos. En las sesiones no estuvo presente ningún profesional de la unidad con el fin de favorecer y no coartar la libertad y participación de los pacientes.
La información y cuidados durante la hospitalización son importantes a la hora de controlar los miedos y temores respecto a los cuidados de su ostomía.
Para el seguimiento y revisiones sucesivas confían más en la Unidad del hospital que en otros niveles de la asistencia sanitaria (Atención Primaria). A ello contribuye el vínculo que se establece desde los inicios y las facilidades de comunicación con los profesionales de la Unidad. Destacan la disposición y accesibilidad para efectuar cualquier tipo de consulta. Valoran una atención personalizada que les proporciona seguridad y confianza ante un problema de salud que les supone un quebrantamiento de su calidad de vida.
La utilización de GF como técnica para conocer la experiencia del paciente produce una sinergia en el grupo que estimula el intercambio de vivencias e inquietudes entre los participantes en el contexto de la patología que se analizó, superando la información estereotipada recogida mediante las encuestas de satisfacción convencionales.

AUTORES: Maria Carmen Escarpa Falcón; RM Moreno Rodriguez; AI Alguacil Pau.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico San Carlos.

ID: 267

TÍTULO: INDICADOR DE ACTIVACION DE PLAN DE CONTINGENCIA HOSPITALARIO ANTE INCREMENTO DE PRESION DE URGENCIAS

RESUMEN:
La activación de un plan de contingencia hospitalario requiere de datos objetivos que avalen los cambios a implantar en la dinámica asistencial, dada la posible repercusión sobre la productividad global hospitalaria.
Analizar parámetros de presión asistencial así como de drenaje de Urgencias y construir un indicador que permita predecir una situación de sobrepresión que facilite la puesta en marcha de medidas que ayuden a minimizar la demora asistencial del paciente en Urgencias. Y por otro, posibilite la puesta en marcha de medidas que mantengan la actividad quirúrgica ordinaria (ambulatorización quirúrgica, priorización de urgencias diferidas).
Registro de productividad del Área de Urgencias: asistencia horaria de pacientes ambulantes susceptibles de observación, camas de observación libres horarias, tasa de ingresos, asignación de camas a urgencias junto con otros parámetros como camas hospitalarias disponibles y programación de ingresos de policlínica. Se definió 'sobrepresión asistencial' en un Área de Urgencias con 94 camas de distinto nivel asistencial como aquella con un índice de ocupación de observación superior al 90% y mas de 20 pacientes ambulantes susceptibles de observación. Se exploró el poder predictivo de una ratio constituida por los 'ingresos pendientes de cama' elevado al cuadrado dividido por las camas operativas hospitalarias multiplicado por las asignadas, ponderada por la asistencia al Servicio de Urgencias hasta la medianoche previa. Se calculó el índice de Youden de la curva ROC para dicha ratio, calculándose la validez (sensibilidad y especificidad) y seguridad (valores predictivos) de dicho estimador.
Hospital de tercer nivel que atendió 82.842 urgencias durante el año 2017, una asistencia media diaria de 228 (IC 95%: 225-230) pacientes/día con picos bimodales (12-18 h), tasa de ingreso del 16%, ingresos pendientes 27 (20-40) pacientes y camas libres de observación a las 8h de 14 (7-23), una media de asignación de camas a urgencias diaria de 67 (IC 95%: 61-74)%. La situación de sobrepresión se dio en 41 (11,2%) días. Dichos días la asistencia diaria de pacientes fue de 240 ±18 vs 226 ± 25, P< 0,001, ingresos pendientes a las 8h de 46 (38-54) vs 25 (19-35) y una ratio de sobrepresión asistencial de 420 (299-488) vs 180 (124-261), P< 0,001. Dicha ratio estimó una curva ROC de 0,87 (IC95%: 0,84-0,91), P< 0,0001 y punto de corte óptimo de 434, con una Se:50 (IC95%:35-65)%, Sp:94 (IC95%: 91-97)%, VPP:58 (IC95%: 31-80)% y VPN:92 (IC95%: 85-96)%.
El estimador planteado junto con la observación de parámetros de primera hora que corroboren la tendencia permiten establecer una predicción fiable de sobrepresión asistencial en Urgencias con la suficiente antelación como para poder ejecutar medidas alternativas que minimicen la repercusión sobre la productividad hospitalaria global.

AUTORES: Juan José Jimenez Rivera; R Cerrudo Hernandez; I Ferraz Amaro; M Carrancho Montero; J Duque Arimany; R Perez Hernandez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Canarias.

ID: 268

TÍTULO: "EFICACIA DE LA LLAMADA PREOPERATORIA COMO MEDIDA PARA REDUCIR EL ÍNDICE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUSPENDIDAS"

RESUMEN:
La eficiencia de un servicio quirúrgico, esta directamente relacionada con una baja tasa de suspensiones quirúrgicas. De acuerdo a la literatura actual, la tasa de intervenciones quirúrgicas suspendidas oscila entre un 5-16%.

El índice de intervenciones quirúrgicas suspendidas, incluido dentro del plan anual de gestión 2017, abarca una serie de indicadores que se evalúan anualmente y cuyo objetivo es optimizar al máximo la utilización de recursos hospitalarios con el propósito de mejorar la asistencia sanitaria.
El objetivo del presente trabajo es analizar el impacto de la llamada telefónica preoperatoria, implementada por nuestro servicio desde Noviembre de 2017, en el índice de intervenciones quirúrgicas suspendidas.
Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo incluyeron pacientes cuya intervención quirúrgica programada fue suspendida de Junio 2017 a Mayo 2018. Se analizó el motivo de suspensión y se calculó el índice de intervenciones quirúrgicas suspendidas, antes y después de la implementación de la llamada telefónica preoperatoria, para ver el impacto de dicha medida sobre este indicador de calidad asistencial.
A lo largo del periodo de tiempo incluido en el estudio, realizamos un total de 744 intervenciones quirúrgicas programadas, de las cuales 39 fueron suspendidas con un índice global de intervenciones quirúrgicas suspendidas del 5,24%. La mayor incidencia de suspensiones se dio en el mes de Enero. El principal motivo de suspensión fue la contraindicación anestésica debido a la presencia de patología infecciosa el día de la intervención, que representó un 56,41% de las suspensiones.

Posteriormente dividimos la muestra en 2 periodos de tiempo de 6 meses, tomando como punto de corte, la implementación de la llamada telefónica preoperatoria en Noviembre de 2017. En el periodo de Junio a Noviembre de 2017 se realizaron un total de 358 intervenciones quirúrgicas programadas, de las cuales 18 fueron suspendidas, con un índice de intervenciones quirúrgicas suspendidas de 5,02%. En el periodo de Diciembre de 2017 a Mayo de 2018 se realizaron un total de 386 intervenciones quirúrgicas programadas, de las cuales 21 fueron suspendidas, con un índice de intervenciones quirúrgicas suspendidas de 5,44%.

De acuerdo a nuestros resultados, la medida adoptada por nuestro servicio para intentar reducir el índice de suspensiones, no ha tenido aún un impacto considerable. Sin embargo, creemos que se requiere de un seguimiento a largo plazo, ya que se ha demostrado la eficacia de este tipo de medidas en otros estudios.

Consideramos fundamental la aplicación de este tipo de medidas en los servicios quirúrgicos, con el objetivo de reducir el número de intervenciones quirúrgicas suspendidas, lo cual se traduciría en una mayor eficiencia, menores costes económicos, menor subutilización de recursos materiales y humanos y en una mayor calidad asistencial para nuestros pacientes.

AUTORES: Carlos Hernandez Diaz; JM Gutierrez Dueñas; J Montero Garcia; C Ruiz Hierro; M Ortega Escudero; R Muguerza Vellibre.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Burgos.

ID: 270

TÍTULO: FORMACIÓN ONLINE: ATENCIÓN A LA PRIMERA, SEGUNDA Y TERCERA VÍCTIMA DE LOS EVENTOS ADVERSOS

RESUMEN:
Los eventos adversos (EA) tienen un elevado impacto en los pacientes y, también, causan malestar emocional a los profesionales sanitarios más directamente implicados (segundas víctimas). En los casos más graves estos profesionales pueden desarrollar un trastorno de estrés postraumático y causar otros EA al ver mermada su capacidad de decisión.
Desarrollar (e implementar con la directa colaboración de la EVES), una actividad formativa online sobre el fenómeno de la segunda víctima para sensibilizar a la comunidad sanitaria acerca de este problema e informarle sobre la forma más adecuada de responder a los eventos adversos.
Los contenidos del curso fueron seleccionados y elaborados por un equipo de 15 expertos nacionales en seguridad del paciente. La actividad fue estructurada en dos módulos de conceptos básicos y de recomendaciones y materiales interactivos, incluidos vídeos sobre cómo informar de un evento adverso al paciente y escuchar a la segunda víctima. Esta intervención fue incluida entre las actividades de formación continuada en el portal de la EVES.
Se celebraron dos ediciones de la actividad (septiembre 2016 a julio de 2017). La acción formativa fue completada por 226 profesionales sanitarios, quienes valoraron positivamente la facilidad de comprensión del material (M=8,9, DT=1,1) y la utilidad práctica de sus contenidos (M=8,8, DT=1,2). El seguimiento de la actividad mejoró el nivel de conocimientos de los profesionales sobre el fenómeno de la segunda víctima ($p< 0,01$). Los usuarios necesitaron una media de 11,4 (DT=8,3) conexiones de 25 minutos (DT=17) de duración para completar la actividad. La tasa de abandono fue del 4,5% (n=12).
La actividad mejoró los conocimientos de los profesionales sobre cómo apoyar a quien experimenta la vivencia de segunda víctima y sobre cómo interactuar con el paciente que ha sufrido un evento adverso. Se trata de un recurso formativo con un enfoque preventivo que ha sido valorado positivamente por los usuarios y cuya demanda de tiempo es compatible con las responsabilidades asistenciales y personales. Esta intervención responde al objetivo general 2.7 de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente.

AUTORES: Irene Carrillo Murcia; A Martínez García; M Guilabert Mora; M Sala González; MV Pérez Jover; JJ Mira Solves.

CENTRO DE TRABAJO: Universidad Miguel Hernández.

ID: 271

TÍTULO: DE ATAPUERCA A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

RESUMEN:
El olvido del instrumental quirúrgico y/o textil fungible en el interior de un paciente es uno de los principales eventos centinela que pueden acontecer durante una intervención quirúrgica; el incumplimiento de los protocolos establecidos o la falta de normalización de los procesos, pueden provocar estos errores y, las consecuencias para el paciente pueden ser graves. Hoy, existen herramientas que ayudan a tener control del material antes y después de cada cirugía, alertando sobre la posibilidad de que acontezcan incidentes tales como los mencionados. A través de estas herramientas, de circuitos previamente establecidos y una metodología especifica de trabajo en equipo, se pueden prevenir estos eventos y, además, se pueden llegar a detectar antes de que sucedan. Actualmente, en nuestro centro no se dispone de protocolos que incorporen todo el circuito que recorre el material desde su entrada en el Hospital.
El objetivo principal de este trabajo es implantar una metodología que permita establecer las barreras necesarias para disminuir la probabilidad de ocurrencia de incidentes relacionados con el material quirúrgico y fungible, aumentando la probabilidad de poder detectarlos y, en caso de que lleguen al paciente, poder adoptar las medidas necesarias para solventarlos lo antes posible y establecer acciones que prevengan que puedan volver a suceder.
Actualmente, el instrumental nuevo, en primera instancia, tiene que ser marcado, revisado, lavado, revisado de nuevo, ordenado dentro de su contenedor y esterilizado, asegurando su correcto estado para ser posteriormente utilizado. Para optimizar estos procedimientos, proponemos: Establecer una correcta identificación de los contenedores y material “suelto” a través el marcaje y codificación de los mismos y su instrumental mediante códigos de barras colocados en un lateral del contenedor, visibles y
legibles. Para marcar este instrumental, se propone usar serigrafía con láser, con la finalidad de evitar riesgos de deterioro y/o pérdida de visibilidad; Realizar un listado de cada contenedor y su material “suelto”, en donde se identifique claramente, a través de fotografía, la correcta colocación del instrumental dentro de su contenedor. El listado completo incluirá, además de las imágenes, los nombres técnicos del instrumental; Considerar el textil fungible como material quirúrgico a efectos de trazabilidad, a través de la lectura de su código de barras. El control de la trazabilidad garantiza tanto los procesos de Esterilización como los del Bloque Quirúrgico.
Asegurar la calidad asistencial y la seguridad de nuestros pacientes. Son fundamentales los sistemas de información para poder asegurar la trazabilidad de los procesos en los que nos encontramos inmersos. Aseguraremos que toda actuación establecida dentro de los procesos de esterilización y bloque quirúrgico queda registrada. Podremos identificar
errores, analizarlos y establecer medidas de mejora y nuevas barreras de seguridad a nuestros procesos.

AUTORES: Marina Salazar Calzado; Al Barrondo Sánchez; R Ruiz López; L Rubio Cirilo; L Alfaro Cadenas; Jl Gracia Martínez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General De Villalba.

ID: 272

TÍTULO: ¿EL TAMAÑO IMPORTA?

RESUMEN:
Existe una opinión generalizada de que los procedimientos complejos deben realizarse en 'grandes' hospitales. Además, los mejores resultados en procedimientos complejos se han relacionado con el número de casos realizados por una unidad quirúrgica y por cirujano. Es evidente que en un hospital 'pequeño' no se pueden mantener equipos subespecializados formados por varios miembros con experiencia destacable. En este sentido, Hospitales Públicos Quirónsalud apuesta por un modelo de gestión de los recursos que permite tener equipos altamente especializados y experimentados y su alta tecnología distribuidos por nuestros hospitales y funcionando de forma coordinada como un equipo único que puede proporcionar la atención necesaria en cada momento a los pacientes en el hospital en el que se encuentren..
El principal objetivo es proporcionar la mayor calidad asistencial posible a nuestros pacientes, con la más alta tecnología, con la mayor seguridad y con los profesionales mejor cualificados y experimentados, Asimismo, analizar los resultados de nuestro proyecto, tras dos años de actividad con este modelo de gestión desde el Servicio de CGD, tomando como ejemplo la Unidad de Cirugía hepato-bilio-pancreática.
Inicialmente, se establecieron requisitos imprescindibles para poder realizar esta cirugía en el Hospital General de Villalba (HGV): recursos humanos, recursos materiales, recursos económicos, creación de un equipo multidisciplinar con la participación de todos los Servicios y Unidades implicados en el proyecto y establecimiento de los circuitos necesarios, En cuanto a los recursos humanos, contamos con 6 cirujanos especializados en cirugía hepatobiliar distribuidos por 4 hospitales (1 HGV, 1 Hospital Infanta Elena, 2 Fundación Jiménez Díaz, 2 Hospital Rey Juan Carlos). Las decisiones fundamentales en cuanto al abordaje global a los pacientes oncoquirúrgicos se tomaron de forma centralizada dentro del funcionamiento del Comité de Tumores Multidisciplinar, multicéntrico, con videoconferencias periódicas. Desde la Dirección Gerencia de nuestros Hospitales se impulsó y facilitó todo lo necesario para abordar y sacar adelante el proyecto.
Gracias a la organización de todos los Servicios implicados, compartiendo los recursos disponibles en nuestros 4 Hospitales, los procesos han resultado mucho más eficientes, de mayor calidad y más seguros para nuestros pacientes. Coordinados en Red, evitamos desplazamientos innecesarios a los pacientes, movilizando nosotros los recursos allá donde son necesarios. Este modelo permite conseguir un nº aún mayor de pacientes y procedimientos por cirujano que el que correspondería por volumen asumible por tamaño del Hospital. Además, se consiguen resultados excelentes similares o mejores que en cualquier hospital denominado 'grande' en España o centros de referencia mundiales.

AUTORES: Tihomir Georgiev Hristov[1]; MJ Fraile Vilarrasa[2]; H Guadalajara Labajo[3]; A Celdrán Uriarte[4]; D García Olmo[5].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General De Villalba[1, 2, 3]; Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz[4, 5].

ID: 273

TÍTULO: LA SEGURIDAD RADIOLÓGICA DEL PACIENTE. EXPERIENCIA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

RESUMEN:
El aumento de exploraciones radiológicas lleva mayor exposición a las radiaciones. no existe una limitación específica del máximo de radiación que puede recibir un paciente . existe una normativa a nivel europeo, próxima a incorporar , que establece que se debe vigilar niveles de radiación que el equipamiento radiológico emite, con el fin de hacer la práctica segura. La Directiva Europea 2013/59/Euratom, por la que se establecen normas de seguridad contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes, ha incorporado la necesidad de establecer niveles de referencia de dosis de radiación en las exploraciones radiológicas, mediante un proceso de optimización continua.
Conocer los niveles de radiación de nuestros pacientes mejorarlos.
Desde el año 2014 existe un programa para la recogida de datos de todos los procedimientos radiológicos de la red de hospitales públicos, conocido como DoseWatch, que permite el registro de la dosis de radiación de los pacientes en su histórico individual.
Actualmente están conectados al sistema 11 TCs y envían la información relativa a la dosis radiológica del paciente. De todos los estudios radiológicos se han seleccionado 5, que por su relevancia y volumen generan mayor exposición radiológica a la población , correspondiéndose con la TC de Cráneo, TC de Tórax-Abdomen-Pelvis, TC de Abdomen-pelvis, TC de Abdomen y TC de Tórax.
Se ha elaborado el análisis de los niveles de referencia regionales de dosis sobre los estudios radiológicos seleccionados, tomando como indicador de dosis el parámetro CTDIvol (índice de dosis de tomografía computarizada volumétrica), que es normalmente empleado para este tipo de análisis.
Para cada uno de los tipos de exploraciones seleccionados, los niveles de referencia (DRL: Dose Reference Level) obtenidos para los TCs comparados con los niveles publicados a nivel internacional de nuestro entorno europeo, muestran los datos más bajos en TCs de cráneo, Tórax- Abdomen-y Pelvis , el 2º más bajo en Tórax , solo superado por Bélgica y un nivel intermedio en Abdomen. Nuestra CCAA tiene niveles de referencia similar o inferior a los publicados por los países de nuestro entorno. Esto demuestra la buena optimización los protocolos de exploración en nuestro equipamiento radiológico. Sin embargo, existen equipos que emplean más radiación que otros, debido fundamentalmente a la tecnología y antigüedad de los mismos. Esta herramienta también resultará útil para ayudar a la toma de decisión en la renovación del parque radiológico. Y, permite comparar el cumplimiento de los niveles de exposición, detectar aquellas exploraciones que exceden estos niveles, pudiendo establecer con prontitud medidas correctoras.
La trasposición a la legislación nacional de la Directiva Europea 2013/59/EURATOM, que se realizará antes de finalizar el año 2018, obligará a la obtención de valores de referencia. Nuestros datos podrán contribuir a determinar los niveles de referencia españoles

AUTORES: Carmen Santiago Garcia; A Serna Berná; D Ramos Amores; MA Chans Cuervo.; T Sanchez Monton; B Garcia Rojo.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Santa Lucia.

ID: 274

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN: Prácticamente todos los elementos de la acción sanitaria están asociados con algún riesgo para el paciente. La gestión eficaz de los riesgos implica una combinación entre el aprendizaje de aquéllas cosas que han ido mal (reactivo) y la prevención ante riesgos potenciales (proactivo).

- Hacer visible las acciones en seguridad del paciente de cada servicio o área asistenci
- Identificar áreas de mejora y su priorización.
- Establecer un plan de acción
- Participación activa de los profesionales responsables de la asistencia en la priorización y planificación de medidas a implementar.

Se describen los subprocesos para llegar a los factores de riesgos y las barreras para que no ocurran los EA:

- Evaluación del sistema.
- Determinación responsable del proyecto
- Determinación de procesos a analizar
- Selección de responsables de procesos
- Reunión de presentación del proyecto y metodología a cargos intermedios Envío de cuestionario semiestructurado por servicio/área de atención.
  - Acciones que se realizan en materia de seguridad al paciente en el servicio
  - Aspectos generales de seguridad y propuesta de iniciativas propuestas.
- Análisis de cuestionarios
- Reunión con responsables de procesos:
  - Identificación de factores de riesgos y barreras que no se hubieran reflejado en cuestionario.
  - Priorización.
  - De los subprocesos con mayor puntuación listado de 2 objetivos principales
- Envío a responsables de ficha de evaluación, ordenación de los objetivos y una propuesta de acciones.
- Propuesta de acciones a realizar.
- Elaboración de un plan de implementación.
- Implementación
- Evaluación consecución de objetivos.

Se analizaron 25 procesos.

Se identificaron 275 procesos de nivel 2 en Torrevieja y 283 en Vinalopó, 510 factores de riesgos en Torrevieja y 523 en Vinalopó y 1.918 barreras en Torrevieja y 1.950 en Vinalopó

El índice general de desarrollo del sistema de gestión de riesgos asistenciales es superior a la medía de centros similares.

Los subprocesos con mayor puntuación en Torrevieja son:

- Consultas especializadas
- Hematología
- Quimioterapia

Los subprocesos con mayor puntuación en Vinalopo son:

- Hospitalización domiciliaria
- Hematología
- Obstetricia.

La gestión proactiva de riesgos permite identificar y priorizar las acciones para disminuir los posibles eventos adversos que pueden sufrir los pacientes durante la asistencia sanitaria. Los indicadores generales muestran un elevado nivel de partida del sistema de gestión de riesgos existentes. La metodología seguida permite disponer de un plan de acción, nacido de la identificación de riesgos y la percepción de los elementos barreras existentes, elaborado por los propios profesionales asistenciales. La participación activa del personal asistencial permite aumentar la adherencia a las medidas a implantar. La priorización nos ayuda a dirigir los esfuerzos en aquellos factores considerados como los más relevantes.

AUTORES: José Fernández de Maya[1]; M Ladios Martín[2]; MC Gil Collados[3].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital del Vinalopo- Hospital de Torrevieja[1, 3]; Riberasalud[2].

ID: 275

TÍTULO: LA EXPERIENCIA DE CUIDADORES DEL ENTORNO FAMILIAR CON LA ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL QUE RECIBEN LAS PERSONAS QUE CUIDAN

RESUMEN:
Los/as cuidadores/as no profesionales (normalmente mujeres) se vienen haciendo cargo, en nuestro entorno, de las necesidades diarias de un 75% de las personas mayores de 65 años con pluripatología, fragilidad y cierta complejidad, cifra que puede ser aún mayor . Su intervención es indispensable para cubrir las necesidades de estas personas.
Conocer la experiencia de cuidadores no profesionales con respecto a la atención que reciben para desempeñar su labor de asistencia y apoyo a una persona que sufre alguna condición crónica y que precisa supervisión y ayuda en el hogar.
Estudio descriptivo en el que una muestra aleatoria de cuidadores, de tres comunidades autónomas, respondieron a las 16 preguntas de la escala IEXPAC-Cuidadores. La puntuación en los elementos de la escala fue el resultado de la suma de valoraciones positivas menos la suma de las valoraciones negativas. Las puntuaciones se presentan en rango de -100 a 100. Conforme la puntuación se acerca a 100 la valoración es más positiva y conforme se acerca a -100 más negativa.
Respondieron 235 cuidadores (79% mujeres, edad media 61 años, en el 31% no convivían en la misma casa paciente y cuidador, media de 6,9 años al cuidado del familiar). Los pacientes tomaban diariamente una media de 3,5 fármacos y un 69% tenía algún grado de dependencia reconocido (27% grado 3). La mitad de los pacientes (56%) sufrían alguna condición neurológica.
La valoración de la experiencia de los cuidadores fue negativa en lo relativo a: información sobre los recursos sanitarios y sociales a los que puede recurrir (32,3 puntos); la preocupación por la salud, bienestar y calidad de vida del cuidador (23 puntos); información sobre dónde contactar cuando la persona que se cuida tiene una urgencia (18,3 puntos); preocupación por la sobrecarga emocional y física que conlleva ser cuidador 7,7 puntos); preocupación por la persona que se cuida al llegar a casa tras una hospitalización (-29,7); coordinación de los servicios sociales municipales y los sanitarios (-29,8 puntos).
Las personas que cuidan a familiares con condiciones crónicas perciben baja atención a su sobrecarga (física, emocional) y a sus necesidades de apoyo, contacto y coordinación de los recursos para el control y seguimiento del familiar en el domicilio.

AUTORES: Mercedes Guilabert Mora[1]; P Amil Buján[2]; O Solas Gaspar[3]; JC Contel Segura[4]; M Arteagoitia González[5]; P Fernández Cano[6].

CENTRO DE TRABAJO: Universidad Miguel Hernández[1]; Departament De Salut[2, 4]; Consultora Independiente[3]; Fundación Vasca De Innovación Sanitaria[5]; Merck, Sharp And Dohme De España[6].

ID: 276

TÍTULO: ¿CÓMO FAVORECER LA PARTICIPACIÓN EN LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES?

RESUMEN:
Las encuestas de satisfacción son una herramienta valiosa para valorar la calidad de la prestación servicio, que permite identificar puntos fuertes, débiles y áreas de mejora. Serán útiles si son representativas del área que se pretende evaluar, con un porcentaje de respuesta adecuado.
Valorar la tasa de respuesta de las encuestas de satisfacción a médicos internos residentes (MIR) de nuestra área de salud, e identificar posibles factores que influyen en la no respuesta.
Desde el año 2010 se realizan encuestas de satisfacción a los MIR para valorar la formación recibida. Esta encuesta consta de 61 ítems, que hacen referencia a las siguientes dimensiones: tutor, comunicación, proceso formativo, condiciones laborales, instalaciones y recursos disponibles, planificación del trabajo, ambiente de trabajo, evaluación y reconocimiento. Hasta el año 2013 dichas encuestas eran entregadas en soporte papel, y debían ser cumplimentadas y entregadas en sobre cerrado en la Comisión de Docencia del centro. A partir del año 2014, se modificó la forma de envío, y son enviadas por correo electrónico, y deben ser cumplimentadas y entregadas vía on-line. La estructura de la encuesta no se ha modificado.
Esto nos lleva a pensar que responden más aquellos que están menos satisfechos. A priori podemos pensar que el cambio en el formato de la encuesta influye en la tasa de no respuesta, al coincidir el descenso con el año en que produce el cambio del formato papel a formato electrónico. Para conocer qué factores influyen en la no respuesta, se ha elaborado un pequeño cuestionario sobre los motivos, que será enviado a finales del mes de junio de 2018, e incluye las siguientes preguntas: 1.¿Ha recibido la encuesta de satisfacción del residente a través del correo electrónico el año pasado?. 2.¿Ha respondido la encuesta de satisfacción del residente el año pasado?. 3.En caso de no haber respondido, ¿cuál ha sido el motivo? a)No he recibido la encuesta, b)No me parece útil, c)Es demasiado larga, me lleva mucho tiempo; d)El formato para contestar no es adecuado; e)Otro (definir)
Consideramos importante elaborar estrategias que incrementen la tasa de respuesta a las encuestas de satisfacción en residentes, para mejorar la calidad en la formación de especialistas sanitarios. El formulario sobre los motivos de no respuesta permitirán definir mejor dichas estrategias.

AUTORES: Ana Maria Haro Perez; V Quiros Gonzalez; L Lopez Vazquez; MP Rodriguez Perez; M Jimenez Rodriguez; B Vidriales Vicente.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario De Salamanca.

ID: 277

TÍTULO: SATISFACCIÓN CON LAS AGUJAS PARA PLUMAS DE INSULINA POR PARTE DE PACIENTES

RESUMEN:
La administración de insulina vía subcutánea en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) conlleva algunas dificultades relacionadas, entre otros aspectos, con el tipo de agujas utilizadas, pudiendo contribuir a la adherencia terapéutica y a la utilización de servicios sanitarios.
La contratación del suministro de estas agujas se realiza mediante concurso público y procedimiento abierto y, hasta ahora, nunca se había tenido en cuenta la opinión de las personas afectadas, habiéndose recibido en la última contratación varias quejas por el cambio de marca de las agujas, en las que se alegaba una peor calidad de las mismas.
El objetivo de este estudio consistió en analizar las preferencias de las personas con DM1 en el uso de agujas para plumas de insulina y tenerlas en cuenta para la contratación de la empresa suministradora de estas agujas en nuestra comunidad autónoma.
Para ello, se realizaron encuestas a pacientes en las que se evaluó su percepción del dolor y la satisfacción con el uso de las agujas. De las ocho empresas que se presentaron al concurso de suministros, cuatro fueron las que finalmente cumplieron todos los requisitos exigidos y pasaron a ser evaluadas.
Se enviaron 210 cartas a pacientes elegidos de manera aleatoria para que voluntariamente accedieran a responder la encuesta. Cada paciente probó durante cinco días consecutivos un lote de agujas ciegas proporcionado por una de las cuatro empresas. Registró en cada uso el grado de dolor percibido siguiendo la escala visual numérica del dolor que se le proporcionó junto con el cuestionario. Una vez finalizados los cinco días de prueba, también indicó si le aparecieron hematomas provocados por los pinchazos y el grado de satisfacción general con las agujas.
Con las cartas, muy pocas personas se pusieron en contacto con las enfermeras, con lo cual, la gran mayoría tuvieron que ser captadas de manera telefónica.
Se realizaron un total de 124 encuestas a pacientes con edades comprendidas entre los 3 y los 70 años, 66 de los cuales fueron mujeres (53.66%) y 57 hombres (46.34%). En todas las empresas predominó la ausencia de hematomas después de los días de prueba. En cuanto al grado de dolor, medido con valores enteros entre 0 y 10, estas fueron las puntuaciones medias de cada empresa y sus correspondientes desviaciones típicas entre paréntesis: empresa A, 0.61 (1.38); empresa B, 1.81 (2.55); empresa C, 1.53 (2.58) y empresa D, 1.10 (1.93). Si atendemos a la satisfacción con las agujas, medida también con valores enteros entre 0 y 10, los resultados fueron los siguientes: empresa A, 8.10 (2.29); empresa B, 6.28 (3.15); empresa C, 7.35 (3.03) y empresa D, 7.75 (2.58). Por lo tanto, hay una diferencia de casi dos puntos entre la satisfacción media más alta y la más baja.
En vista de los resultados obtenidos, en los que se observa una clara diferencia entre las valoraciones para cada empresa, creemos que esta consulta a pacientes puede resultar determinante en la adjudicación del concurso.

AUTORES: Sara de la Rosa de Sáa[1]; M González Sánchez[2]; A Arango Fernández[3]; R García García[4]; P Menéndez Cuervo[5]; E Muslera Canclini[6].

CENTRO DE TRABAJO: Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)[1, 2, 6]; Hospital San Agustín de Avilés[3]; Hospital Universitario Central de Asturias[4]; Hospital Universitario de Cabueñes[5].

ID: 278

TÍTULO: SEGURIDAD EN TECNICA DIAGNOSTICA CRITICA: EXTRACCION HEMOCULTIVOS

RESUMEN:
El hemocultivo es un método diagnóstico que se realiza para la detección de microorganismos (MO) en sangre y así, posteriormente, realizar la identificación y determinación de sensibilidad. Su finalidad es establecer con certeza el diagnóstico etiológico e identificar los MO causal y el estudio de su sensibilidad, para elegir el tratamiento más eficaz. La validez del hemocultivo está determinada por: Momento óptimo de extracción y realizarla con técnica aséptica. En ocasiones los resultados de hemocultivos muestran MO indicadores de contaminación, por usar una técnica inadecuada, apareciendo en ocasiones falsos positivos. La probabilidad de que el resultado de los hemocultivos positivos represente una bacteriemia verdadera aumenta cuando la muestra se obtiene adecuadamente
Describir la percepción y conocimientos de los profesionales de enfermería (PE) sobre la técnica 'para extraccion de hemocultivos
Realizar intervenciones de mejora en función de los resultados encontrados
Se realiza encuesta, mediante cuestionario estructurado y validado previamente, con las variables: Existencia y necesidad de protocolo, lavado de manos, uso de guantes estériles, utilización de paño estéril, desinfección de piel, extracción en distintos puntos de punción, intervalo de tiempo entre hemocultivos, limpieza de tapones de frascos, cambio de aguja, orden de extracción de muestras, cantidad , extracción de muestra de catéter canalizado con anterioridad.
Población encuestada: Se entregan cuestionario anónimo a 170 PE de diferentes unidades asistenciales de nuestro hospital, seleccionados aleatoriamente pertenecientes a todos los turnos de trabajo. La recogida de los cuestionarios una vez cumplimentados se realizó por equipo de trabajo 15 dias tras su entrega.
Se analizan los datos con medias y porcentajes. Con los resultados obtenidos de percepción y conocimientos se procede a realizar una intervención de mejora elaborando un nuevo procedimiento en formato audiovisual y a difundirlo entre todos los trabajadores del complejo. En los próximos meses se revaluará el impacto de esta intervención el mismo cuestionario y metodología que nos permitió conocer las áreas de mejora y situación basal.
Resultados de la encuesta: El 56% de los PE conocen que existe un procedimiento para extracción de hemocultivos. Entre las áreas de mejora detectadas cabe destacar: Uso de guantes estériles, se usan en 26% de los casos; campo estéril 4%; desinfección de piel con 79% con clorhexidina acuosa al 1%; extracción de hemocultivos de puntos distintos en el un 61% y limpieza previa de tapones de los frascos 47%. El 70% sacan del catéter canalizado con anterioridad y solo un 9% utilizan otro punto distinto de punción.Para evitar estos errores se realizó un video sobre como realizar la técnica de forma adecuada se ha difundido entre todos los PE con excelente acogida. Este video se presentará en el Congreso. Pendiente de reevaluar en Septiembre el impacto de esta intervención.

AUTORES: Mª del Carmen López-Chaves Muñoz; R Pedrero Alonso; A Martín Aires; AC Vicente Moraleja; G Rodríguez San Cristóbal.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario De Salamanca.

ID: 279

TÍTULO: EVALUACI&OACUTE;N DE LOS SISTEMAS DE IDENTIFICACI&OACUTE;N EN LA ADMINISTRACI&OACUTE;N DE MEDICAMENTOS V&IACUTE;A PARENTERAL (FASE I)

RESUMEN:
Los errores de medicaci¨®n constituyen el tipo de evento adverso m¨¢s frecuente. Seg¨²n los estudios, un 35% de los casos podr¨ªan haber sido evitados.
Es por ello que desde la Consejer¨ªa de Sanidad se ha establecido como una de sus prioridades la seguridad del uso de medicamentos y productos sanitarios recogido en la ¡°Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020¡±.
En esta l¨ªnea, en la Resoluci¨®n 609/2016, se pone en marcha una nueva iniciativa para evitar errores relacionados con la administraci¨®n de medicamentos, identificando con un sistema estandarizado y homog¨¦neo de etiquetas adhesivas de colores con texto impreso para cada v¨ªa de administraci¨®n (Fase I) y pegatinas para la identificaci¨®n de medicamentos (Fase II).
Evaluar la implantaci¨®n de la fase I de la Resoluci¨®n 609/2016 de identificaci¨®n de v¨ªas de administraci¨®n en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel.
En Marzo de 2017, se inici¨® un programa formativo en cascada liderado por la Direcci¨®n de Enfermer¨ªa y la Unidad de Calidad. Inicialmente el Supervisor de Calidad instruy¨® a cargos intermedios y seguidamente a los responsables de seguridad de enfermer¨ªa. A su vez, estos ¨²ltimos, continuaron la formaci¨®n al personal de su unidad, llegando de este modo la informaci¨®n a todas/os las enfermeras/os del hospital.
En Abril del mismo año, se escogi¨® como unidad piloto a la UCI para poner en marcha la implantaci¨®n de la resoluci¨®n como plan de mejora de la propia unidad.
En Junio del 2017 se procedi¨® a la evaluaci¨®n de la implantaci¨®n del nuevo proyecto. Para lo cual se realiz¨® un an¨¢lisis transversal, por parte de profesionales con experiencia en unidad de cr¨ªticos, tomando como muestra al menos el 60% de los pacientes ingresados el d¨ªa de estudio.
Los par¨¢metros que se recogieron fueron:
- Nº de sistemas de infusi¨®n.
- Nº de sistemas de infusi¨®n correctamente identificados.

Se consider¨® como correcta identificaci¨®n que el sistema de infusi¨®n llevase dos pegatinas (una en la zona distal y otra en la proximal al paciente), con el color y texto correspondiente a la v¨ªa de administraci¨®n y se encontrase perfectamente legible.
De una muestra total de 32 pacientes, se reconocieron 85 oportunidades de identificaci¨®n del sistema infusor conforme indica la resoluci¨®n.
De ¨¦stas, se observaron que estaban correctamente identificadas 63 oportunidades (74,12%).
Se concluye que en la evaluaci¨®n de la implantaci¨®n de la fase I de la Resoluci¨®n 609/2016 en la UCI de nuestro hospital, se obtuvieron unos buenos resultados. No obstante, se sigue trabajando en un plan para mejorarlos.
Los resultados de la evaluaci¨®n han favorecido una implantaci¨®n de forma progresiva en el resto del hospital, tomando como referencia ¡Ý74% de cumplimiento de la resoluci¨®n.

AUTORES: Pablo Cazallo Navarro; D Montserrat Capella; B De Andrés Gimeno; M Solís Muñoz; T González Priego; M Sánchez Hernández.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda.

ID: 280

TÍTULO: EXPLORANDO EL VÍNCULO ENTRE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN ESPAÑA

RESUMEN:
La tecnología sanitaria es la aplicación del conocimiento científico en la atención y prevención sanitaria. La evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) para el Sistema Nacional de Salud (SNS) fomenta la equidad, la transparencia y la excelencia mediante planes de calidad dispuestos en la Ley General Salud Pública 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS. En 2012 se creó la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones (RedETS) que garantiza la sostenibilidad y la calidad de la cartera de servicios del SNS. La calidad asistencial (CA) es el nivel de utilización de los medios más adecuados para la consecución de las mayores mejoras en salud. RedETS contribuye a la CA fundamentando la toma de decisiones (TD) sobre la incorporación y exclusión de prestaciones, la modificación de las condiciones de uso, el incremento de la calidad y la disminución de la variabilidad en la práctica clínica. Sin embargo, pocos estudios analizan la relación entre la CA y la ETS.
Identificar el vínculo entre la CA y el conocimiento que ofrece la ETS en RedETS.
Se realizó un estudio descriptivo en 3 fases. En la fase 1 se revisaron todos los informes y guías clínicas de ETS publicados de forma abierta y transparente en la página web de RedETS de 2016 a mayo 2018. En la fase 2 se elaboró un marco de análisis en base a 7 dimensiones: la dimensión “recomendaciones”, referida al uso del conocimiento producido en la ETS para informar la TD (a nivel ministerial, gerencial y clínico); y 6 dimensiones básicas según la OMS para expresar la CA: seguridad, efectividad, eficacia, accesibilidad, satisfacción y equidad. En la fase 3 se identificó la CA de los documentos. Se analizó si los objetivos de cada informe y guía analizada respondían a las dimensiones propuestas a estudio. Cada documento podía contener de 1 a 7 dimensiones o ninguna dimensión.
Se revisaron los 73 informes y guías clínicas elaborados y publicados en RedETS, de ellos: 35 realizados en 2016, 31 en 2017 y 7 de enero a mayo de 2018. La clasificación de los 73 documentos estableció la siguiente distribución, para cada dimensión: 59 documentos estudiaban la efectividad de las prestaciones basadas en la evidencia; 51 proveían conocimiento sobre prestaciones seguras para los usuarios; 38 proponían recomendaciones para la TD; 27 informaban sobre la eficacia y maximización del rendimiento de recursos; 3 evaluaban las tecnologías centradas en la satisfacción del paciente; 3 concluían homogeneizar la práctica de una determinada prestación. Por último, ningún documento evaluó la accesibilidad de los usuarios a las tecnologías. De los 73 documentos analizados, el 11% alineaba seguridad-efectividad-eficiencia-recomendaciones; el 43,8% alineaba seguridad-efectividad-recomendaciones; el 27,4% alineaba seguridad-efectividad; el 17,8% solo se alineaba con la efectividad. Según los resultados, el 85.7% de la CA (6 de las 7 dimensiones) está vinculado y alineado con el conocimiento científico evaluado en RedETS.

AUTORES: C Paniagua Alcaraz[1]; I Pena Yáñez[2]; AB Jiménez Muñoz[3]; B Martínez Mondéjar[4]; S Luengo Matos[5]; LM Sánchez Gómez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Severo Ochoa[1, 2, 3, 4]; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias[5, 6].

ID: 281

TÍTULO: OMALIZUMAB. POSICIONAMIENTO DE UN NUEVO FARMACO

RESUMEN:
La introducción de nuevos fármacos requiere un posicionamiento y un protocolo es una herramienta útil en la práctica clínica que permite optimizar los tratamientos de manera individualizada en función de la situación clínica del paciente y desarrollar esquemas terapéuticos personalizados, haciendo estos tratamientos más eficientes.
La urticaria crónica espontánea es una enfermedad común definida por la aparición recurrente de habones, angioedema o ambos de más de seis semanas de duración de causa desconocida o no inducible. El tratamiento en la actualidad de la urticaria crónica espontánea, según los guías clínicas en vigor, se basa en una serie de pasos o escalones terapéuticos, quedando Omalizumab en un 3º o 4º lugar según las guías .La dosis de inicio y la monitorización también varian entre los clínicos.
Establecer un uso racional del omalizumab.
Mejorar la eficiencia y el coste por paciente en Urticaria .
Nuestros datos de partida mostraban de forma consistente un coste por paciente superior a la media de hospitales de nuestro entorno. Realizamos un análisis de datos. Información de los mismos a los médicos relativos al uso de estos fármacos en nuestra área y en el entorno. Implicación de los servicios afectados. Revisión de la bibliografía. Elaboración de un protocolo de actuación, consensuado con el servicio de Alergia, Farmacia y Dirección Medica. Posteriormente Difusión e implantación del protocolo.
Resultados:En el periodo enero abril del año 2017 (previo a la implantación del protocolo) el importe medio por paciente era de 2243 euros y de 2042 en el mismo periodo de este año (tras implantación del protocolo). El importe medio por paciente comparado con la media de los hospitales de SMS era superior en el periodo anterior (271 euros más) e inferior en el acumulado enero abril de este año (80 euros por debajo)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Según los resultados, las implicaciones de los profesionales y la protocolización han permitido optimizar el tratamiento de los pacientes con urticaria crónica de difícil control. Con estos cambios se obtienen mejores resultados económicos, en términos de eficiencia, ya que evitamos aumentos de dosis innecesarias en pacientes que han presentado falta de respuesta al tratamiento y iatrogenia de mantener tratamientos ineficace

AUTORES: Carmen Santiago Garcia[1]; A Huertas Amoros[2]; IG Perez Perez[3]; J Alonso Sanez de Miera[4]; J Sedes Romero[5]; JC Lopez Lacoma[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Santa Lucia[1]; Complejo Hospitalario Cartagena[2, 3, 4, 5, 6].

ID: 282

TÍTULO: CICLO DE MEJORA INFECCION EN LA HERIDA QUIRURGICA TRAS CIRUGIA COLORECTAL

RESUMEN: La infección de la herida quirúrgica y su control es un punto clave en la asistencia al paciente tras cirugía colorectal. Tanto en los datos de Cierre del Contrato de Gestión 2016 y 207 aparece como objetivo que la Infección de la herida quirúrgica tras cirugía colorrectal, sea menor del 10%.En nuestro caso estábamos muy lejos del objetivo.
1.- Disminuir la tasa de Infección herida quirúrgica en cirugía colorectal
2.-Mejorar los circuitos y el proceso
Datos de IHQ
2017.- 43,40%
2016- 43,00%
2015.- 33,00%
ANALISIS DE DATOS.
-Infección herida quirúrgica en cirugía colorectal elevada de forma consistente de pacientes infectados y empeorando respecto a años previos.
-No cumplir el objetivo del contrato de gestión y, tener peores datos en relación a otros hospitales de nuestro medio.
Se constituyo un grupo de mejora con representación de todos los profesionales implicados y el apoyo de la dirección, se procedió análisis del problema, mediante tormenta de ideas y Espina de Pescado (isikawa), detectando las causas principales y secundarias que estaban implicadas:
Respecto al registro de los datos: No disponibilidad de datos desagregados según complejidad del paciente y tipo de cirugía. Problemas de registro y metodología de recogida de datos.
Respecto al área de cirugía: el tipo de cirugía realizada (mucha cirugía abierta), poca laparoscopia, Intervenciones muy largas
. Cumplimentación incompleta de check list. . Circuitos complicados y largos. . En algunos casos los equipos quirúrgicos no son específicos.
Respecto a la profilaxis antibiótica: Profilaxis antibiótica inadecuada en dosis y tiempos. . Poca concienciación del personal de la importancia del tema. Poco seguimiento del protocolo quirúrgico en todas sus fases,
Respecto al manejo del paciente en planta: Preparación quirúrgica previa inadecuada. Curas postcirugia mejorable. Pase de planta por los cirujanos.
MEDIDAS CORRECTORAS
. Difusión de los datos a los implicados;
. Implicación de todos los profesionales de la organización.
. Revisión del protocolo con un cambio de fármacos en profilaxis,
. Concienciación bloque quirúrgico y plantas de la importancia de la prevención de la infección de la herida quirúrgica en la cirugía colorectal y la higiene de manos
Formación a los profesionales, mediante charlas por parte de miembros de la comisión de infecciones y seguridad del paciente.
Potenciación de la cirugía laparoscópica..
Informatización de todas las consultas, a través del aplicativo Selene.
Fomentar la laparoscopia como técnica quirurquica.
Tras la aplicación de estas medidas durante 1 año hemos reevaluado con el universo de casos y la infección de herida quirúrgica del 1 de Enero al 30 de Abril de 2018, ha descendido al 6,4%.
. El trabajo multidisciplinar consigue cohesionar y comprometer a los implicados en la mejora de los procesos.
. La protocolización y el tipo de cirugía han resultado importantes para mejorar la infección en la cirugía colorectal

AUTORES: Trinitario Sanchez Monton; C Santiago Garcia; B Garcia Rojo; J Garcia Garcia; JM Yague Sanchez; L Seoane Cegarra.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Cartagena.

ID: 283

TÍTULO: INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA FORMATO ELECTRÓNICO. ANÁLISIS DE CONTENIDO.

RESUMEN:
El informe de cuidados de enfermería (ICE) es una de las herramientas de cooperación que existen para favorecer la continuidad asistencial. El Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud define los requisitos mínimos que debe contener ese informe. En nuestro centro, el 22 de mayo del año 2017 después de un proceso de consenso entre profesionales de varios centros, se implanta el informe de cuidados en formato electrónico. Después de 6 meses se plantea la necesidad de valorar los informes realizados.
Comprobar el número de ICE realizados al alta del paciente y analizar el contenido y el grado de cumplimentación de los informes.
Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo a partir del análisis de una muestra aleatoria y representativa de los informes generados entre el 1 de junio y el 30 de septiembre de 2017 de todas las unidades asistenciales en las que se utiliza el aplicativo informático Gacela Care. Las variables del estudio son los datos del proceso asistencial, la valoración activa, los elementos del plan de cuidados y el apartado del cuidador del informe. Se trata de variables dicotómicas y de texto libre. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con el programa SPSS Versión 20. El porcentaje de cumplimentación del informe fue del 70,72%. Respecto al contenido del informe, se encontró que en un 51,7% de los informes no eran comprensibles las causas que generan la actuación enfermera. Sólo en un 66% se cumplimentaba el motivo del alta. En un 93,9% de los informes existía una valoración activa, de media se valoraban 12 necesidades del modelo de cuidados de Virginia Henderson. En el apartado del plan de cuidados se encontró que un 17% contenían diagnósticos resueltos, sólo dos de esos diagnósticos eran pertinentes, habiéndose evaluado antes de su restirada del plan de cuidados. Un 36,1% de informes recogían diagnósticos activos, de los reflejados el 52,8% no eran congruentes con la valoración activa. 46,9% de informes presentaban protocolos asistenciales, 11,5% no eran pertinentes. El cuidador se identificó correctamente en un 4,1% de los casos en los que fue identificado. Por último, se indicaron recomendaciones al paciente en un 41,5% de los informes, y al cuidador en un 13,6%. Se encontraron principalmente recomendaciones sobre vigilancia de signos y síntomas, cuidados de las heridas, actividad física, próximas consultas e indicando seguir órdenes médicas.
Se concluye que es necesario mejorar la valoración activa y la adecuación con el plan de cuidados que se refleja en el informe y trabajar en las recomendaciones que se aportan. La difusión de los resultados del estudio y la formación en la cumplimentación del informe de cuidados de enfermería y en la aplicación del proceso enfermero y uso de los lenguajes estandarizados en el desarrollo de planes de cuidados, podrían contribuir en la mejora de los resultados.

AUTORES: M Mercedes Lazaro Otero; S Moya Mier; JL Cobo Sanchez; C Renedo Gonzalez; F Gonzalez Menendez; P Gonzalez Setien.

CENTRO DE TRABAJO: HUMV.

ID: 284

TÍTULO: IDONEIDAD DE UNA GUÍA PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

RESUMEN:
Hasta la fecha la mayoría de los estudios sobre la prevalencia de incidentes de riesgo (IR) y eventos adversos asociados a la asistencia sanitaria (EA) se han centrado en saber qué ocurre en los hospitales y, en menor medida, en Atención Primaria. Para poder conocer la situación actual en el ámbito de la Urgencia y Emergencia Extrahospitalaria, sería preciso comenzar por un estudio observacional descriptivo (en el SUMMA112 de la Comunidad de Madrid) con una posible proyección analítica, teniendo en cuenta los diferentes dispositivos (móviles, urgencias de atención primaria y Centro de Urgencias Extrahospitalaria) que permita estimar la prevalencia de IR y EA y conocer los factores relacionados. Para ello es necesario el desarrollo de una herramienta que permita identificarlos al analizar la documentación clínica.
General: El conocimiento de la idoneidad de una guía de cribado de alerta como herramienta de detección de IR y EA asociados a la atención sanitaria en un Servicio de Urgencias y Emergencias Extrahospitalario. Específicos: Analizar la concordancia entre los grupos evaluadores. Conocer y subsanar las posibles discrepancias.
Se utilizó una Guía de Cribado adaptada. Previamente se realizó formación de los investigadores sobre conceptos y taxonomía de seguridad del paciente. Para el primer análisis los investigadores se dividieron de forma aleatoria en dos equipos que evaluaron un caso identificado por el criterio de referencia o "gold standard", (identificado y revisado por la Comisión de Seguridad Clínica). Finalmente se analizaron 30 casos divididos aleatoriamente en 5 grupos de investigadores con distinta composición en número discutiéndose después los resultados para solucionar así las posibles discrepancias. Para el análisis de concordancia entre los grupos evaluadores se utilizó el índice de concordancia kappa (modificación de Jacknife).
Resultados: El primer análisis de concordancia efectuado entre los dos grupos de investigadores (24 y 28 respectivamente) y el "gold standard" arrojó un acuerdo del 100%. Posteriormente se analizaron 30 casos no identificados previamente seleccionados aleatoriamente entre los distintos dispositivos asistenciales. Se dividieron en 6 grupos con 1, 2, 4, 10, 9, 18 y 8 investigadores respectivamente. Dicho análisis arrojó un valor de kappa de 0,124 con un intervalo de confianza al 95% comprendido entre -0,144 y 0,3, considerándose entre discreto y adecuado siendo además estadísticamente significativo. Finalmente se celebró una reunión entre los investigadores para la discusión de los resultados y abordaje de las discrepancias detectadas. Conclusiones: El valor obtenido se debió a la baja prevalencia del fenómeno estudiado. La reunión entre los grupos investigadores permitió mejorar el rendimiento de la Guía de Cribado resultando finalmente poco sensible pero muy específica, cumpliendo así los requisitos como herramienta de detección de IR y EA.

AUTORES: Patricia Fernán Pérez; R Muñoz Romo; MV Hernández Jaras; EM Aguilar Vivar; S Navarro Santos; A Colomer Rosas.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 285

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA CRONICIDAD COMO FACTOR PREDICTIVO DE LA ACEPTACIÓN DE APLICACIONES MÓVILES DE SALUD POR LA POBLACIÓN

RESUMEN:
En 2017 existían en el mercado en torno a 325.000 aplicaciones móviles de salud (AMS), un 24% de ellas añadidas en el último año. En este contexto de rápida expansión tecnológica, resulta crucial estudiar los factores que influyen en la aceptación de estas herramientas tecnológicas por la población, especialmente entre quienes padecen enfermedades crónicas, ya sea desde la perspectiva de uso o no uso de AMS.
1) Determinar qué características socio-demográficas y de condiciones de salud de la población predicen mejor el uso de AMS.
2) Analizar el papel que juega la cronicidad en el uso de AMS y qué tipo de dolencias y condiciones están más relacionadas con el uso de este tipo de tecnologías de apoyo a los pacientes.
Datos: "I Barómetro Andaluz sobre Aplicaciones Móviles de Salud". Encuesta representativa para la población andaluza 18-95 años, Marzo 2016. n=1069, nivel de confianza 97%, p=0.5. Error máximo de la muestra para el global de datos=3%. Técnicas analíticas: Pruebas chi-cuadrado y análisis de regresión logística.
Un 28,8% de la población utiliza alguna aplicación móvil en salud (AMS) ya sea de forma ocasional o habitual. No se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres sobre el uso de AMS. A mayor edad, menor probabilidad de uso de AMS , Odds Ratio (OR)=0,95 [95% IC 0,93-0,96]. Tener estudios de secundaria (OR=2,56 [95% IC 1,48-4,75]) y superiores (OR=2,38 [95% IC 1,33-4,43]) aumenta las probabilidades de usar AMS. En cambio, ser estudiante en lugar de una persona laboralmente activa (OR=0,393 [95% IC 0,2-0,73]) o tener un estado de salud regular o malo (OR=0,45 [95% IC 0,25-0,8]) las reduce. Finalmente, si mantenemos el resto de variables constantes y a pesar de lo que habían señalado estudios anteriores, tener una condición crónica aumenta las probabilidades de usar AMS un 52% [OR=1,52 95% IC 1,05-2,2], en especial si se padece algún tipo de condición relacionada con el aparato circulatorio (OR=1,91 [95% IC 1,04-3,5]). Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para las autoridades sanitarias y profesionales sobre cómo orientar el uso de estas herramientas tecnológicas en su práctica clínica diaria con sus pacientes.

AUTORES: Manuel Herrera-Usagre[1]; B Sotillos-González[2].

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía Universidad Pablo de Olavide[1]; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía[2].

ID: 286

TÍTULO: RETORNO SOCIAL DE INVERSIÓN EN UN PROGRAMA INTEGRADO DE TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LA PTI CON ROMIPLOSTIM

RESUMEN:
Las metodologías de medición y cuantificación existentes en el área de la salud pública parecen incapaces de cubrir todos los aspectos de las intervenciones sociales y sus resultados.La SROI es una herramienta que permite analizar, contextualizar y cuantificar el impacto social del nuevo enfoque de la enfermedad.
Medir el valor social del impacto del tratamiento domiciliario con Romiplostim en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), a través de una metodología de Retorno Social de la Inversión (SROI). mejorar la atención de los pacientes y optimizar el uso de recursos.
El proyecto se basa en un modelo de atención domiciliaria para la administración de Romiplostim en pacientes con PTI estable y con dificultad para acudir al Hospital de Día, con el que se persigue disminuir el número de desplazamientos y mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares al evitar gastos de traslado y pérdidas de tiempo.
análisis se basa en la metodología SROI, un método aceptado de medición del impacto social de proyectos y actividades y de asignarle un valor monetario.
Este estudio es un análisis del impacto del proyecto durante 2017 y se dieron cinco pasos: identificación de grupos clave de interés, mapeo de los resultados, asignación de un valor económico a los resultados, establecimiento del impacto del proyecto y cálculo de inputs.
Se identificaron cuatro grupos de interés (pacientes, familiares, profesionales sanitarios y Sistema Nacional de Salud). Los inputs del proyecto se valoraron para cada grupo: Pacientes/familiares, tiempo; Profesionales sanitarios: Tiempo /esfuerzo de trabajo; Sistema Sanitario: Apoyo y prestación de servicios.
Para calcular el valor del tiempo empleado por pacientes y familiares (y no pagado), se utilizó el salario español medio (10,72 €/hora) mientras que para los profesionales sanitarios se empleó el de 20,35 €/hora. Los ahorros producidos provinieron del menor número de visitas al hospital (249 visitas menos x 184,52€, Valor neto de ahorros = 35.741€) y del ahorro en desplazamientos (Valor neto de ahorros = 2.811€). El modelo presupone el uso completo del Romiplostim, ya sea para uno o varios pacientes. Se aplicó una tasa de descuento del 3,5% por céntimo y el cálculo del retorno social de la inversión se hizo con un horizonte temporal de 5 años: Valor actual total del impacto (647.564€) / Valor de los inputs o inversión total (107.549e) = 5,02. El retorno social obtenido en este proyecto es favorable, con un valor monetario de 5,02 €, es decir, de cada euro invertido se obtiene un retorno social de 5,02 €.El 100% de los pacientes participantes en este estudio prefirieron usar este nuevo modelo de atención domiciliaria y lo recomendarían a otras personas.Les supone ahorro en tiempo y costes, y el grado de satisfacción fue excelente
Este proyecto supone una innovación de procesos, revaloriza el servicio de Farmacia, mantiene/refuerza vínculo profesional sanitario-paciente y tiene carácter eficiente.

AUTORES: Beatriz Pais; G Duran; B Bernardez; A Mosquera; M Touris.

CENTRO DE TRABAJO: Area Sanitaria De Santiago Y Barbanza[1]; Area Sanitaria De Santiago[2, 3, 4, 5].

ID: 287

TÍTULO: INGRESOS POR INFECCIÓN CON VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO EN UN HOSPITAL COMARCAL EN LAS TEMPORADAS 2016/2017 Y 2017/2018

RESUMEN:
La infección por Virus Sincitial Respiratorio (VRS) es muy común en niños y precisa de ingreso hospitalario en muchas ocasiones, sobre todo en el primer año de vida. La necesidad de ingreso hospitalario por esta patología en adultos es menos conocida.
En la temporada de gripe 2016/2017, numerosos casos de VRS en adultos han necesitado ingreso hospitalario en nuestra Área de Salud, por lo que nos planteamos la necesidad de estudiar esta situación y crear una base documental para continuar el estudio en la temporada 2017/2018.
Analizar la incidencia de VRS positivo con ingreso en el Área VIII.
Analizar las características de los pacientes adultos y niños con VRS+.
Comparar los datos de pacientes VRS+ en las dos últimas temporadas.
Estudio transversal observacional de pacientes ingresados por infección con VRS en el Área VIII de Salud, durante la temporada de gripe 2017/2018 y comparar con la anterior.
Periodo de estudio: 14 diciembre (primer caso) a 26 de marzo (último caso) 2017/2018.
Muestra: Totalidad de casos.
Obtención de datos: La historia clínica en Selene y Agora, con registro en hoja de cálculo Excel.
Procesamiento de datos: Excel 2010.
En la temporada 2017/2018 ingresaron 87 pacientes por VRS, un 22% más que en la anterior, de los cuales 41 eran adultos y 46 niños (48% más). Ingresaron más mujeres y más niños. La estancia media fue ligeramente menor en adulto (8,8 días) y de 3 días menos en niños. La edad media fue mayor que el año anterior en adultos y en niños. En adultos no hubo ingresos en UCI (el periodo anterior hubo 1) y en niños hubo los mismos ingresos en UCI (5). Se produjeron 3 fallecimientos en adultos en ambos periodos, y en niños hubo 1 fallecimiento en el último periodo.
En el segundo año que se ha realizado la detección de VRS, la prevalencia en adultos se ha mantenido igual, habiendo aumentado en mujeres respecto a hombres y ha aumentado tanto en niños como en niñas. La estancia media en adultos se ha mantenido y ha disminuido en niños.
La incidencia de niños con VRS que ha precisado ingreso ha sido mayor en niños que en niñas, ha afectado en todos los casos a niños de corta edad, pero con un rango entre 15 días y 4 años. Los niños ingresados por VRS necesitaron de media casi 6 días de ingreso y más del 13 por ciento el primer año y el 9% el segundo precisó ingreso en UCI. La infección por VRS puede ser una patología grave tanto en niños como en adultos. En la segunda temporada aumentó el número de casos y también la estancia máxima, produciéndose un éxitus más en un niño.
El registro de pacientes ingresados por Virus Sincitial Respiratorio permite recoger los datos de sucesivas temporadas, estudiar la evolución de esta enfermedad en adultos y niños en esta Área de Salud y establecer previsiones en cuanto a ingresos y aislamientos por esta causa.

AUTORES: Manuela Muñoz Sánchez; MM Jiménez Antón; C Contessotto Spadetto; M Cámara Simón; A Sánchez Serrano; JA Subiela García.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor.

ID: 288

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS CAÍDAS REGISTRADAS EN 2016 EN NUESTRO HOSPITAL. ÁREAS DE MEJORA DETECTADAS.

RESUMEN:
En el entorno hospitalario, las caídas continúan siendo el evento adverso de mayor importancia. En nuestro hospital, se utiliza como historia electrónica de enfermería Gacela care que dispone de un registro de caídas que contempla 26 variables.
Aunque el personal de enfermería está habituado a registrar las caídas ocurridas, no está tan estandarizada la evaluación del riesgo de caídas y tampoco las medidas de prevención a los pacientes.
Por ello, se plantea revisar la casuística de los eventos ocurridos en nuestro hospital a partir de los datos del registro.
Determinar los factores contribuyentes de las caídas en nuestro centro hospitalario para establecer barreras que las impidan.
Estudio retrospectivo de revisión de los 124 episodios de caídas registrados en el programa Gacela care durante el año 2016. Se realizó además una revisión de historias clínicas en busca de nuevas variables susceptibles de considerarse factores contribuyentes.
Variables analizadas:
Datos de filiación, estado del paciente, motivos personales, antecedentes de caídas, medicación, lugar del accidente, actividad que realizaba, factores asociados, consecuencia de la caída, tipo de lesión, lugar de la lesión, desconexión de dispositivos, medidas previas de seguridad y medidas tomadas después de la caída.
Los servicios con más caídas registradas son: medicina interna 42 casos (33,6%), cardiología 26 (20.8%) y oncología 9 (7,2%). El 52.8% de los casos fueron hombres, la edad media fue de 72,5 años, en un 54,4% de los casos se encontraban solos, tenían protecciones en un 32,8% de los casos, el 28% de los casos se encontraban en la cama. El suelo resbaladizo, la mala iluminación y la vestimenta/calzado inadecuado fueron los motivos estructurales más frecuentes. Como motivos personales, la inestabilidad motora (18%) y la desorientación/agitación (14%) son los más habituales. El 38,4% resultó ileso y las contusiones (28.8%), los hematomas (11.2%), heridas abiertas (9.6%) y fracturas (4%) fueron las lesiones más frecuentes. El 84% de los pacientes fue valorado por el personal de enfermería, el 53,6% fue valorado también por personal médico y sólo se le comunicó a la familia en un 42.2 % de las ocasiones.
CONCLUSIONES
Es necesario modificar de la hoja de registro de caídas del aplicativo Gacela care introduciendo nuevas variables
Se elabora un árbol de decisión para la valoración del riesgo de caídas.
Incluir una escala de valoración del riesgo de caídas en la práctica clínica habitual en pacientes de riesgo.
Definir y aplicar un estándar de revisión diaria de puntos críticos para la prevención de caídas y de utilización inmediata en la habitación del paciente
Describir los factores sobre los que podamos poner barreras para evitar que se vuelvan a producir.

AUTORES: Francisco Javier Rubio Gil; C García Íñigo; A Rivero Martín; AI Sánchez Guerras; A Sánchez Martín; MA Vicente Rodríguez.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario De Salamanca.

ID: 289

TÍTULO: INCENTIVOS Y BARRERAS EN EL USO DE APLICACIONES MÓVILES DE SALUD. ¿QUÉ PIENSAN LOS PACIENTES CRÓNICOS?

RESUMEN:
De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (2012) un 45% de la población española padece al menos un proceso crónico. Las proyecciones de población sitúan las condiciones crónicas como uno de los mayores cambios epidemiológicos a los que se enfrentan las sociedades occidentales a medio y largo plazo. Las aplicaciones móviles de salud (AMS) para el manejo de estas condiciones pueden ser una herramienta de gran utilidad.
1) Analizar los principales motivos de uso y no uso de AMS.
2) Determinar qué papel desempeña la cronicidad como factor predictivo en dichos motivos.
Datos: "I Barómetro Andaluz sobre Aplicaciones Móviles de Salud". Encuesta representativa para la población andaluza 18-95 años, Marzo 2016. n=1069, nivel de confianza 97%, p=0.5. Error máximo de la muestra para el global de datos=3%. Técnicas analíticas: Pruebas chi-cuadrado y análisis de regresión logística.
Cerca de un tercio de la población utiliza alguna AMS ya sea de forma ocasional o habitual y las personas que tienen diagnosticada alguna dolencia crónica tienen un 52% más de probabilidades de usarlas.
Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de usar AMS para su propia comodidad o para organizar mejor su tiempo. En cambio, los hombres tienen el doble de probabilidades de usar AMS con la intención de almacenar o guardar su propia información en salud, al igual que los estudiantes que tienen 5 veces más probabilidades que las personas laboralmente activas de hacerlo por ese mismo motivo (Odds Ratio, OR=5,72 [95% IC 2,02-17,90]). Una vez se controlan estos factores, no hay diferencias según edad, nivel educativo o estado de salud. Por otro lado, preferir tener un contacto directo con el médico, junto con la falta de necesidad o el desconocimiento, se plantea con una de las razones fundamentales por la que las personas no usan AMS. Ese miedo a perder el contacto directo con el médico se da con menor probabilidad entre las personas con estudios universitarios que primarios (OR=0,16 [95% IC 0,03-0,4]) y entre las personas que padecen una condición crónica (OR=0,324 [95% IC 0,08-1,02]).
Las AMS se están conformando como una herramienta fundamental en el futuro de la atención sanitaria. Los motivos por los que las usan coinciden con parte de los retos tecnológicos a los que se enfrentan las AMS, según la Comisión Europea: interoperabilidad con la historia clínica electrónica, almacenamiento de información e intercambio con proveedores de salud y avance hacia la prescripción.

AUTORES: Manuel Herrera-Usagre[1]; B Sotillos-González[2].

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía Universidad Pablo de Olavide[1]; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía[2].

ID: 290

TÍTULO: 9 AÑOS ENCUESTANDO: ¿QUÉ APRENDEMOS AL EVALUAR NUESTRA ATENCIÓN SANITARIA?

RESUMEN:
Altos niveles de satisfacción al medir la calidad percibida en la atención hospitalaria se asocia a mejores resultados, tanto en el cumplimiento terapéutico, como en el proceso llevado a cabo. Nuestro centro sanitario, comprometido con la calidad desde hace más de 20 años, pretende ofrecer una atención acorde con las expectativas de sus pacientes. Para ello, realizamos una encuesta posthospitalización que evalúa la calidad percibida en la atención hospitalaria y analizamos los resultados para obtener la oportuna información.
Conocer la evolución de la opinión de los pacientes sobre la asistencia hospitalaria, y qué factores determinan su satisfacción o insatisfacción en la atención que reciben.
Analizamos transversalmente los datos recogidos entre los años 2009-2017, tras la aplicación de la encuesta SERVQHOS en dos cortes anuales, a los pacientes ingresados en el hospital. Se facilita el cuestionario durante el ingreso para ser entregado al alta a través de los buzones de sugerencias. Analizamos, asimismo, el peso que en la valoración del paciente tienen las variables objetivas y subjetivas que ofrece la encuesta, así cómo qué cuestiones afectan más negativamente en la evaluación que el paciente realiza sobre la atención recibida.
No se aprecian diferencias significativas en la evolución de la opinión que el paciente tiene sobre la atención que recibe en el centro, obteniendo altos niveles de satisfacción general.
Dado que la herramienta permite llevar a cabo un análisis que diferencia calidad objetiva y subjetiva, se procedió a estudiar esta distinción, encontrando que todas las cuestiones que valoran calidad objetiva puntúan más negativamente. La peor valoración se asigna a la tecnología de los equipos médicos, comodidad de las habitaciones y señalización. La mejor valoración del cuestionario se relaciona con la amabilidad -cortesía- del personal en su trato con la gente, seguido por el interés del personal de enfermería por los pacientes, y por el trato personalizado.
El mayor número de oportunidades de mejora identificadas se refieren a infraestructura y/o puntos que requieren inversión: tecnología, señalización, estado de las habitaciones,...
Nuestra oportunidad de mejora como profesionales de la salud se centra en la puntualidad y en la información en los actos médicos.

AUTORES: Susana Cañibano Díez[1]; B Busto Rodríguez[2]; C Vallina Vázquez[3]; G Alvarez Chamorro[4]; V Herranz González[5].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Monte Naranco[1]; SESPA[2]; Hospital Monte Naranco[3, 4, 5].

ID: 291

TÍTULO: ¿CUMPLEN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PRIMERA VISITA DE CERTIFICACIÓN?

RESUMEN:
La certificación es un reconocimiento público a la calidad de los servicios que prestan las unidades de gestión clínica (UGC). Uno de los aspectos clave que se evalúan dentro del proceso de certificación es la seguridad del paciente. Por esta razón, 14 de 109 estándares del manual para UGC están íntimamente relacionados con este aspecto, 9 de ellos son de carácter obligatorio para lograr la certificación. En estos casos, si alguno de los estándares obligatorios no se cumple tras la visita inicial, las UGC poseen un periodo de seis meses para poder subsanarlos.
Analizar el nivel de cumplimiento de los estándares obligatorios relacionados con la seguridad del paciente en las unidades de gestión clínica certificadas tras la visita inicial de evaluación dentro de una comunidad autónoma.
Estudio descriptivo trasversal. Periodo de estudio: 2011-2017. Población de estudio: UGC certificadas. Instrumento de medida: Aplicación informática que da soporte al proceso de certificación. Contiene los registros de la autoevaluación en los estándares de las UGC y los realizados por los evaluadores. Análisis de variables: Porcentaje de cumplimiento de estándares en la vista inicial de evaluación.
Durante el periodo de estudio se han certificado 580 UGC. Los estándares con mayor porcentaje de cumplimiento en la primera evaluación están relacionados con la incorporación de buenas prácticas para prevenir incidentes (98,4%), la definición e implantación de un cuadro de mandos para monitorizar los indicadores de seguridad y calidad (96,4%), la notificación de riesgos y acontecimientos adversos (89,0%), la identificación inequívoca de las personas (86,2%) y el fomento del uso responsable y seguro de medicamentos (77,9%). Por el contrario, los estándares referidos a las condiciones de conservación y almacenamiento de los productos sanitarios y medicamentos (39,8%), a la gestión del equipamiento electromédico (41,0%), a las actuaciones para garantizar la disposición de espacio, medios técnicos y recursos para trabajar de forma segura (52,9%) y a la identificación de los riesgos para la seguridad en la unidad (56,0%) son los que muestran una media de cumplimiento inferior más baja y que requieren de la implantación de mejoras para afrontar su cumplimiento.
Durante la primera evaluación se observa un cumplimiento muy heterogéneo de las UGC con respecto a los estándares obligatorios relacionados con la seguridad del paciente. Algunos de los factores que pueden contribuir son el nivel de exigencia de los requisitos incluidos en cada estándar que se evalúa o de las técnicas utilizadas para evaluar cada uno de estos requisitos (revisión documental, revisión de historias clínicas, observación directa o entrevistas a profesionales y pacientes). No obstante, para obtener la certificación todos los requisitos de cada estándar se tienen que cumplir por lo que forzosamente las UGC que no los hubieran cumplido han implantado mejoras en cuanto a la seguridad del paciente para lograrlo.

AUTORES: Pastora Pérez-Pérez; MM Castellano-Zurera; B Buiza-Camacho.

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

ID: 292

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL MATERIAL DE RECLUTAMIENTO DE PACIENTES (MRP) EN ENSAYOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS (ECM)

RESUMEN: Los ECM deben ser de calidad y respetar los principios de la bioética y la dignidad del ser humano. "El bienestar del paciente debe prevalecer sobre el interés de la sociedad o de la ciencia"
Los ECM deben ser aprobados por un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIm).
El objetivo del MRP propuesto por los promotores es aumentar la difusión del estudio para agilizar el reclutamiento de pacientes y acortar tiempos del ensayo. Sin embargo no hay acuerdo entre Comités en cómo evaluarlo y si cumplen criterios de calidad. Existe publicidad dirigida a:
Profesionales sanitarios: la comunidad científica debe estar plenamente informada sobre el progreso médico y científico. Público: La legislación actual prohíbe la publicidad de los medicamentos en investigación. Esta publicidad requiere aprobación de la Autoridad Sanitaria competente.
Describir nº de ECM en el que se presenta MR durante 7 años
Analizar el MRP para establecer criterios homogéneos de calidad
Definir pautas para consensuar con el resto de CEIm
Estudio retrospectivo de EC de referencia evaluados por un CEIm, entre 2011 y febrero de 2018. Fuente información: Base de ACCES que recoge todos los protocolos.
CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DEL MRP:
Contenido: Apropiado, realista, no inductor, no información confidencial, no confuso.
Lugar de difusión: Cómo y donde se usará el Material. Valorar si está dirigido a población especialmente vulnerable, sujetos no capaces de dar su consentimiento.
Valorar el manejo de la respuesta: Quién es el primer contacto para informar, perfil, formación y posible repercusión asistencial.
218 ECM evaluados, 27 presentan MR (12%)
88% el único medio utilizado para incluir pacientes fue consulta rutinaria de investigadores.
Aumento en el tiempo del MR en los EC, 10% en 2011- 18% en 2018.
Folletos de derivación utilizados en 70%, poster en 18.5% y otros materiales en el 11%
En el 100% del MR se menciona el medicamento en investigación.
Evaluación: Aceptados folletos de derivación entre profesionales y asociaciones médicas, los poster siempre que se coloquen en las consultas del Centro
Rechazados resto de materiales (internet, radio, diarios, TV) por presentar:

- Frases repetitivas e inductoras: "Todos los medicamentos se darán de forma gratuita","Tendrá más visitas con el médico del estudio" "Vigilancia estrecha de su estado de salud"
- Mención del fármaco en investigación, que contradice la legislación
- No control del alcance de esta publicidad ni consecuencias de mencionar el teléfono de contacto de la asistencia habitual en los servicios y confidencialidad de los datos obtenidos por teléfono.
- La publicidad en internet permanece en el tiempo, a pesar de haber finalizado la investigación

El MR nunca puede sustituir a la hoja de información al paciente
Hay que establecer pautas homogéneas de calidad en la publicidad sobre investigación, manteniendo los principios éticos y de calidad de principio a fin del EC

AUTORES: María Montserrat Pilas Perez; M Ugalde Diez; S Valdez Acosta; M Goyache Goñi; P Fernández Cruz.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 De Octubre.

ID: 293

TÍTULO: INGRESOS OCASIONADOS POR LA GRIPE EN UN ÁREA DE SALUDO 2017/2018

RESUMEN:
La gripe es un problema de salud que cada año ocasiona miles de estancias hospitalarias como consecuencia de la reagudización de patologías concomitantes y que desde que está disponible la identificación del Virus Influenza A y B posibilita el aislamiento por cohortes.
Cuando llega la temporada de gripe se colapsan los consultorios de atención primaria, los servicios de urgencias y las plantas de hospitalización, llegando incluso a ocasionar la suspensión de actividad quirúrgica por falta de camas.
En la temporada de gripe 2016/2017 empezamos a registrar los casos de gripe atendidos en urgencias del hospital de referencia de esta área de Salud, para elaborar una base de datos que posibilitara el seguimiento de la prevalencia de gripe y ayudar a la toma de decisiones del equipo directivo.
Analizar la incidencia de gripe A y B que ocasiona ingreso en el Área VIII de Salud de Murcia.
Analizar las características de los pacientes ingresados por gripe A y B en el periodo 2017/2018.
Comparar los datos de pacientes ingresados por gripe A y B durante este periodo.
Estudio transversal observacional de pacientes ingresados con diagnóstico confirmado de gripe A y B en el Área VIII de Salud, durante la temporada de gripe 2017/2018.
Periodo de estudio: 12 diciembre de 2017 (primer caso) a 9 de abril de 2018 (último caso).
Muestra: Totalidad de casos.
Obtención de datos: La historia clínica en Selene y Agora, con registro en hoja de cálculo Excel.
Procesamiento de datos: Excel 2010
Desde el 12 de diciembre de 2017 al 9 de abril de 2018 se diagnosticaron de gripe262 pacientes, de los cuales la mitad dio positivo para virus de Influenza A y la otra mitad a Influenza B. Ingresaron 142 pacientes, 123 por gripe A y 119 por Gripe B y ocasionaron un total de 1728 estancias, de las cuales 882 fueron de pacientes con gripe A y 846 con gripe B. Al 42% de los pacientes ingresados tanto por gripe A como B se les había administrado la vacuna antigripal. El 49% de los ingresados por gripe A eran mujeres y el 52% en el caso de la gripe B.
La edad media de los pacientes ingresados por gripe A fue de 68 años .Gripe B fue 63 años .
La estancia media fue de 7,24 días y de 7,45, mientras que de los pacientes con gripe B, 2 precisaron traslado a UCI y también se produjo 1 éxitus.
La gripe es una patología que ocasiona un importante número de estancias hospitalarias con una estancia media alta y con una distribución muy similar entre hombres y mujeres.
La edad media de los pacientes ingresados por gripe A fue menor que la de los pacientes ingresados por gripe B fue menor que la de los pacientes ingresados por gripe A.
La estancia media fue similar en ambos casos, si bien algo mayor en el caso de la gripe B.
En los pacientes ingresados tanto por gripe A como por gripe B, la efectividad de la vacuna se situó en el 58%, cifra algo mayor de la mostrada por el centro nacional de epidemiología para esta temporada en sus resultados preliminares (52%) de febrero de 2018.

AUTORES: Manuela Muñoz Sánchez; MM Jiménez Antón; C Contessotto Spadetto; M Cámara Simón; A Sánchez Serrano; JA Subiela García.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor (Hulamm).

ID: 294

TÍTULO: ESTRUCTURA FUNCIONAL DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA CIUDAD REAL: ESTANDARIZACIÓN DE CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO

RESUMEN:
La estructura funcional de mejora de la calidad (EFMC) es sistema organizacional que se caracteriza por estar constituida por equipos de trabajo multiprofesionales voluntarios que aplican su conocimiento al diseño y establecimiento de los criterios clínicos/técnicos necesarios para la correcta y eficiente aplicación de la evidencia científica. Desde 1987 en que las Comisiones Clínicas (CC) fueron establecidas como órganos asesores a la Dirección (RD 521/87), su número, composición y funcionamiento ha evolucionado según la organización y demanda de cada centro. Además de estos grupos, otras comisiones no clínicas, grupos de trabajo (GT), comités (CT) o unidades funcionales (UF) han ido surgiendo bajo normativas específicas de la organización. Por tanto, existe un importante grupo de profesionales que están desarrollando funciones para el desarrollo de objetivos estratégicos y mejora de la calidad en la atención que se presta a los usuarios, y cuya constitución, funcionamiento, requisitos de actividad y reconocimiento no han estado claramente definidos hasta el momento en la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real (GAICR).
Regularizar la EFMC de la GAICR, estableciendo los criterios para determinar su idoneidad-autorización, procedimiento y/o reglamento de constitución, funcionamiento, monitorización de la actividad y reconocimiento de los grupos de profesionales para el desarrollo de objetivos estratégicos o la mejora de la calidad en sus distintas dimensiones.
Desde la Unidad de Calidad de la GAICR, se apoyó técnica y metodológicamente a la nueva Junta Técnico Asistencial renovada en 2015 para la redacción de dos reglamentos (RG) que regularizaran la EFMC, siendo aprobados en Febrero de 2016:
GER-RG-01: pautaba la constitución, funcionamiento, planificación, seguimiento y monitorización de la actividad de CC, del Comité de Calidad Percibida (CCP) y de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos (UF) en la GAICR, regulados por el RD 521/87, como para aquellos constituidos a instancias del SESCAM, donde no existiera otra norma específica de rango superior.
GER-RG-02: establecía los criterios para el resto de grupos de profesionales que decidieran formar parte de la EFMC y que no estaban contemplados ni regulados por el alcance de GER-RG-01 (Comités (CT) y Grupos de Trabajo (GT)).
Toda la información era volcada a un cuadro de mandos de forma periódica.
Desde 2016 hasta Junio de 2018, 156 profesionales trabajan en los 13 grupos regulados por GER-RG-01 (CC, CCP y UF) y 162 están en reserva. En cuanto al GER-RG-02, 555 profesionales trabajan en los 27 grupos regulados por GER-RG-02, no siendo comunicados hasta el momento ningún profesional en reserva para CT y GT. Esta estandarización ha permitido desarrollar un mapa de la EFMC de la GAIR con las dependencias funcionales de cada órgano, visibilizando su actividad y objetivos, así como el reconocimiento de los miembros activos, gestor documental, secretario y presidente de cada uno de ellos.

AUTORES: Francisco Javier Gomez-Romero[1]; MM Aldana-Moya[2]; MA Tebar-Betegon[3]; P Rodríguez-García[4]; FJ Redondo-Calvo[5]; AS Yuste-Peña[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Unidad de Calidad.[1, 2, 3, 4]; Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Coordinación del Servicio de Investigación, Docencia, Formación, Calidad y Biblioteca[5]; Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Dirección Médica.[6].

ID: 295

TÍTULO: VALORACIÓN DEL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL FARMACÉUTICO EN UN PROYECTO DE CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA

RESUMEN: En los últimos tiempos los farmacéuticos están siendo una parte importante de los equipos de Urgencias. Los cuestionarios de satisfacción son una herramienta útil cuya aplicación periódica y análisis debe servir para emprender mejoras en el trabajo asistencial. El objetivo de la encuesta fue analizar el grado de satisfacción del personal del Servicio de Urgencias con la labor realizada por un farmacéutico en un proyecto de conciliación de la medicación. Encuesta anónima de 7 preguntas al personal médico y de enfermería del Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario. Las respuestas son mediante una puntuación del 1 al 5, donde 1 significa nada satisfecho y 5 completamente satisfecho. Se añadió una octava pregunta con respuesta sí, no o indiferente. Las preguntas fueron:

1- ¿Ha mejorado en el último año la historia farmacoterapéutica en el informe de Urgencias?
2- ¿Le parecen útiles las recomendaciones realizadas por el farmacéutico?
3- ¿El farmacéutico ha contribuido a diagnosticar problemas relacionados con medicamentos?
4- ¿El farmacéutico ha contribuido a mejorar la seguridad del paciente?
5- ¿El farmacéutico ha contribuido a mejorar la calidad asistencial?
6- Cuando ha tenido dudas relacionadas con medicamentos, ¿el farmacéutico ha resuelto sus dudas?
7- Tras la actuación del farmacéutico, ¿le da más importancia a la medicación cuando atiende a un paciente en urgencias?
8- ¿Considera que se debería seguir realizando esta actividad?

Se calcularon la media, mediana y el rango.

RESULTADOS: 54 profesionales participaron en la encuesta, 31 médicos y 23 enfermeros.

La valoración del farmacéutico por parte de los médicos fue la siguiente:

1- Media: 4,49 Mediana: 5 Rango: 3-5
2- Media: 4,82 Mediana: 5 Rango: 4-5
3- Media: 4,79 Mediana: 5 Rango: 4-5
4- Media: 4,79 Mediana: 5 Rango: 4-5
5- Media: 4,72 Mediana: 5 Rango: 4-5
6- Media: 4,89 Mediana: 5 Rango: 3-5
7- Media: 4,58 Mediana: 5 Rango: 4-5

La valoración de los enfermeros fue la siguiente:

1- Media: 4,04 Mediana: 4 Rango: 2-5
2- Media: 4,48 Mediana: 5 Rango: 2-5
3- Media: 4,52 Mediana: 5 Rango: 2-5
4- Media: 4,48 Mediana: 5 Rango: 2-5
5- Media: 4,24 Mediana: 5 Rango: 2-5
6- Media: 4,64 Mediana: 5 Rango: 3-5
7- Media: 4,08 Mediana: 4 Rango: 2-5

En la octava pregunta todos los profesionales respondieron afirmativamente excepto 3 enfermeros a los que les parece indiferente continuar con esta actividad.

CONCLUSIONES: El papel del farmacéutico en el Servicio de Urgencias es altamente valorado por el personal médico y de enfermería, siendo percibido como una mejora importante para la seguridad y la calidad asistencial, así como en la resolución de las dudas relacionadas con medicamentos. En el proyecto de conciliación se ha interactuado más con los médicos, de ahí una mejor valoración por parte de este colectivo. La gran mayoría de los profesionales encuestados considera que debería haber un farmacéutico integrado en el equipo asistencial del Servicio de Urgencias.

AUTORES: David García González; P Rodríguez Pérez; JJ Salvador Sánchez; JA Sánchez Serrano; MJ Alario García; MV Calvo Hernández.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

ID: 296

TÍTULO: REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA A PACIENTES PORTADORES DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

RESUMEN:
Un gran número de pacientes necesitan el recambio de la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) por su deterioro u obstrucción. Algunos medicamentos no pueden o deben administrarse por sonda
Identificar estos medicamentos para proponer alternativas y analizar la relación entre la administración de estos medicamentos y el deterioro u obstrucción de la sonda.
: En el estudio se incluyeron todos aquellos pacientes en los que se implantó o cambió la sonda PEG a lo largo del año 2017. Se clasificaron los motivos:
- Implantación naive de la PEG.
- Recambio por obstrucción o deterioro.
- Recambia por cualquier otro motivo

Se revisó si la medicación de esos pacientes podía administrarse por sonda, utilizando como criterios los facilitados por la aplicación móvil Medisonda® y las fichas técnicas.
Se analizó mediante el test chi cuadrado si la medicación que no debe administrarse por sonda incrementaba el riesgo de obstrucción o deterioro de la misma.
Durante el periodo del estudio a 193 pacientes se implantó o recambió la PEG. 37 se excluyeron por fallecimiento en el momento de la revisión de la medicación. En 56 pacientes era la primera vez que se les implantaba la PEG y no tuvieron que cambiarla en ninguna ocasión. 48 pacientes en alguna ocasión tuvieron obstrucción o deterioro de la sonda. 52 pacientes acudieron a cambiar la PEG por diferentes motivos a la obstrucción o deterioro, mayoritariamente por arrancamiento de la sonda.
El 68,4% de los pacientes que acuden por obstrucción o deterioro de la PEG tienen algún medicamento que no debe administrarse por esta vía. El 36,8% de los pacientes con algún medicamento que no debe administrarse por sonda tienen que cambiarla por obstrucción. El 24,3% de los pacientes con tratamiento adecuado acuden alguna vez por obstrucción o deterioro de la misma. La medicación puede ser un factor que contribuye al deterioro u obstrucción de la sonda. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas (p=0,077).
El 55% de los pacientes tenía prescrito algún fármaco que no deberían administrarse por PEG. Los medicamentos más involucrados fueron los siguientes:
- Ácido Acetil Salicílico (AAS) 100 mg y 300 mg comprimidos (n=42). Alternativa: AAS en cápsula o AAS 500 mg sobre o comprimido administrando la dosis proporcional.
- Inhibidores bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol) (n=28). Alternativa: Esomeprazol.
- Comprimidos liberación retardada o modificada (n=20): Prescribir medicamentos de liberación normal.
- Tamsulosina (n=8): Alternativa: doxazosina o alfuzosina.
- Hierro (n=6): No se recomiendan comprimidos. Alternativas: solución oral, sobres o ampollas bebibles.

La revisión de los tratamientos de los pacientes con PEG puede disminuir el riesgo de obstrucción o deterioro de la sonda. Así mismo se verían reducidos los costes sanitarios. Por lo que es de vital importancia informar a os médicos de los medicamentos que no deberían administrarse por esta vía, ofreciendo alternativas.

AUTORES: David García González; P Rodríguez Pérez; JJ Salvador Sánchez; JA Sánchez Serrano; MC Sánchez Calama; MV Calvo Hernández.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

ID: 297

TÍTULO: DISCREPANCIAS DE LA MEDICACIÓN QUE RECIBEN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y LA QUE APARECE EN LA RECETA ELECTRÓNICA

RESUMEN:
Uno de los errores de medicación más frecuentes son los relacionados con la conciliación terapéutica. El punto crítico de la conciliación es la elaboración de la historia farmacoterapéutica (HF). Para ello, es crucial que la medicación que reciben los pacientes en Atención Primaria (AP) esté completamente actualizada en la historia clínica electrónica de AP.
Conocer el grado de adecuación del registro de medicamentos en la historia clínica electrónica de AP al tratamiento real de los pacientes, y revisar cuales son las discrepancias más frecuentes.
Estudio de 3 meses de duración, en los que el farmacéutico revisó y comparó las HF con la medicación de la receta electrónica de los pacientes en tratamiento crónico con 5 o más fármacos. No se incluyeron los pacientes que por diferentes motivos no se pudo realizar adecuadamente la elaboración de la HF. Para la elaboración de la HF se utilizaron diferentes fuentes de información: historia clínica electrónica, informe clínico de AP o Centro Sociosanitario, informes clínicos del paciente, receta electrónica, bolsa de las medicinas y entrevista clínica con el paciente, familiar y/o cuidador.
Las discrepancias se clasificaron como:
- Tipo 1: “aparece en receta electrónica pero el paciente no recibe ese medicamento”.
- Tipo 2: “posología diferente”.
- Tipo 3: “no aparece la medicación en la receta pero el paciente recibe esa medicación”.
- Tipo 4: “tratamiento pautado de forma continua cuando es sólo a demanda”.
- Tipo 5: “fármaco erróneo”.

Se analizaron los grupos terapéuticos más involucrados en estas discrepancias y si había relación entre en número de fármacos y la probabilidad de discrepancias en la historia clínica electrónica.
RESULTADOS: Durante este periodo se revisó el tratamiento a 1131 pacientes (540 hombres y 591 mujeres) con una media de edad de 77 años. Se revisaron 9238 líneas de tratamiento (8.2 tratamientos/paciente). El farmacéutico detectó 1675 discrepancias (1,5 discrepancias/paciente). Solamente en el 35% de los pacientes, el tratamiento coincidía con la prescripción de la receta electrónica. Cuantos más fármacos recibe el paciente, menor es la probabilidad de que el tratamiento coincida con la receta electrónica. En los pacientes que están en tratamiento con 5 a 7 fármacos hay coincidencia en un 46% de los pacientes, de 8 a 10 un 28% y 11 o más 19%. Las discrepancias detectadas fueron: de tipo 1: 584 (34,9%); tipo 2: 595 (35,5%); tipo 3: 347 (20,7%); tipo 4: 136 (8,1%); tipo 5: 12 (0,7%).
Los grupos terapéuticos más involucrados en estos errores fueron los AINE y analgésicos 239 (14%), diuréticos 151 (9%), benzodiazepinas e hipnóticos 149 (8,9%), antidiabéticos 110 (6,6%) y antihipertensivos 90 (5,4%).
CONCLUSIONES: Un gran porcentaje de pacientes no tiene actualizada correctamente la medicación domiciliaria en su historia clínica electrónica. Cuanto mayor es el número de fármacos que recibe el paciente, mayor es la probabilidad de encontrar alguna discrepancia.

AUTORES: David García González; P Rodríguez Pérez; JJ Salvador Sánchez; JA Sánchez Serrano; MJ Alario García; MV Calvo Hernández.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

ID: 298

TÍTULO: FORMACIÓN E-LEARNING VS PRESENCIAL ¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE MEJOR PREDICEN UNA ALTA SATISFACCIÓN DE LOS DISCENTES?

RESUMEN:
Son varias las dimensiones analíticas con las que podemos analizar la satisfacción con la formación continuada en salud y muchos los factores que influyen en ella. Desde el número de discentes, la duración, o si la actividad ha sido certificada o no por algún modelo. En los últimos años ha habido un incremento exponencial de la formación en el ámbito de la salud, apoyada en nuevas tecnologías, también conocida como e-learning. Diferentes estudios han señalado las ventajas de esta modalidad formativa entre los profesionales sanitarios tales como la flexibilidad, la plasticidad a diferentes estilos de aprendizaje, la disponibilidad permanente de acceso a los contenidos, o la superación de las dificultades que se enfrentan los profesionales de entornos rurales alejados de los grandes centros formativos.
El objetivo principal de este artículo es comprobar qué características organizativas, metodológicas y de recursos de la formación continuada en salud nos ayudan a predecir mejor la satisfacción de los discentes en un conjunto de dimensiones analíticas.
Datos: Cuestionario de Satisfacción del Discente (eValúa) con las acciones formativas (AF) dirigidas a profesionales sanitarios en Andalucía (España) (N=1,228 AF). Periodo: de marzo de 2012 a abril de 2015. Técnica analítica: regresiones logísticas multivariables para predecir una alta satisfacción media (puntuaciones por encima de la mediana en una escala de 0-10) con diferentes dimensiones de las acciones formativas en salud: Satisfacción Global (SG), Utilidad (U), Metodología(M), Organización y recursos(OYR), y Capacidad docente (CD).
Las puntuaciones medias de satisfacción en todas las dimensiones resultaron muy altas (SG=7.89, SD 1.06; U=8.39, SD 0.91; M=8.39, SD 0.92; OYR=8.39, SD 0.86; CD=8.61, SD 0.81). Las características que mejor predicen una alta SF son las siguientes: Aquellas que son de tipo sesión clínica frente al tipo taller (odds ratio [OR] = 2.07, $p < 0.001$); de modalidad presencial (OR=3.88, $p < 0.001$) o semi-presencial (OR=2.83, $p < 0.001$) frente a e-learning; y de entre 1 a 2 días de duración (OR=2.38, $p < 0.001$) frente a aquellas de entre 3 a 14 días. Un menor número de horas (OR=0.99, $p < 0.001$) y menor número de estudiantes (OR=0.98, $p < 0.05$) también aumenta la probabilidad de una alta satisfacción. Tener la AF acreditada aumenta las probabilidades en las dimensiones de U (OR=1.33, $p < 0.05$), M (OR=1.5, $p < 0.01$) y CD (OR=1.5, $p < 0.01$).
El estudio provee información relevante sobre las mejores modalidades, tipologías, formatos y recursos que mejoran la satisfacción de los asistentes a actividades formativas en salud. Mientras que las actividades e-learning deben mejorar sus contenidos, metodologías y estilos de docencia, las sesiones clínicas presenciales se conforman como el tipo de formación continuada en salud con más alta valoración en casi todas las dimensiones de la satisfacción.

AUTORES: Manuel Herrera-Usagre[1]; FJ Muñoz-Castro[2]; E Valverde-Gambero[3].

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía Universidad Pablo de Olavide[1]; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía[2, 3].

ID: 299

TÍTULO: EVALUACIÓN Y MEJORA DEL REGISTRO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN LA U33 DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR

RESUMEN:
En la última evaluación de los indicadores de calidad del SMS del año 2017 se observa una baja cumplimentación en los registros de valoración de enfermería al ingreso del paciente en la U33.
Objetivo es alcanzar el 80% en el Plan de Acogida al ingreso y el valor está alrededor del 75%, por tanto, se decide hacer una acción de mejora.
Los criterios a evaluar son:
C1. Es obligatorio realizar la valoración inicial en las primeras 24 horas de ingreso en la unidad de hospitalización.
C2. El protocolo de acogida debe estar correctamente registrado en las primeras 24 horas del ingreso del paciente. Deben constar: Realizado protocolo de acogida y entrega del documento informativo de la unidad.
C3. Se debe realizar como mínimo la valoraciónde los 6 primeros patrones de M. Gordon.
C4. Debe estar valorado y registrado el riesgo de caídas (escala Downton) en las primeras 24 horas.
C5. Debe estar valorado y registrado el riesgo de úlceras por presión (escala Braden) en las primeras 24 horas.
Conocer la situación real de partida en este servicio para abordar la acción de mejora.
Establecer las medidas correctivas necesarias.
Realizar dichas acciones correctivas.
Re-evaluar para determinar la mejora alcanzada.
Se obtienen los datos sobre cumplimiento de indicadores en el primer trimestre del año 2018 en 60 historias clínicas, mediante muestreo aleatorio simple de la historia clínica electrónica en Selene, se evalúa el cumplimiento, se establecen las medidas correctoras a la vista de los resultados, se implementan y se vuelve a medir en septiembre de 2018.
Para la identificación y muestreo de casos, se abarca el: Primer trimestre del año 2018. Nº de casos a evaluar: 60 casos. Los datos se obtienen de la historia clínica electrónica en Selene.
Primera evaluación: C1: Valoración inicial. 85,0 %. C2: El protocolo de acogida correctamente registrado en las primeras 24 horas del ingreso del paciente. 65,0 %. C3: Se debe realizar como mínimo la valoración y registro de los 6 primeros patrones. 68,0. C4: Valorado y registrado el protocolo de riesgo de caídas (escala Downton) en las primeras 24 horas del ingreso. 85,0 %. C5: Debe estar valorado y registrado el protocolo de riesgo de úlceras por presión (escala Braden) en las primeras 24 horas del ingreso. 83,3 %.
Tras resultados obtenidos se establecen las siguientes medidas: Comunicar al personal de enfermería de la unidad 33 cuales han sido los resultados obtenidos. Formar un equipo de trabajo con el personal de la unidad 33 con el fin de obtener la máxima participación y compromiso por parte del personal de enfermería. Coordinar junto con la supervisora de calidad las charlas explicativas. Elaborar una guía práctica y disponible en la calidad para consultar dudas, la cual se entrega al personal de nueva incorporación.
Evaluación en septiembre de 2018 siguiendo la misma metodología, por lo que dispondremos de los resultados post intervención para presentarlos en el Congreso Nacional de Calidad en octubre de 2018.

AUTORES: José Jorge Carrasco Guirao; EM Pérez Gilabert; M Muñoz Sánchez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor.

ID: 300

TÍTULO: MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN LAS RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS. IMPLICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA.

RESUMEN:
Garantizar la seguridad y salud del personal sanitario de las residencias sociosanitarias (RSS) hace necesario establecer unas recomendaciones para la manipulación de medicamentos peligrosos (MP). El National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), publicó en 2016, el documento técnico "Medicamentos peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración".
Adaptación a las recomendaciones del NIOSH, por parte del Servicio de Farmacia del Hospital (SFH), de las formas farmacéuticas (f.f) disponibles en el hospital.Elaboración de un procedimiento de trabajo (PT) seguro para los trabajadores de las RSS, en los diferentes procesos de actuación relacionados con la manipulación de MP.
Para el abordaje de la elaboración del PT se mantuvieron diversas reuniones multidisciplinares y se desarrolló en varias etapas:1)Identificación de MP incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital y susceptibles de prescripción en las RSS,2)Identificación de pacientes y MP prescritos en las RSS,3)Adaptación de las f.f, en función de la situación clínica del paciente, para evitar al máximo el riesgo del personal sanitario en la preparación y en la administración de los MP,4)Definición e identificación de procesos relacionados con la manipulación de MP,5)Elaboración del PT de trabajo para la manipulación de MP.
RESULTADOS: En la GFT, se identificaron 30 principios activos, como MP incluidos en la lista NIOSH y susceptibles de prescripción en las RSS. 67 pacientes tenían prescrito algún MP, siendo 77, el total de MP prescritos. Se cambiaron las f.f en 22 pacientes. Las nuevas f.f prescritas fueron las soluciones (s.o) o suspensiones orales de carbamazepina, ácido valproico, risperidona, clonazepam, acetato de megestrol, espironolactona, paroxetina. Para el SFH, supuso la adquisición de nuevos medicamentos, como risperidona 0,5mg comprimidos, risperidona bucodispersable 0.5mg y 1mg, fluorouracilo solución tópica, acetato de megestrol s.o y paroxetina s.o. Así mismo, el SFH elaboró fórmulas magistrales de carbamazepina suspensión oral y espironolactona suspensión oral y preparó en cabina de seguridad biológica tipo IIb, la leuprorelina trimestral y la risperidona depot. Para la elaboración del PT en las RSS, se identificaron los procesos de prescripción, recepción, distribución, preparación y administración de MP y se detallaron las medidas a adoptar en cada proceso, teniendo en cuenta las recomendaciones del NIOSH. CONCLUSIÓN:Con la implantación de un PT para la manipulación de MP en las RSS, se simplifica la identificación de MP y la forma de proceder en cada proceso, de manera que todos los profesionales implicados, sepan actuar de una forma segura y adecuada reduciendo el riesgo de exposición a los MP.La implicación del SFH, tanto en la elaboración del PT como en la formulación y dispensación de las f.f más adecuadas, ayuda a reducir al máximo el posible riesgo laboral de los profesionales que manipulan MP en las RSS.

AUTORES: Laura Izquierdo Acosta[1]; M Güemes García[2]; O Álamo González[3]; C Hermida Pérez[4]; M González Becerril[5]; F Tomé Lara[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos[1, 2, 3, 4]; Residencia Asistidos Fuentes Blancas.Gerencia Servcios Sociales.JCYL.Burgos[5]; Residencia Cortes. Gerencia Servicios Sociales.JCYL.Burgos[6].

ID: 301

TÍTULO: PROGRAMA DE SOPORTE AL DOCTORADO

RESUMEN:
El doctorado proporciona a los profesionales la posibilidad de participación en grupos de investigación, ser investigador principal y dedicarse a la docencia. Para la institución, supone conocimiento, prestigio y reputación.
En este contexto se inicia en el año 2016 un programa orientado a promover y dar soporte a los profesionales que quisieran hacer el doctorado.
Dar soporte a los profesionales en su desarrollo profesional como elemento de mejora de la calidad asistencial.
Diseñar un programa de doctorado para potenciar la realización de tesis doctorales.
Potenciar la responsabilidad social corporativa en el compromiso con los profesionales.
En el 2015 se plantea a nivel institucional la necesidad de promover la realización del doctorado por parte de los profesionales de la institución. Para evaluar la situación de partida se llevó a cabo un análisis, para determinar cuántos profesionales tenían el doctorado y cuantos eran doctorandos.
A continuación se crea un grupo de trabajo formado por director de Investigación, director de personas, directora de cuidados y directora de estrategia y proyectos, con la finalidad de analizar los resultados y evaluar las medidas que la institución puede ofrecer con los recursos disponibles. En el 2016 se presenta la propuesta a Comité Directivo y se incluye en el plan de acción institucional el diseño de un programa para dar soporte a los doctorandos.
Una vez aprobadas las ayudas a las que puede optar el doctorando/a, se elabora un documento informativo, se diseña una hoja de petición y se define el circuito de solicitud. La gestión de las solicitudes se realiza por la Dirección de Personas.
Para el seguimiento y evaluación del impacto de la iniciativa se establecen como indicadores el número de solicitudes realizadas y el número de tesis presentadas anualmente desagregadas por sexo. Como fuente de información para la obtención de los datos se utilizada la base de datos de la Dirección de Personas e información facilitada por los servicios.
Como resultado del diseño del programa, se han puesto en marcha las siguientes medidas: 1) Bolsa de ayuda para pagar las tasas de lectura de la tesis y/o la impresión del libro de la tesis, 2) disfrutar de 15 días de la jornada laboral para dedicarse a la elaboración de la tesis, siempre que se trabaje en la institución, 3) un espacio dónde poder defender la tesis (sala de actos de la sede de la institución).
Desde la puesta en marcha de la iniciativa han sido presentadas un total de 38 tesis doctorales, 28 en 2016 y 10 en 2017. La representación de mujeres en la presentación de tesis es del 52,89% y el 46,28% han sido hombres. Actualmente la institución tiene un total de 120 doctorandos registrados, que suponen el 10,21% de la plantilla.
Del total de profesionales que han presentado tesis, un 50% han solicitado ayudas. Como medida correctiva se establece realizar una evaluación para conocer el motivo de los profesionales que no piden la ayuda.

AUTORES: Ana Rodríguez Cala; A Chacón Carrasco; N Durán García; A Baños Cairat; B Zöller; A Sedano Martínez.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català d'Oncologia.

ID: 302

TÍTULO: INVASIÓN SILENCIOSA

RESUMEN:
El Servicio de Mantenimiento ha participado sistemáticamente en los concursos que organiza el Núcleo de Seguridad de nuestro Centro. Este año formando parte de la Campaña llevada a cabo durante el mes de Abril sobre la Seguridad de los Pacientes, se convocó un Concurso de Vídeos abierto a todos los profesionales lo que nos motivó a participar.
Valoración de la calidad del vídeo, puntuación obtenida en el Concurso
Los vídeos debían abordar temas relacionados con la Seguridad de los Pacientes y cumplir una serie de requisitos: duración, máxima 3 minutos, formato Mp4, Capacidad o Peso máximo 2Gb, permiso de confidencialidad,si había imágenes de paciente o profesionales y formato de envío, We transfer. En las bases del concurso figuraban los ítems puntuables para el concurso: originalidad, calidad técnica, dificultad de elaboración, nº de participantes, claridad de la idea, banda sonora, aplicabilidad, elaboración individual o colectiva, impacto en el centro y cesión a la videoteca del Núcleo de Seguridad.

Algunos de los líderes del Servicio de Mantenimiento consideraron oportuno aprovechar la ocasión para hacer reforzar en su servicio el cumplimiento de la higiene de manos. Insistir en este tema, resulta muchas veces harto repetitivo para los responsables y aburrido para sus colaboradores; encontrar una forma diferente, más distendida y simpática para lanzar el mismo mensaje puede resultar mucho más efectivo para integrar acciones y momentos que ayuden a la mejora de la adherencia a la higiene de las manos.

Mantenimiento es un servicio no directamente asistencial y sin embargo está presente en todas las dependencias del hospital: unidades de hospitalización, quirófanos, salas de espera, diálisis, donde sí se atienden pacientes pero no deben olvidarse puntos neurálgicos menos visibles: climatización, planta de agua de hemodiálisis, etc. por lo que su higiene de las manos tiene una gran repercusión. Tener concienciados y motivados a estos profesionales es fundamental para disminuir el riesgo de la transmisión de infecciones.

La elaboración de este vídeo ha permitido abordar el tema de la higiene de manos en el servicio, haciendo especial hincapié en rutinas como llamar el ascensor y potenciar la utilización de los dispensadores de solución hidroalcohólica para realizar en todo momento una correcta higiene de manos.
El resultado fue la edición de un vídeo de un minuto y medio de duración con un abordaje innovador de la higiene de manos.
Todos los papeles: guionista, actor, editor y la grabación fueron realizados por la misma persona.

El vídeo obtuvo el tercer premio del Concurso.

La integración de la Cultura de la Seguridad de los Pacientes en los profesionales del Servicio de Mantenimiento es fundamental para lograr óptimos resultados en el cumplimiento de la higiene de manos y conseguir la excelencia.

AUTORES: Eloy Arroyo Abaijón; D Ávila Alcántara; A Palomino Martínez; P Baxarías Gascón.

CENTRO DE TRABAJO: Fundación Puigvert.

ID: 303

TÍTULO: NUEVO RETO EN LA MEJORA CONTINUA DE PROCESOS ASISTENCIALES: IMPLANTACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

RESUMEN:
La eficiencia en procesos asistenciales y el aprovechamiento de recursos como el tiempo de quirófano es mejorable en nuestro sistema. La inercia de los profesionales, empujados a trabajar de la manera habitual, genera una errónea pero mayoritaria opinión de que nada puede cambiar. El método LEAN se basa en intentar eliminar del proceso lo que no aporta valor al mismo. Implantación de método LEAN en el Bloque quirúrgico, aprovechando la alianza con una empresa con experiencia y diseñando un cronograma de implantación progresivo en el grupo de seguimiento del Proceso del Bloque Quirúrgico. Se lleva a cabo una alianza de colaboración con la empresa aeronáutica AIRBUS con amplia experiencia en método LEAN. En octubre 2017 se conforma un grupo de trabajo formado por personal de ambas instituciones, realizándose formación y visitas físicas a ambos centros para terminar en un evento Kaizen en el cual se identifican 5 líneas de trabajo:

- Análisis de procesos: un grupo multidisciplinar analiza el proceso identificando lo que no aporta valor al mismo y es innecesario, proponiendo acciones de mejora.
- Realización de "5S" en Bloque Quirúrgico: responde a las siglas en japonés Seiri (eliminar y seleccionar), Seiton (ordenar), Seisu (limpiar), Seiketsu (estandarizar-señalar) y Shitsuke (mantener la disciplina y seguir mejorando)
- Bioseguridad (reglas de oro para reducir cultivos positivos en quirófano)
- Agenda estándar (modelo de gobierno-descripción de rutinas)
- Área de control
- Plan de comunicación

RESULTADOS: Acciones fundamentales en la implantación de LEAN en el Bloque:
1.- Reuniones del grupo para definir objetivos anuales alineados con la implantación de esta metodología
2.- Desarrollo de jornada de "5S" en Bloque quirúrgico en la que se realizó la Eliminación, Orden, Limpieza y Estandarización de 7 quirófanos
3.- Bioseguridad: Concienciación del personal mediante reuniones con personal de limpieza y comunicación mensual de los cultivos positivos
4.- Creación de sala de control compuesta por:
- Seguimiento semanal del Plan de Implementación Táctico
- Panel de comunicación actualizada: resultados, nuevas acciones, sesiones
- Rincón de ideas: Análisis de propuestas y respuesta en el panel de comunicación
- Área de Agenda Estándar y Polivalencia-Policompetencia (asociada a Plan de formación y capacitación), actualmente en proceso
- Plan de comunicación: Sesiones de seguimiento al personal del Bloque Quirúrgico cuatrimestral y a través del Panel de Comunicación de forma dinámica.

CONCLUSIÓN: La implantación de método LEAN es una herramienta útil para mejorar procesos de mejora continua, especialmente para vencer la resistencia al cambio del personal al identificar formas de trabajar que favorecen también al profesional, como queda patente en la participación y motivación en las distintas acciones propuestas.

AUTORES: Rosa Fernandez Lobato; J Garcia Septiem; E Perez Navarredonda; J Gonzalez Revaldería; C Garcia Molina; MA Andrés Molinero.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Getafe.

ID: 304

TÍTULO: MEJORAR EL ACCESO A LA HISTORIA... MEJORA LOS RESULTADOS EN LOS INDICADORES DE PALIATIVOS.

RESUMEN:
Los Equipos de Paliativos desarrollan su trabajo en los hogares de los pacientes. En nuestra autonomía el sistema de registro clínico es el programa OMI-AP. El Área IV de Asturias tiene una gran extensión y una baja densidad de población que implica grandes desplazamientos para estos equipos. La situación existente es que los profesionales acudían a los domicilios a atender a los pacientes y familias, y luego se realizaban grandes desplazamientos para registrar los datos en la historia del paciente en el despacho. Los profesionales solían priorizar la atención clínica al registro; y esto influía también en un menoscabo en la continuidad asistencial de estos pacientes por otros equipos asistenciales. Analizando el problema se decide la compra de ordenadores portatiles para cada equipo y conexión VPN que permitía conectarse a la historia clínica del paciente desde el domicilio y registrar en directo los datos relevantes de la asistencia.
Evaluar el resultado del proyecto de mejora de la accesibilidade a la Historia Clínica Electrónica de los Equipos de Paliativos del Área IV de Asturias.
Estudio descriptivo transversal. Se realiza un corte pre implantación (enero-diciembre 2016) y un corte tras un año de implantación (Enero-Diciembre 2017). Se registran los indicadores del Sistema de Información de Atención Primaria oficial del Principado de Asturias: %pacientes con información sobre existencia de dolor, % pacientes con registro de escala de dolor, %pacientes con puntuación en escala de dolor < 4, %pacientes con plan de cuidados realizados.
100% de indicadores mejoraron. El %pacientes con registro sobre existencia de dolor mejora en un 3,22% (73,51% a 76,73%). %pacientes con registro de escala de dolor aumento un 5,24% (74,76 a 80%), %pacientes con puntuación dolor< 4 aumento un 8,15%(54,7% a 62,85%) y el %pacientes con plan de cuidados realizado aumento un 33,45%(8,89% a 42,34%).
Conclusiones: la mejora de la accesibilidad al registro clínico tiene una clara incidencia en el resultado de los indicadores. Facilitar el registro nos permite tener sistemas de información más veraces y con ello plantear medidas de mejora más ajustadas a la realidad. Los sistemas de información deben dirigir nuestras decisiones sobre los procesos, pero debemos tener en cuenta que existen importantes sesgos que debemos minimizar. Lograr mejorar los registros debe ser un objetivo prioritario para lograr conocer lo que hacemos realmente y plantearnos opciones de mejora. Algo a desatacar es que son pacientes vulnerables donde garantizar una adecuada continuidad asistencial es esencial, y para ello imprescindible tener un registro clínico actualizado.

AUTORES: Ricardo Dios Del Valle; B Prieto Carrocera; A Baltar Barrio; N Izquierdo García; E Velasco Castañon; JA Vecino González.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Área Sanitaria IV.

ID: 305

TÍTULO: CONSULTA VIRTUAL ¿QUIÉN DIJO QUE LAS RELACIONES A DISTANCIA NO SE MANTIENEN?

RESUMEN:
La búsqueda del grial en sanidad se ha centrado en lograr un sistema que permita lograr un manejo integral de los procesos asistenciales entre ambos niveles. Buscamos con ello mejorar la experiencia de los pacientes en su contacto con el sistema sanitario, así como lograr una mayor accesibilidad, mayor capacidad resolutiva de atención primaria, y mayor eficiencia del sistema hospitalario que debería revertir también en una disminución de las demoras. En las últimas décadas se ha realizado un ingente esfuerzo en la introducción de las TICs en los centros sanitarios. Este esfuerzo realizado por administración y profesionales debería revertir en optimizar sus potenciales. Creemos que las TICs pueden ser una herramienta útil para lograr todos esos objetivos. Presentamos un proyecto que pretende usar la potencialidad de las TICs para mejorar la integración de los procesos asistenciales entre los centros de salud y el servicio de Endocrinología. Este proyecto permite la solicitud de una consulta virtual (sin desplazamiento del paciente al servicio de endocrinología) usando la historia clínica de atención primaria y del hospital, y que tanto la solicitud como la respuesta queden asociados a la documentación clínica del paciente.
Evaluar el proyecto piloto de la Consulta Virtual Colaborativa entre profesionales de atención primaria y el servicio de endocrinología.
Estudio Descriptivo Transversal. Ámbito: 4 centros de Salud y el Servicio Endocrinología del Hospital Universitario Central de Asturias. Muestra: 90 pacientes derivados de diciembre de 2016 a diciembre de 2017. Variables: paciente desconocido del servicio o no, centro de procedencia, tipo de patología, resueltos en CVC o con consulta presencial.
71,7% no habían sido previamente atendidos en el servicio de endocrinología. 12,2% habían sido atendidos y dados de alta, 8,6% estaban en seguimiento pero se habían perdido. El 60% habían sido derivados por patología de tiroides, seguido por la Diabetes con 14,4%. El 63,3% de los casos fueron resueltos por esta vía, y sólo el 36,7% precisaron una consulta presencial. Todas excepto una fueron informadas en 48 horas como máximo.
Conclusiones: La CVC es una herramienta útil para el manejo integrado de los procesos asistenciales entre ambos niveles. Mejora la accesibilidad reduciendo demoras. Mejora la eficiencia del sistema reduciendo consultas presenciales innecesarias. Tras la evaluación del proyecto piloto se ha extendido a todos los centros de atención primaria (59 centros) a finales de junio de 2018. Se extenderá próximamente a otros servicios como Hematología, Digestivo, Pediatría, Neurología y Unidad del Dolor.

AUTORES: Ricardo Dios Del Valle[1]; L Martinez Escotet[2]; E Menendez Torre[3]; B Prieto Carrocera[4]; A Comas Fuentes[5]; N Izquierdo Garcia[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Area Sanitaria IV[1, 4, 6]; Hospital Universitario Central De Asturias[2, 3]; Centro Salud Otero[5].

ID: 306

TÍTULO: ¿QUÉ PACIENTES INSISTEN EN LA PETICIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS O PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS INNECESARIOS?

RESUMEN:
La sobreutilización innecesaria de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos pone en riesgo la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema en ausencia de beneficios potenciales. La presión ejercida por los pacientes en consulta puede contribuir a la prescripción de pruebas y procedimientos por parte del profesional.
Determinar el perfil de los pacientes que insisten en la petición de pruebas y procedimientos clínicos innecesarios.
Estudio descriptivo de corte transversal mediante encuesta online a 1618 profesionales de atención primaria (936 de medicina de familia -MF- y 682 de pediatría -PED-) y 370 de servicios quirúrgicos (CIR).
La mayoría de los profesionales indicó que los pacientes que más insistían en la petición de pruebas y tratamientos innecesarios eran mujeres (64,5%, n=604 MF; 70,4%, n=480 PED; 59,5%, n=220 CIR). Como cabía esperar, el grupo de edad identificado como más demandante dependió del colectivo profesional, en MF (43,9%, n=411) y CIR (43,5%, n =161) este perfil se correspondió con los pacientes de 51-65 años y en PED (65,1%, n=444) con los acompañantes de 31-50 años. Los profesionales de los diferentes colectivos coincidieron en señalar a los pacientes con una enfermedad aún no filiada como más demandantes (23,4%, n=219 MF; 53,8%, n=367 PED; 33,0%, n=122 CIR). Otros perfiles identificados por los profesionales fueron: pacientes con enfermedad de baja prevalencia en MF (31,6%, n=296) y pacientes que consultan en internet en CIR (28,1%, n=104) y PED (19,1%, n=130).
El perfil de paciente demandante de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos innecesarios parece corresponderse con el de quienes más utilizan los servicios sanitarios (mujeres de diferentes edades según especialidad y con patología inespecífica). El acceso a información de salud en internet se ha convertido en un arma de doble filo ya que, por un lado, es una potente herramienta de empoderamiento del paciente y, por otro, aglutina contenidos fiables con otros que no lo son.

AUTORES: Guadalupe Olivera Cañadas[1]; P Pérez Pérez[2]; CM Nebot Marzal[3]; C Silvestre Busto[4]; JJ Mira Solves[5]; I Carrillo Murcia[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico San Carlos[1]; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud[2]; Centro de Salud Fuente San Luis[3]; Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea[4]; Universidad Miguel Hernández[5]; Universidad Miguel Hernández[6].

ID: 307

TÍTULO: FRECUENCIA DE LAS PRÁCTICAS NO HACER EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
La indicación de pruebas diagnósticas y tratamientos de escaso valor, por la ausencia de evidencia o cuando sus riesgos superan los beneficios (sobreutilización) constituye un riesgo para la seguridad de los pacientes y un incremento innecesario de los costes para el sistema. Diversas sociedades científicas y profesionales se han sumado al movimiento "Menos es más" mediante la elaboración y difusión de recomendaciones "No hacer".
Determinar la frecuencia con la que pediatras y enfermeros de pediatría en atención primaria, en España, realizan prácticas diagnósticas o terapéuticas de escaso valor.
Estudio Delphi. Se elaboró un cuestionario a partir de las recomendaciones "No hacer" de la Asociación Española de Pediatría (AEP), de las recomendaciones de distintos servicios de salud autonómicos y dos grupos nominales realizados con enfermeros que incluía 8 recomendaciones de "No hacer" para pediatría (PED) y 5 para enfermería pediátrica (ENF-P). Se invitó a participar en el estudio a 47 profesionales (28 PED y 19 ENF-P). Se solicitó a los participantes que indicasen su opinión, utilizando una escala de 0 a 10 puntos, sobre la frecuencia de la práctica en cuestión en su entorno clínico y la probabilidad de daño (evento adverso) asociado. Se realizaron dos olas consecutivas para alcanzar el consenso en aquellas prácticas con puntuaciones más dispares en la primera ronda. Se consideraron frecuentes aquellas prácticas que obtuvieron una puntuación media igual o superior a 6,5.
En la primera ola participaron 36 profesionales (tasa de respuesta del 76,6%; 22 PED y 14 ENF-P) y, en la segunda, 34 (tasa de respuesta del 94,4%; 22 PED y 12 ENF-P). Ninguna de las prácticas analizadas para el colectivo de PED superó el corte establecido, siendo la combinación o alternación de tratamiento con ibuprofeno y paracetamol la práctica "No hacer" más frecuente (Media, M=6,2, Desviación Típica, DT=3,2), con una probabilidad de daño medio-baja (M=4,4; DT=2,0). En ENF-P, la administración de medicación inyectable sin consultar posibles alergias, a pesar de ser infrecuente (M=2,4; DT=1,4), fue la práctica de mayor riesgo (M=8,5, DT=0,8).
Los resultados de este trabajo sugieren una adecuada adherencia a las recomendaciones de "No Hacer" en la asistencia pediátrica en atención primaria. Además, se identifican algunas prácticas inadecuadas con un potencial riesgo muy elevado. Identificar prácticas frecuentes, que puedan ser un riesgo y sean fácilmente detectables implica un beneficio importante para el paciente y su seguridad clínica si son incluidas entre las recomendaciones de "No Hacer" y dejan de realizarse durante la atención clínica.

AUTORES: Johanna Milena Caro Mendivelso[1]; Y Agra Varela[2]; AM Fernández Navascués[3]; JL Valencia-Martín[4]; J González de Dios[5]; JJ Mira Solves[6].

CENTRO DE TRABAJO: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)[1]; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad[2]; Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea[3]; Hospital Universitario Ramón y Cajal[4]; Hospital General Universitario de Alicante[5]; Centro de Salud Hospital Provincial - Pla; Universidad Miguel Hernández[6].

ID: 308

TÍTULO: AUMENTANDO LA SEGURIDAD EN URGENCIAS

RESUMEN:
Un listado de verificación es una herramienta de ayuda en el trabajo diseñada para reducir los errores y asegurar la consistencia y exhaustividad en la realización de una tarea. Su uso está altamente extendido en trabajos de alto riesgo como herramienta para minimizar la ocurrencia de acontecimientos raros e impredecibles. En el campo de la medicina, los listados de verificación quirúrgica se han utilizado para prevenir errores y complicaciones que ocurren durante la cirugía o perioperativamente.
Diversos estudios sugieren que el beneficio de los listados de verificación quirúrgica se debe a la reducción de los errores por diversas razones: asegurar que todas las tareas relevantes desde el punto de vista de la seguridad del paciente se realicen, potenciar la existencia de equipos de trabajo más transversales y con menos jerarquías, favorecer la comunicación entre los miembros del equipo, detectar errores en el menor tiempo posible y anticipar potenciales complicaciones.

Hospital Quirónsalud Málaga, en la búsqueda constante de la Seguridad del Paciente, adopta esta herramienta para minimizar el riesgo de aparición de incidentes de seguridad relacionados con la atención sanitaria. Para ello, se desarrollan diferentes listados de verificación para los procedimientos diagnósticos o terapéuticos considerados de riesgo.
Maximizar la seguridad del paciente durante la realización de técnicas de riesgo.
Educación del personal del equipo asistencial en dichos procedimientos.
Monitorización de su realización
Archivo del listado de verificación en la Historia Clínica del paciente tras su uso.
Estos procedimientos son desarrollados por un Equipo asistencial, formado por : médico, enfermero y auxiliar de enfermería.
Dicho equipo actúa siguiendo las directrices del Procedimiento de riesgo, en situaciones susceptibles de provocar un daño severo al paciente.
En el Servicio de Urgencias, hemos elaborado cinco listados de verificación para las técnicas de riesgo más comunes que se dan en nuestro servicio.
Los campos obligatorios de los listados son:
− Nombre del procedimiento
− Identificación completa del paciente.
− Aspectos a revisar antes del procedimiento
− Aspectos a revisar tras el procedimiento
− Identificación de los miembros del equipo que intervienen en el procedimiento.
Tras la puesta en funcionamiento de estos listados de verificación ante la realización de técnicas de riesgo en nuestro servicio, pretendemos minimizar los errores causantes del daño al paciente, fomentando de este modo la asistencia centrada en el paciente y su seguridad.
A día de hoy no se pueden ofrecer todavía datos de resultados dado que las observaciones no son suficientes como para asegurar la validez de los resultados. Esperamos poder presentarlos en el congreso de 2019.

AUTORES: Maria Teresa Castelló del Pino; SP Polite Delfa; MC Mª Ángeles Comino.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Quirónsalud Málaga.

ID: 309

TÍTULO: REVISIÓN DEL CARRO DE PAROS: APRENDIENDO DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS

RESUMEN:
En el marco de las actuaciones en Seguridad del paciente del Plan de Calidad Sanitaria vigente en MC Mutual, el personal sanitario de los centros asistenciales revisa mensualmente el carro de paros, con la finalidad de mantener una atención segura al paciente ante una situación de parada cardiorrespiratoria.
La respuesta ante un Paro Cardiorespiratorio (PCR) se identifica como riesgo muy elevado en el Mapa de Riesgos de los centros asistenciales. Anualmente se auditan los "Formularios de Control del Carro de Paros" con el objetivo de valorar su calidad y proponer acciones de mejora.
El objetivo de este trabajo es evaluar la cumplimentación y mantenimiento de la calidad de los registros de valoración del carro de paros, a partir de los resultados del 2016 y el 2017.
El estudio se realiza en MC MUTUAL con 88 centros asistenciales repartidos por el territorio nacional. El registro del carro de paros implica la documentación de dos formularios de seguimiento, el de "Mantenimiento del Carro de Paros' (FA) y el de "Mantenimiento del Dispensador de Urgencias" (FB). El cumplimiento se revisa anualmente.
Esta revisión consiste en analizar 4 ítems del Formulario FA y 3 del Formulario FB, en total 7 ítems. Finalmente se compara el cumplimiento entre 2016 y 2017.
El cumplimiento global en los 88 centros asistenciales para ambos años fue, del Formulario FA el 72% (2016) y el 89% (2017), y del Formulario FB del 90% (2016 y 2017).
El análisis por ítems es el siguiente: Utilización impreso actualizado: FA 92% y FB 93% (2016) y FA 84% y FB 85% (2017); Cambio de precinto mensual: FA 89% y FB 86% (2016) y FA 99% y FB 99% (2017); Firma y nº del colegiado responsable: FA 89% y FB 86% (2016) y FA 85% y FB 86% (2017); Cumplimiento completo del registro: FA 38% (2016) y FA 86% (2017).
Se observa que en ambos años no se superó el objetivo de porcentaje de cumplimiento por ítem, que es del 100%, pero sí que ha mejorado el porcentaje de cumplimiento total del "Formulario del Mantenimiento del Carro de Paros"(FA) y se ha mantenido el porcentaje de cumplimiento total del "Formulario de Mantenimiento del Dispensador de Urgencias" (FB).
La valoración del registro de los formularios de control en 2016, permitió realizar acciones de mejora en ambos impresos que han contribuido a facilitar el registro del check-list del personal sanitario responsable en cada centro, tal como se observa en los resultados obtenidos en 2017.
Destacar también como ha contribuido a concienciar al colectivo sanitario en la importancia de la rigurosidad de dicha revisión y en el conocimiento tanto de la ubicación como del contenido del Carro de Paros, indispensable para atender una emergencia médica con eficacia y rapidez.

AUTORES: Norma Grau Balcells; C Sauri Casadella; D Moya Alcocer; J Ortner Sancho; R Manzanera Lopez; JM Martinez Martinez.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 310

TÍTULO: IMPACTO DE LA "GUÍA TERAPÉUTICA DEL DOLOR AGUDO EN CENTROS ASISTENCIALES" EN EL USO ADECUADO DE CORTICOIDES

RESUMEN:
A inicios de 2018 se ha implantado en nuestra organización la "Guía del manejo del dolor agudo en los centros asistenciales" en la que se aborda el tratamiento frente al dolor agudo en 4 ámbitos: Dolor osteomuscular, Lumbalgia/Cervicalgia, Lumbociatalgia/Cervicobraquialgia y Dolor neuropático.
Con intención de valorar el impacto de dicha Guía en la práctica clínica diaria, se ha escogido el uso de corticoides en el tratamiento de la Lumbalgia/Cervicalgia. La guía especifica que su uso no está indicado en el tratamiento de la Lumbalgia/Cervicalgia, a pesar que es habitual.
Se analiza si la instauración de la "Guía del manejo del dolor agudo en los centros asistenciales" ha tenido impacto en el uso adecuado del tratamiento con corticoides por vía oral e intramuscular.
Estudio comparativo de la prescripción en el tratamiento de los casos con Cie-9 724.2 Lumbago y Cie-9 723.1 Cervicalgia valorando el uso de corticoides entre el período Marzo-Agosto 2017 y el periodo Enero-Mayo 2018, posterior a la implantación de la Guía. Se analizan los casos con los diagnósticos CIE-9 mencionados y se determina el porcentaje de casos en los que se ha administrado durante el curso clínico Corticoides ya sea por vía oral o intramuscular.
Se revisa una muestra 100 lumbalgias y 50 cervicalgias, para analizar si el uso de dichos corticoides se considera adecuado/no adecuado, en base a la existencia de errores en la codificación diagnóstica o en la prescripción adecuada de corticoide por patología concomitante.
En el periodo Marzo-Octubre 2017 de 3.488 casos de Lumbalgia, en 936 se les ha prescrito en algún momento corticoide (26,7%). En el caso de la Cervicalgia, de 2094 casos, en 198 se ha administraron corticoides (9,4%). El total de pacientes con dolor a nivel de columna sin radiculopatía tratados con corticoides en dicho periodo ha sido del 20,30%.
Los datos obtenidos hasta este momento del año 2018, de los 1.062 casos de Lumbagia, 179 se les ha prescrito corticoides (16,8%). En el caso de la Cervicalgia, de los 697 casos, se ha administrado corticoide en 42 (6%). El total de pacientes con dolor a nivel de columna sin radiculopatía tratados con corticoide en dicho periodo ha sido del 12,56%.
Se confirma que la implantación de la "Guía del manejo del dolor agudo en los centros asistenciales" es una herramienta que coincide con un impacto positivo en el tratamiento de los pacientes, disminuyendo la incidencia del uso de corticoides por vía oral o intramuscular en pacientes con Lumbalgia y Cervicalgia sin radiculopatía asociadas.

AUTORES: Nuria Ibañez Valls; J Ortner Sancho; A Gran Ramos; N Cugat Bertomeu; P Santalo Bel; N Grau Balcells.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 311

TÍTULO: ¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE HACER LO QUE NO HAY QUE HACER EN ATENCIÓN PRIMARIA? PROTOCOLO DE UN ESTUDIO NACIONAL

RESUMEN:
La sobreutilización de recursos diagnósticos y terapéuticos somete a los pacientes a riesgos innecesarios sin propiciar beneficio clínico suficiente. Supone sobrecostes y amenaza la sostenibilidad.
Descripción del protocolo de un proyecto de investigación en atención primaria (AP) (referencia: PI16/00816) cuyo propósito es medir la frecuencia, las causas y las consecuencias clínicas y económicas de la sobreutilización asociada a la indicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos sobre los que existe consenso que no deben hacerse ("No Hacer") según la evidencia científica.
El proyecto se desarrolla en cuatro fases con la participación de ocho comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco). Fase 1: Identificación de "No hacer" en enfermería de AP mediante la aplicación de técnicas de investigación cualitativa (dos grupos nominales, con un total de 16 enfermeros). Fase 2: Encuesta a 1152 profesionales (384 medicina de familia –MF–; 384 pediatría –PED–; y 384 enfermería –ENF–) para determinar su grado de conocimiento acerca de las recomendaciones "No hacer" e identificar perfiles de pacientes que más presionan para la indicación de pruebas y procedimientos innecesarios. Tamaño de la muestra calculado considerando un error del 5%, un nivel de confianza del 95% y una p=q=0,50. Fase 3: Estudio observacional retrospectivo, mediante revisión de historias digitales y trigger tools, para determinar la frecuencia y el sobrecoste (según costes de actividades de consultas, farmacia, laboratorio o imagen) de los "No hacer" de MF, PED y ENF de AP y para estimar la frecuencia de eventos adversos (EA) directamente relacionados con los mismos. Fase 4: Estudio observacional descriptivo para establecer el coste de los "No hacer" en AP asociado a las reclamaciones patrimoniales de los mismos (periodo 2002-2015). Se analizará la frecuencia y el coste de las reclamaciones mediante la aplicación del Protocolo de Londres y el consenso de expertos en el ámbito jurídico y de la inspección médica.
Se espera obtener los siguientes resultados: impacto de la sobreutilización en AP (frecuencia "No hacer" en MF, PED y ENF), frecuencia de EA y costes asociados a los "No hacer" y EA y las reclamaciones patrimoniales relacionados con estos "No hacer".
En el marco del "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España" alguna CCAA ha comenzado a evaluar datos sobre la frecuencia de sobreutilización, sin embargo aún no existen datos nacionales sobre su impacto clínico y económico en atención primaria. En el ámbito internacional, la mayoría de los estudios se ha centrado en entornos hospitalarios. Los resultados de este proyecto servirán para establecer recomendaciones para, a través de algoritmos de ayuda incorporados en la historia digital, facilitar la toma de decisiones en la reducción de la sobreutilización con el fin de promover la seguridad del paciente y la reducción de costes.

AUTORES: Carmen Silvestre Busto[1]; MT Gea Velázquez de Castro[2]; G Olivera Cañadas[3]; Y Agra Varela[4]; I Carrillo Murcia[5].

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea[1]; Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant[2]; Hospital Clínico San Carlos[3]; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad[4]; Universidad Miguel Hernández[5].

ID: 312

TÍTULO: CERTIFICACIÓN POR LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2015 DE UNA UNIDAD DE AISLAMIENTO DE ALTO NIVEL

RESUMEN:
Dada las repercusiones que las enfermedades infecciosas de alto riesgo suponen para la Salud Pública, España cuenta en la actualidad con 7 Unidades de Aislamiento de Alto Nivel (UAAN) designadas por el Ministerio de Sanidad. Los criterios de autorización para las instalaciones y el aparataje de las mismas están establecidos, sin embargo, no existen experiencias de implantación de estándares de calidad ISO 9001 que consoliden el buen funcionamiento y la mejora continua en la actividad.
Implantar un sistema de gestión por procesos que incorpore estándares de calidad para el buen funcionamiento y la mejora continua de la actividad en el marco de la certificación por la norma UNE-EN ISO 9001:2015.
Esta norma sigue el ciclo PHVA: Planificar objetivos y recursos para obtener resultados acordes a los requisitos del cliente y la política de la organización e identificar los riesgos y las oportunidades. Hacer mediante la implantación de lo planificado. Verificar a través del seguimiento y la medición. Y Actuar mediante acciones de mejora cuando sea necesario.
Siguiendo este ciclo se seleccionaron los procesos operativos, de soporte y estratégicos, se identificó a las partes implicadas, se alineó cada proceso con su misión, la estrategia de la UAAN y las partes interesadas. Se estableció la medición de cada proceso mediante indicadores y se realizó la evaluación de los mismos mediante documentación relacionada y gestión de riesgos.
Se definió la política de calidad, el alcance, las líneas estratégicas y el organigrama de la unidad. Se elaboró un mapa de procesos con 4 operativos, 8 de soporte y 5 estratégicos. Se elaboraron fichas de proceso con indicadores de calidad, registros y flujogramas. Finalmente se incorporó un mantenimiento preventivo de equipos y objetivos transversales como parte de la integración de los sistemas de gestión del hospital.
La versión 2015 de la norma emplea el enfoque a procesos e incorpora el pensamiento basado en riesgos. Esto permite una identificación de los factores que pueden desviar los resultados de los procesos y los sistemas de gestión, de alta relevancia dada la repercusión de la actividad de la UAAN para la población general. Además su identificación temprana posibilita el establecimiento de controles preventivos que disminuyen el riesgo.
Para el buen funcionamiento de estas unidades, se establecen procedimientos de actuación basados en la bibliografía internacional y el consenso de expertos que pueden no cubrir las necesidades que requiere cada proceso. Por ello la implantación de un sistema de gestión por procesos como establece esta norma, permite que estos procedimientos se elaboren acorde con los resultados que se deben obtener, y que se enmarquen en procesos identificados previamente.
Por todo esto la certificación mediante normas internacionales como la UNE-EN ISO 9001:2015 puede ser otra vía para sistematizar el funcionamiento de las UAAN, mejorar sus procesos y resultados, y alcanzar la excelencia.

AUTORES: Lidia Redondo Bravo; B Martínez De MIguel; J Ojeda Feo; N García-Arenzana Les; S Ramírez Alonso; J Arribas López.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario La Paz.

ID: 313

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO FAST-TRACK EN PTR

RESUMEN:
Uno de los pilares de los protocolos ERAS,es mejorar parámetros de calidad asistencial y satisfacción del paciente,involucradole en la toma de decisiones y el conocimento previo de su proceso.
El objetivo fue valorar la repercusión de la implantación de un protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), en la cirugía de artroplastia total de rodilla ,en cuanto a pérdidas hemáticas (valorándose la transfusión de hemoderivados) ,estancia hospitalaria y control del dolor postoperatorio.
Se realizó un estudio con 88 pacientes intervenidos con protocolo Fast Track de artroplastia total rodilla en último trimestre 2017. Los datos se recogieron mediante entrevista al paciente e información de la historia clínica. El dolor se recogió mediante una escala visual analógica (EVA),tanto en reposo como en movimiento, a las 24,48,72 y 96 horas tras cirugía. Posteriormente se realizó un estudio no aleatorizado comparativo entre los 88 pacientes operados mediante el proceso Fast Track y un grupo de 89 pacientes comparable en edad y sexo, intervenidos antes de la implantación del protocolo en el mismo periodo del año anterior, valorando los niveles de hemoglobina preoperatorios y al alta, las transfusiones realizadas y días de estancia hospitalaria.
Se realizaron 88 artroplastias totales de rodilla, Fast Track La media de hemoglobina preoperatoria en el grupo Fast Track fue de 14,09 g/dL (IC95% 13,84-14,34 g/dL) frente al grupo pre-Fast Track que fue de 13,73 g/dL (IC95% 13,43-14,03 g/dL). No hubo diferencias estadísticamente significativas .La pérdida de hemoglobina en el grupo Fast Track fue de 2,73 g/dL (IC95% 2,48-2,98 d/dL) y en el grupo pre- Fast Track de 3,32 g/dL (IC95% 3,03-3,61). Solo se compararon las medias de hemoglobina de los pacientes no transfundidos en ambos grupos. Se observó una diferencia de la media de pérdidas hemáticas de 0,59 g/dL (menor en el grupo Fast Track) pero sin significado estadístico. En el grupo Fast Track se transfundieron 4 pacientes de los 88 totales (el 4,5%) frente a 16 de los 89 en el grupo Pre-Fast Track (el 17,9%), diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.La media de la estancia hospitalaria de los pacientes pre protocolo Fast Track fue de 5,54 días (IC95% 5,18-5,89 días) frente a 3,31 (IC95% 3,08-3,54 días) una vez implantado. Por tanto existe una diferencia de 2,23 días de ingreso (IC95% 1,8-2,6) que resulta estadísiticamente significativa.La medias de EVA en reposo en los pacientes Fast Track a las 24, 48, 72 y 96 horas fue respectivamente de 26,96 (IC95% 22,29-31,62), 29 (IC95% 23,8-34,2), 20,36 (16,37-24,35) y 21,95 (15,44-28,47). La medias de EVA en movimiento a las 24, 48, 72 y 96 horas fueron respectivamente de 45,31 (IC95% 39,88-50,73), 44,99 (IC95% 39,56-50,39), 29,88 (25,64-34,14) y 29,05 (21,93-36,16).
Es importante reseñar que la deambulación precoz de los pacientes del grupo Fast Track se consiguió en el 100% de los casos, en parte debido a un control adecuado del dolor.

AUTORES: Susana Sivera Gimeno; E Burdeos Palau; D Cuesta Peredo.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario La Ribera.

ID: 315

TÍTULO: INNOVACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA EN UNA MUTUA LABORAL

RESUMEN:
En Clínicas MC Mutual, mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la atención domiciliaria posee unas connotaciones específicas, en concreto las dispersión geográfica.
A pesar de esta dispersión decidimos implantar la atención domiciliaria y elaboramos un protocolo de actuación en el tratamiento de la cura de heridas de alta complejidad, para así obtener las ventajas de la atención domiciliaria (disminución de la estancia, menor riesgo de infección, autonomía del paciente e integración del paciente/familia), minimizando complicaciones o incidencias relacionadas con el tratamiento.
Se utiliza la Terapia por presión negativa (TPN) como sistema avanzado de cicatrización de heridas que permite optimizar el cuidado del paciente y reducir costes.
Incorporar los dispositivos más innovadores de TPN en la cura de heridas de alta complejidad como tratamiento domiciliario.
Se confeccionó un protocolo de actuación ante aquellos pacientes candidatos a terapia y a tratamiento domiciliario. El paciente candidato ha de cumplir unos requerimientos: Paciente interesado, con cuidador principal, con capacidad de aprendizaje para el autocuidado y con características específicas de la herida (evolución controlada y exudado leve-moderado)
Se realizó un estudio comparativo entre Grupo 1: heridas con cura tradicional y Grupo 2: heridas en tratamiento con TPN. En el primer grupo se revisaron historias de pacientes que hubiesen sido candidatos a TPN domiciliaria ingresados en el año 2016, y en el segundo grupo se revisaron las historias de pacientes tratados con TPN domiciliaria en el año 2017. Los criterios de inclusión fueron: Herida en fase proliferativa, no infectada ni esfacelada, con presencia de tejido de granulación, con exudado leve-moderado y tejido perilesional con buen aspecto. De cada grupo se revisaron las estancias medias, visitas de seguimiento, días de curación y número de incidencias/complicaciones.
La muestra fue de 15 casos tanto de pacientes tratados con atención tradicional como de pacientes tratados con TPN domiciliaria.
Del grupo 1, la estancia media hospitalaria fue de 21 días, 3 v./semana visitas de seguimiento (15 días), 1 v./semana (5 días), días de curación 51 días (herida epitelizada).
En el grupo 2, la estancia media hospitalaria fue de 5 días (TPN domiciliaria) y 2 v./semana visitas de seguimiento (10 días), 1 v./semana (5 días), días de curación en 25 días (herida epitelizada).
La aplicación de la Terapia por Presión Negativa domiciliaria, ha permitido disminuir en forma drástica la estancia hospitalaria, el número de visitas sucesivas para curas y el tiempo de curación.
Además de constatarse como impresión del contacto con los pacientes, la conciliación de la vida familiar, la autonomía, el confort y la seguridad del paciente.

AUTORES: Raquel Caballero Muñoz; L Cabot Mota; C Jimenez Gonzalez; JE Rodriguez Torreblanca; A Rosines Bros; D Moya Alcocer.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 316

TÍTULO: CÁNCER INFANTIL EN UN HOSPITAL TERCER NIVEL DE MADRID AÑOS 1999 A 2016. EVOLUCIÓN EN LA SUPERVIVENCIA.

RESUMEN:
El cáncer infantil (tumores diagnosticados por debajo de los 15 años) es muy poco frecuente, con una incidencia en España de 155,5 casos nuevos anuales por millón de niños/as. La probabilidad de desarrollar un cáncer entre los 0 y los 14 años es de 0,29 en niños y 0,23 en niñas. A pesar de los avances terapéuticos, los tumores infantiles son la segunda causa de muerte entre los menores de 15 años y la primera causa de muerte por enfermedad en la infancia y adolescencia a partir del primer año de vida.
1.- Cuantificar la incidencia observada de tumores infantiles en el periodo 1999-2016.
2.- Analizar la supervivencia de los pacientes al quinto año del diagnóstico (cohorte 1999-2010), global y por grupos diagnósticos.
3.- Describir la evolución de la supervivencia y compararla por grupos de cohortes años así como con el Registro Nacional de Tumores Infantiles.
Se analizan todos los tumores malignos infantiles y todos los tumores (malignos, benignos e inciertos) del sistema nervioso central (SNC) e intracraneales, recogidos en el Registro de Tumores del hospital de 1999-2016. Se ha utilizado la Clasificación Internacional para Cáncer Infantil basada en la CIE-O-3, que agrupa los tumores infantiles en 12 Categorías Diagnósticas. El análisis de datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS. La probabilidad de supervivencia se calcula por el método actuarial.
De un total de 59.023 tumores registrados (periodo 1999-2016), 769 (1,3%) corresponden a pacientes menores de 15 años (431 niños y 338 niñas, con una media de edad al diagnóstico de 6,5 años y 7,2 años, respectivamente).
Los tumores infantiles más frecuentes son: los tumores del SNC y otras neoplasias intracraneales e intraespinales (32,4%); leucemias, síndromes mielodisplásicos (SMD) y síndromes mieloproliferativos (SMP) (19,2%); linfomas y neoplasias reticuloendoteliales (14,7%); y neuroblastomas y otros tumores de células nerviosas periféricas (7,2%).
La supervivencia global a los cinco años del diagnóstico, con un intervalo de confianza (IC) del 95%, es del 78% (74-82%). La supervivencia de los grupos diagnósticos más frecuentes es: 74% (67-81%) para los tumores del SNC; 80% (72-88%) para las leucemias, SMD y SMP; 87% (80-95%) para los linfomas y neoplasias reticuloendoteliales; y 68% (53-84%) para los tumores del SN simpático.
Al analizar la supervivencia por cohortes de años de diagnóstico (1999-2002 y 2003-2010) observamos un ligero incremento en la supervivencia, en la cohorte más reciente en todos los Grupos Diagnósticos, que sólo alcanza significado estadístico en los tumores del SNC (67% vs 80%) al quinto año del diagnóstico $p< 0,05$.
Nuestros resultados son equiparables a los obtenidos por el Registro Nacional de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). Sin embargo, mientras que las leucemias constituyen el tumor más frecuente en España, en nuestro hospital los tumores del SNC ocupan el primer puesto, por tratarse de un centro de referencia en neurocirugía pediátrica.

AUTORES: María Montserrat Pilas Perez; FJ Salamanca Santamaria; AM Muñoz Lucas Torres; M Ugalde Diez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre.

ID: 317

TÍTULO: GRÁFICOS PARA FACILITAR EL APRENDIZAJE A PARTIR DE INDICADORES

RESUMEN:
Los sistemas de información nos permiten revisar la actividad realizada y los recursos empleados. Los cuadros de mando (CM) integran información de diferentes ámbitos, necesarios para la toma de decisiones a nivel gerencial.
Nos planteamos como dar a conocer esta información que facilite el análisis de la propia actividad a partir del concepto del continuo D.I.K.W (dato-información-conocimiento-sabiduría), como soporte esencial a la toma de decisiones en el proceso asistencial por parte de los profesionales sanitarios.
Se reconoce ampliamente la dificultad que tienen los clínicos para conocer o analizar los datos, por lo que ¿Cómo podemos hacer los datos más atractivos para el clínico? Se trata de promover una herramienta de fácil acceso, conocida por la organización y de bajo coste.
Entre las múltiples herramientas de análisis del BIG DATA nos centramos en el DASHBOARD que consiste en una representación gráfica de las principales métricas, indicadores clave (KPIs), que intervienen en la consecución de los objetivos de una estrategia. Pretenden visualizar el problema, favorecer la toma de decisiones, y así detectar errores en los que podamos estar incurriendo. Se realizan distintos ejemplos de visualización y posibilidades.
Con estas premisas se crea un DASHBOARD, utilizando una herramienta M Office EXCEL. Tomando coma base de trabajo, el Mock dashboard se procede a la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para definir y consensuar el área de actuación, las necesidades de información, la definición y representación gráfica y los elementos de interacción.
Se elige el área quirúrgica y sus datos de actividad como fuente de datos. Se definen áreas de interés, Información de situación, datos de actividad, días de actividad; actividad comparada y entorno de trabajo. Entre los elementos de interacción se definió la clínica, el día, mes y año de actividad, el cirujano, y el tipo de asistencia (Hospitalización y CMA).
Una vez consensuados los resultados se editó la primera versión del fichero Excel, definiendo una segunda fase de implantación a nivel de usuario y de valoración de la utilidad. Se muestran distintos ejemplos de visualización y posibilidades.
La creación del grupo de trabajo ha despertado un gran interés en el grupo implicado, receptores profesionales sanitarios.
Dar a conocer datos de actividad mediante herramientas de representación gráfica como elemento de conocimiento para mejorar la calidad asistencial, y permitir la comparación con su entorno, como herramienta de benchmarking, pretende añadir, a las herramientas habituales (sesión clínica, sesiones radiográficas,..) una de nueva, que facilite al clínico un instrumento más en la toma de decisiones a la vez que permita establecer un dialogo entre ellos para consensuar sus diferencias de criterio.

AUTORES: Antonio Rosines Bros; JE Rodriguez Torreblanca; L Cabot Mota; C Jimenez Gonzalez; R Caballero Muñoz; DJ Moya Alcocer.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 318

TÍTULO: ¿SE HIZO UNA BUENA PREVISIÓN DE RIESGOS?: RIESGOS PREVISTOS Y SUCESOS DECLARADOS EN MC MUTUAL

RESUMEN:
Las dos ediciones del Plan de Calidad Sanitaria (14-16 y 17-19) se sustentan en una línea estratégica de Seguridad del paciente. Así desde hace cuatro años los centros asistenciales de MC Mutual disponen de una certificación en materia de gestión de riesgos para la seguridad del paciente.
Uno de los instrumentos esenciales en seguridad del paciente es la formalización de un mapa de riesgos que ordena y sistematiza las actividades, las causas, los incidentes y su priorización, según frecuencia, gravedad y detectabilidad.
Se pretende analizar la coherencia entre los errores que se previeron en el Mapa con los que se han observado después a partir del Sistema de declaración de eventos adversos, ambos en los centros asistenciales (atención primaria) de MC Mutual distribuidos en el territorio español.
Se disponen del mapa de riesgos de la entidad elaborado en 2015 y revisado a finales de 2017. Se dispone de los eventos declarados y analizados en esos mismos tres años.
Se presenta la descripción de los errores previstos en el Mapa de riesgos inicial (MR) (2015) y de los errores declarados en el Sistema de notificación de eventos adversos (SNEA) (2015-2017), según el momento de producirse, el tipo y la gravedad.
Se analiza la distribución de errores entre el MR y SNEA realizada respecto al momento en el que se presenta el evento y es estadísticamente significativa (Fisher menor a 0,001). Las principales discrepancias son respecto al momento diagnóstico y en el momento de tratamiento
La distribución de errores entre el MR y SNEA realizada respecto al tipo de evento es estadísticamente significativa. Las principales discrepancias son respecto al error por falta de cumplimiento del procedimiento y por caídas.
La distribución de errores entre el MR y SNEA realizada respecto a la gravedad del evento es estadísticamente significativa. Las principales discrepancias son respecto al error leve. Los errores según gravedad son mayoritariamente leves y menos leves. Los errores de riesgo extremo son excepcionales. Los graves son declarados, pensamos, con mayor frecuencia de la esperada por el interés especial de los profesionales hacia ellos, cuando se producen.
El revisar los instrumentos esenciales del modelo de gestión de riesgos para la seguridad del paciente es en sí un instrumento de seguridad. Estamos revisando nuestras previsiones iniciales y, de alguna manera, analizando el por qué no fueron buenas del todo y sugiriendo el efecto preventivo de nuestros planes de tratamiento.
Se trata de aprender de nuestros métodos y de exprimirlos. Para mejorarlos y, sobre todo, para mejorar nuestras actuaciones, evitando errores para nuestros pacientes y profesionales.

AUTORES: Carme Sauri Casadella; DJ Moya Alcocer; R Manzanera Lopez; A Lozano Moreno; M Plana Almuni; JC Serfaty Soler.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 319

TÍTULO: LA PARTICIPACIÓN EN LA FORMACIÓN: INSTRUMENTO CLAVE EN LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

RESUMEN:
Las necesidades de formación de los sanitarios en sus organizaciones, confrontan tradicionalmente puntos de vista de la empresa y criterios profesionales.
En MC MUTUAL, iniciamos una estrategia dentro del Plan de Calidad Sanitaria conjuntamente con la División de RRHH y el área de la Gestión del Conocimiento que destaca el papel de la participación en su desarrollo.
Definir los elementos clave de la estrategia participativa de detección de necesidades formativas y del impacto que los cursos de formación adaptados a dichos requerimientos han tenido en los profesionales sanitarios.
Se realizó una encuesta a finales del 2016, en base al conocimiento crítico definido por la organización, sobre cuáles eran las necesidades reales de cada uno de los profesionales sanitarios y se indagó a través de la encuesta en los profesionales referentes en áreas concretas del conocimiento para la transmisión de dicho conocimiento dentro de la organización.
La encuesta de necesidades formativas realizada fue contestada por parte de los profesionales sanitarios en un 75,3%: el colectivo médico destacó el diagnóstico por imagen, en enfermería fue el tratamiento de curas y suturas, y en el colectivo de fisioterapeutas la terapia manual y readaptación funcional.
Una vez conocidas las necesidades formativas de los profesionales, se propuso un plan de formación a dos años con formación trasversal para todos los profesionales priorizando según el mayor impacto clínico en la organización.
Se han realizado en el 2017, 547 sesiones formativas grupales cuyos participantes han llegado a la cantidad de 4.392 profesionales sanitarios. Ha habido 247 acciones individuales del colectivo sanitario.
El nivel de satisfacción en la formación ha sido de 8,93. La adecuación en la formación según los profesionales sanitarios participantes, ha considerado alta en el 72,43% de los mismos.
La formación continuada en Organizaciones como una Mutua Laboral de ámbito estatal donde hay centros de especialización hospitalaria y áreas de atención sanitaria ambulatoria de pequeño tamaño y distribuidas por todas las provincias del país, requiere coordinación y esfuerzo para que el plan llegue a todos los rincones y haya equidad en la formación continuada de los profesionales.
Conseguir que los cursos formativos presenciales o on line estén a la disposición de todos los profesionales, y puedan escoger cada uno de ellos según el interés y la necesidad de los mismos.
El proyecto será un éxito si el colectivo de profesionales sanitarios lo hace suyo y exige transparencia, evaluación y cumplimiento de lo planificado.

AUTORES: Albert Vives Julines; O Rodriguez Lopez; C Berlanga De Leon; JE Rodriguez Torreblanca; MA Escobar Moreno; M Fernandez Perez.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 320

TÍTULO: CÁNCERES DE MAMA Y COLON Y RECTO: VALORACIÓN POR EL COMITÉ Y DEMORA TERAPÉUTICA

RESUMEN:
El cáncer de colon y recto es el tumor maligno más frecuente considerando ambos sexos, y el de mama es el más frecuente en la mujer. El cumplimiento de las recomendaciones de actuación se asocia con mejores resultados en salud.
Evaluar la calidad de la atención a los pacientes con cáncer de mama o con cáncer de colon y recto en una red de 9 hospitales públicos. Realizar propuestas de mejora a partir de los resultados obtenidos.
Se han evaluado 2 indicadores elaborados a partir de la Estrategia de Cáncer del Ministerio de Sanidad, la valoración por el Comité de cáncer previo al primer tratamiento y el intervalo diagnóstico- terapéutico. Las unidades de estudio fueron los pacientes dados de alta en el primer semestre de 2016 por cáncer de mama o cáncer de colon y recto, excuyendo los carcinomas in situ y las recidivas. La identificación de los casos se realizó mediante el CMBD de hospitalización, y para el estudio de los mismos se utilizó las actas de los comités de cáncer y la historia clínica completa en el segundo indicador. El número total de casos estudiados fue de 167 para el cáncer de mama y de 212 para el de colon y recto (30 en cada hospital, obtenidos aleatoriamente, o el total del universo si se habían producido menos). Para cada indicador se calculó su valor, el intervalo de confianza del 95% (IC) y la razón de variación entre centros con 20 o más casos (RV). En el caso del intervalo diagnóstico-terapéutico se obtuvo, además, la media, la mediana, el rango intercuartílico (RIC) y los valores mínimo y máximo del tiempo de demora. Para la valoración de los resultados obtenidos se consideraron como estándares de cumplimiento el 100% para la valoración por el Comité y el 90% para el intervalo diagnóstico terapéutico.
Los indicadores alcanzaron los siguientes valores: evaluación por el Comité de mama (51,7%, IC 44,1-59,3%, RV 7,24), evaluación por el Comité de colon y recto (54,7%, IC 48,0-61,3%, RV 5,2), intervalo diagnóstico-terapéutico de 28 días o menos en cáncer de mama (58,7%, IC 51,2-66,3%, RV 3, media 28 días, mediana 22, RIC 16-34, valores mínimo y máximo 1-391), intervalo diagnóstico-terapéutico de 30 días o menos en cáncer de colon y recto (45,1%, IC 38,2-52,0%, RV 4,19, media 40 días, mediana 33, RIC 19-53, valores mínimo y máximo 1-142).
Se observa una alta variabilidad entre hospitales y un alejamiento de los estándares en los 2 indicadores analizados. El porcentaje de pacientes valorados por el Comité fue ligeramente superior al 50%, con escasas diferencias entre ambos tipos de cáncer. El porcentaje de pacientes cuyo intervalo diagnóstico-terapéutico estaba dentro del tiempo recomendado fue inferior al 50% en el cáncer de colon y recto y no llegada al 60% en mama. Como medidas correctoras se proponen la valoración de todos los casos por el Comité y el rediseño del proceso de atención para la disminución de los tiempos de demora.

AUTORES: José Eduardo Calle Urra; P Parra Hidalgo; C López Rojo; C Arellano Morata; A Mas Castillo; T Ramón Esparza.

CENTRO DE TRABAJO: SG Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. SMS.

ID: 321

TÍTULO: ¿QUÉ HA PASADO CON NUESTROS RIESGOS TRES AÑOS DESPUÉS? ¿Y AHORA QUÉ?

RESUMEN:
El Mapa de Riesgos explicita los incidentes que pueden suceder en relación a la actividad sanitaria de una organización, y es una herramienta útil para desarrollar planes de mejora para una práctica asistencial más segura.

La actualización periódica de los riesgos es un instrumento clave en la mejora de la gestión del riesgo para la seguridad de los pacientes. Se pretende describir la evolución de los riesgos en MC Mutual y medir la intensidad de la mejora.
Evaluar la Mejora: MRi (inicial) y MRf (a los tres años)
Evaluar la Similitud: MRf (grupo gestor) y MR2 (grupo clínico).
Evaluar el Aprendizaje organizacional: MRi y MR2 (inicial hace tres años e inicial actual)
Se elabora el primer MR (MRi) en 2015, por un grupo de gestores clínicos, 3 años después se revisar la evolución con el mismo grupo (MRf). En este momento un grupo clínico asistencial elabora un nuevo Mapa de Riesgos (MR2). Dado que la elaboración de los mapas es un trabajo esencialmente cualitativo, las comparaciones tienen una intención valorativa.
El análisis comparar los tres Mapas de Riesgos elaborados: MRi, MRf y MR2 con la intención de responder a tres preguntas:
-¿Se ha obtenido mejora? se analiza la evolución de MRi a MRf teniendo en cuenta el impacto de los planes de tratamiento.
-¿Hay similitudes entre los riesgos de los dos Mapas? se analizan los cambios entre el MRf y MR2 en cuanto a la tipología y priorización de los riesgos.
-¿Hay aprendizaje con el nuevo MR? comparan MRi y MR2, analizando los cambios en la tipología de los riesgos descritos.
En cuanto a la Mejora, los riesgos extremos y severos tienen un promedio de reducción del riesgo de 43 puntos (SD 64,5; CV 34%) entre MRi y MRf.
En cuanto a la Similitud, de los 20 riesgos extremos y severos del MRf, en el MR2, 11 pasan a ser moderados, 5 se mantienen como extremos o severos y en 4 no se consideran las mismas causas.
En cuanto al Aprendizaje Organizativo, entre MRi y MR2 los cambios fundamentales están relacionados con el rol del paciente y el impacto de la medicina evaluadora en el control de la patología.

El uso de los mapas de riesgo se basa en la reflexión sistematizada y conjunta de expertos (gestores o clínicos) para detectar y priorizar los riesgos que pueden existir y dar lugar a errores. De esta reflexión deben surgir planes de tratamiento que mejoren las situaciones de riesgo al disminuir su ocurrencia, gravedad o la detección.
Cuando hemos realizado la revisión de este mapa de riesgos, se observan cambios y valoramos el impacto sobre mejora de la situación (que se ha producido), similitud de los mapas de riesgo iniciales (que se analiza) y aprendizaje organizativo (que se expresan en paciente y evaluación).

AUTORES: Diego Moya Alcocer; R Manzanera Lopez; C Sauri Casadella; N Grau Balcells; J Ortner Sancho; M Ribo Bosch.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 322

TÍTULO: PROPUESTA DE RECOMENDACIONES DE NO HACER PARA ENFERMERÍA

RESUMEN:
En el campo de la enfermería, al igual que en otras disciplinas, se realizan actuaciones innecesarias, que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias.
Priorizar Recomendaciones de No hacer (RNH) de enfermería basadas en la evidencia, para poder elaborar fichas de indicadores priorizados y posteriormente realizar su medición.
En primer lugar se realizó una búsqueda de RNH de enfermería en las principales fuentes de información sobre esta materia, entre las que cabe destacar, las que aparecen en el proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España" del Ministerio de Sanidad, las relacionadas con las iniciativas Choosing Wisely de Australia y Canada, las de la página web DianaSalud, las publicadas en las Guías de Práctica de Heridas de comunidades autónomas, etc. Fueron seleccionadas aquellas recomendaciones en la que además de tener un nivel de evidencia moderada/fuerte, fuesen específicas de enfermería.

En una segunda fase se realizó una priorización de las recomendaciones seleccionadas por parte de los 9 miembros del Grupo de Trabajo Regional sobre RNH, que valoró para cada una de ellas, su validez, relevancia, factibilidad de medición y capacidad de intervención por parte de enfermería. Cada criterio fue evaluado con una puntuación de 1 a 9. Fueron rechazadas aquellas recomendaciones en las que el 50% o menos de las puntuaciones obtenidas estaban en el tercil superior para los criterios de validez y/o relevancia. De las restantes, fueron aceptadas aquellas en las que el 70% o más de las puntuaciones se encontraban en el tercil superior para los criterios sobre relevancia y capacidad de intervención, y clasificadas como dudosas las que no cumplían estos requisitos. Todas las dudosas fueron valoradas de nuevo por el grupo, y clasificadas como aceptadas o rechazadas en función a la mayor o menor prevalencia del problema y factibilidad para la medición.
El número total de RNH identificadas en la primera fase fue de 77, de las cuales fueron seleccionadas 20.

Tras la realización del ejercicio de priorización 6 fueron rechazadas, 5 aceptadas y 9 fueron consideradas dudosas. La valoración posterior de las dudosas por el Grupo de Trabajo dejo un balance final de 10 RNH aceptadas (50%), siendo rechazadas las restantes. Los aspectos abordados en la RNH aceptadas hacen referencia al cuidado de heridas, de catéteres y del recién nacido. La metodología utilizada nos ha permitido priorizar un conjunto de RNH de enfermería basadas en la evidencia, estando previsto la elaboración de la ficha para la medición de las mismas, con el objetivo de mejorar la relación enfermero-paciente y la calidad de los cuidados.

AUTORES: Concepción López Rojo; P Parra Hidalgo; JE Calle Urra; T Ramón Esparza; M Muñoz Sánchez; D Gavrila Chervase.

CENTRO DE TRABAJO: SG Calidad, Seguridad y Evaluación. SMS.

ID: 323

TÍTULO: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

RESUMEN:
La calidad técnica de la radioterapia está íntimamente ligada a varios procesos: clínicos, físicos, técnicos y administrativos, los cuales influyen en el resultado del tratamiento y siendo importante que se tengan en cuenta de una manera multidisciplinar. Esto implica trabajar las acciones de forma conjunta ya que el nivel de conocimiento y preparación de cada responsable nos permite mejorar la eficacia del tratamiento.
El Servicio de Oncología Radioterápica hace unos años se acreditó con la norma ISO, creándose un comité de calidad mensual donde se analizan y evalúan los diferentes procesos del sistema y se proponen acciones de mejora. En dicho momento se detectaron insuficiencias en la información para el análisis de los tiempos de los indicadores y en el tratamiento de las incidencias ocurridas, como acción de mejora se creó un grupo de trabajo llamado "Comité Multidisciplinar", representado por el responsable de las áreas y Servicios implicados.
El objetivo principal es realizar el análisis y seguimiento de los procesos del Servicio de forma continuada, permitiendo detectar las incidencia precozmente y actuar de forma inmediata sin tener que esperar al Comité de Calidad.
Como material principal se utiliza un aplicativo de no conformidades disponible en la intranet del ICO, donde todo el personal puede acceder y registrar cualquier incidencia o sugerencia. Por otro lado, se presenta el número total de pacientes en lista de espera en cada una de las fases del tratamiento, desde que comienza el proceso (primera visita) hasta el inicio del tratamiento de radioterapia.
Semanalmente se realiza el comité multidisciplinar donde se hace el seguimiento de las acciones de mejora, se analizan los tiempos de los pacientes en espera para realizar los distintos procedimientos del tratamiento y se revisan y distribuyen a cada responsable las incidencias generadas por parte del personal, así como las no conformidades generadas. Todas las decisiones de recogen en un acta.
- Mejora en los tiempos de espera de los pacientes, ya que podemos detectar posible lista de espera o deficiencias.
- Gestión de las incidencias, no conformidades y aplicación de las acciones correctivas.
- Puesta en marcha de acciones de mejora que se detectan en los distintos procedimientos.
- Implicación de todo el personal del servicio ya que participan desde el momento que detectan una incidencia o mejora en su puesto de trabajo.
- Control de todos los procesos por parte de cada responsable.
CONCLUSIONES:
Establecer unos criterios de calidad en la radioterapia para asegurar la optimización del tratamiento y la protección radiológica del paciente, juntamente con las acciones de mejora, las encuestas a los pacientes, personal referente, los tiempos de espera ha permitido un seguimiento eficaz de todo el proceso y una mejora continua del sistema y consecuentemente en la calidad asistencial. Este modelo implica ha permitido una motivación en todos los integrantes del equipo.

AUTORES: Gloria Trias Guardia; A Eraso Urien; D Jurado Buggerman; S Flaquer Rife; A Rosello Serrano.

CENTRO DE TRABAJO: ICO Girona.

ID: 324

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS A TRAVÉS DE GRUPOS MULTIDISCIPLINARES

RESUMEN:
Una de las líneas estratégicas 2020 del Servicio Gallego de Salud está dirigida a mejorar la gestión de nuestro sistema a través de incrementar la coordinación asistencial, potenciar la atención primaria, mejorar la comunicación entre niveles profesionales garantizando la continuidad asistencial.
Desde hace 10 años en nuestro centro se valoran a los pacientes oncológicos a través de grupos multidisciplinares; desarrollando herramientas que evitan la variabilidad clínica y realizan una gestión eficiente de los servicios en función de las necesidades de los pacientes.
Dar a conocer la evolución y el crecimiento de estos grupos de trabajo a través de los 10 últimos años, integrando y mejorando los procesos asistenciales de los pacientes que cumplen unos criterios de sospecha clínica oncológica para la realización de pruebas complementarias, estableciendo un diagnóstico, tratamiento y derivaciones a circuitos quirúrgicos o a otros centros.
En este momento están actualmente en funcionamiento 7 grupos de trabajo que desarrollan diferentes procesos integrales de atención y en el que están una variedad de especialidades que valoran a los pacientes con diferentes tipos de patologías. GT TUMORES CUTÁNEOS, GT MAMA, GT GINECOLOGÍA, GT PULMÓN, GT COLON, GT UROLOGÍA, GT ORL.Los itinerarios de los pacientes que se presentan en estos grupos serían:
1-El acceso se realiza a través de Vía rápida, consulta AP u otras consultas especializadas.
2-Los pacientes se introducen en las agendas de los comités de tumores (grupos de trabajo multidisciplinar) dependiendo de su origen, el paciente no acude de manera presencial y se realiza una valoración multidisciplinar. En la historia clínica electrónica figurará el informe asociado al grupo de trabajo correspondiente en donde se reflejará el diagnóstico, plan terapéutico y resolución.
3-A los pacientes a los que se establece un tratamiento quirúrgico entran en los circuitos en donde se establecerán las fechas y los plazos para su intervención.
En sus inicios, a través de estos grupos se implantaron los protocolos en dónde se recogían una serie de criterios de sospecha clínica para la atención de los pacientes, a partir de ahí se establecieron los flujos de entrada y salida y se integran diversas herramientas y actividades que se desarrollan a través de los grupos de una manera eficaz, efectiva y que garantizan la continuidad asistencial de los pacientes (vías rápidas, cribados, circuitos quirúrgicos, teleconsulta a través de videoconferencias con otros centros), por lo que se han incrementado de manera significativa el número de pacientes que se comentan dentro de estos grupos.
Nº total de pacientes entre todos los grupos:
Año 2014:2362
Año2015: 2881
Año 2016:3429
Año 2017:3998
Nuestros profesionales afianzan estos procesos y siguen avanzando en la mejora de la atención integral y multidisciplinar de los pacientes oncológicos. En 3 años se ha incrementado en un 59%.

AUTORES: Belén Millor Sanesteban; A Fernández López; J Martínez Espiñeira; J Pesado Cartelle.

CENTRO DE TRABAJO: Xerencia Xestión Integrada Ferrol.

ID: 325

TÍTULO: UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CALIDAD PARA MEJORAR LA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

RESUMEN:
En la auditoría externa de marzo 2017 del Sistema de Gestión de la Calidad se detectó una No conformidad por la detección de medicamentos (M) y productos sanitarios (PS) caducados en lugares o equipos fuera de la sala del botiquín en las unidades asistenciales (UA). El botiquín está bajo el control directo del Servicio de Farmacia (SF).
Mejorar la conservación de los M y PS disponibles en las UA para uso directo en y por el paciente (consultas/bolsas/mochilas/cajetines…) y que están bajo el control de los profesionales de las mismas.
- Constitución de un grupo de trabajo en el marco de la Comisión de Calidad.
- Revisión de documentación: Interna y externa.
- Elaboración del cometido y metodología basada en herramientas de calidad: Identificación de causas (tormenta de ideas, técnica nominal de grupo…). Priorización de causas (Técnica nominal de grupo, AMFE…) según su potencial impacto y/o gravedad. Tratamiento (plan de acción correctora) de las causas identificadas.
- Cronograma y asignación de tareas: finalización, últimos de octubre. Indicación de normas de envío de trabajo individual previo a las reuniones mensuales de grupo.
- Elaboración del documento definitivo y definición del plan de acción para implantación. Presentación a Comisión de Calidad.
- Presentación a la dirección (último trimestre 2017)
19 junio: formación del grupo de trabajo, entrega de documentación, información metodología, asignación de tareas.
13 julio: identificación de causas y de sus causa/s-raíz en los distintos modos (Personas-Dirección-Organización de procesos-Equipamientos-Infraestructuras-Comunicación).
9 agosto: agrupación en cada modo de fallo de causas raíces y soluciones propuestas
30 noviembre: priorización de soluciones según criterios de impacto, necesidad de recursos adicionales y factibilidad. Total 19 acciones para acometer.
11 diciembre: Presentación del trabajo a la Comisión de Calidad y Dirección.
Implementación de la 9 acciones/soluciones con mayor puntuación: al inicio 1ºsemestre de 2018, coincidiendo con la cadencia habitual de actividades de control de caducidades (envío con carácter semestral desde el SF de los listados mensuales para control de caducidades).
Diseño indicadores para medir la eficacia de las acciones emprendidas: Indicador 1: Nº Registros de control mensual recibidos en SF / Nº registros posible ×100. Estándar 100. Objetivo 2018: 1º semestre 50 - 2º semestre: 70. Periodicidad: semestral. Indicador 2: Revisión total in situ (mayo-diciembre 2018) de 10 equipos de las UA, en 5 Áreas Funcionales distintas (total 25 Áreas). Fórmula: Nº de equipos con >4 unidades de M o PS caducados / Nº total de equipos revisados, valor de 0-1. Estándar 0. Objetivo 2018: 0,4. Periodicidad: anual.
La aplicación de un método riguroso de análisis y priorización de acciones de mejora orientadas a la mejora del control de caducidades de M y PS constituyen una estrategia eficiente para la gestión de riesgos que aumenta la seguridad del paciente.

AUTORES: Mª Victoria Hernández Jaras; I Rabanaque Vega; P Fernán Pérez; I Rico Pesquera; G Harinero Jiménez; D Risco Téllez.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 327

TÍTULO: MARCO DE RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA: DISEÑO DE UN CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

RESUMEN:
La responsabilidad social traslada a las organizaciones además del cumplimiento de las obligaciones legales, el compromiso del gobierno y gestión de las preocupaciones sociales, económicas y medioambientales que surgen de la relación y transparencia con sus grupos de interés. El desarrollo del Marco Estratégico de Promoción de la Responsabilidad Social Sociosanitaria (RSS) en la Consejería de Sanidad dispone de una línea estratégica orientada a establecer alianzas y reconocimientos para impulsar la RSS en las organizaciones sanitarias.
Elaborar una herramienta de autoevaluación de la RSS que permita reconocer la gestión socialmente responsable de las organizaciones sanitarias en beneficio de sus grupos de interés.
Planificación y despliegue del proyecto en etapas (A) diseño, (B) pilotaje e (C) implantación.
A1) Contexto: revisión de experiencias de alcance similar y selección de la herramienta a utilizar.
A2) Grupo Trabajo: 7 profesionales (ámbito directivo, gestor y técnico de Hospitales, Primaria, SUMMA 112) con amplia experiencia en RSS y conocimiento del sector.
A3) Dinámica de grupo: Asignación de tarea individual según perfil del componente y volumen de carga de análisis, revisión grupal de las versiones de trabajo y acuerdo por técnica de búsqueda de consenso.
A4) Herramienta: Cuestionario de autoevaluación estructurado en niveles: Áreas (7 Bloques clave para la valoración de la gestión global de la RSS en una organización del ámbito sanitario relacionando las partes interesadas: general, social, ambiental, económico-financiero, personas, pacientes-clientes, aliados-proveedores), Elementos (75 aspectos potencialmente descriptores de cada bloque, factibles de aplicación y medición) y Cuestiones (55 preguntas de respuesta dicotómica y/o múltiple desplegadas en 105 ítems para valorar el grado de implantación). La herramienta responde a criterios de accesibilidad (no excluyente de ninguna organización), progresividad (valora madurez en la gestión) y excelencia (identificar potenciales experiencias y buenas prácticas).
B1) Selección y test en centros (5 hospitales) valorando en un entorno habitual posibles fallos en la estructura o contenido y adecuar la versión final al objetivo.
C1) Implantación: Además de la potencial voluntariedad de uso, se incorpora a los objetivos institucionales (2018) del contrato de gestión/programa de los centros sanitarios el realizar una autoevaluación con dicha herramienta incluyendo un plan de acción derivado de su análisis.
La elaboración de un cuestionario de autoevaluación estructurado nos permite valorar el enfoque y despliegue de la gestión de la RSS en las organizaciones sanitarias. Acompañando al reconocimiento de las políticas y prácticas en RSS como estímulo, se favorece su conocimiento e implantación al integrarse en los objetivos institucionales y orientarse en la mejora continua

AUTORES: Juan Alberto Ferrandiz Santos; E Moreno Maté; A Pardo Hernández; C Navarro Royo.

CENTRO DE TRABAJO: Subdirección General Calidad Asistencial.

ID: 328

TÍTULO: SOLICITUD DE ASISTENCIA NO PRESENCIAL EN ENDOCRINOLOGÍA. EVALUACIÓN A 5 AÑOS Y SATISFACCION DE PROFESIONALES

RESUMEN:
La consulta no presencial es utilizada para acceder al consejo de la atención especializada (AE) por parte del equipo de atención primaria (AP) y surge de la necesidad de mejorar la comunicación entre ambos niveles asistenciales, situando al paciente como principal beneficiario. En marzo de 2013 se pone en marcha el gestor informático de solicitudes de asistencia en el hospital Universitario de la Ribera (Alzira, Valencia) siendo el servicio de Endocrinología piloto en su uso. Con esta herramienta se logró integrar la historia clínica electrónica del hospital con la historia clínica de AP, de manera que la información fuera compartida y que además quedara registrada la resolución en la historia clínica del paciente. Tras 5 años de funcionamiento, es necesario un estudio de la evolución de esta herramienta, su repercusión en la actividad presencial, así como conocer el grado de satisfacción de los consultantes.
El objetivo principal es demostrar los beneficios de la implantación de la interconsulta virtual en el servicio de Endocrinología del Hospital Universitario de la Ribera estudiando diversos parámetros clínicos, demográficos y asistenciales.
Además se plantea conocer la influencia de la consulta no presencial en los indicadores asistenciales de consultas externas y conocer el grado de satisfacción por parte del personal sanitario que emplea esta herramienta
Estudio observacional, descriptivo retrospectivo y abierto del total de interconsultas no presenciales realizadas al servicio de Endocrinología desde marzo del 2013 a marzo del 2018. Se analiza también la repercusión en los indicadores asistenciales de las consultas externas así como el grado de satisfacción de los usuarios mediante encuesta anónima.
Se analizan 2.639 consultas no presenciales, 18% de las totales realizadas en ese periodo. El 98 % de las interconsultas se resolvieron sin necesidad de cita en AE con un tiempo medio de resolución de 7,97 horas (1 min-106,3 h), siendo la mediana de 1,75 horas. La demora en las primeras visitas disminuye significativamente, lo que implica una mejor gestión de los recursos asistenciales presenciales.Inicialmente el motivo principal de consulta fue la patología gestacional (74%), aunque en los últimos años esta tendencia se está invirtiendo y son los médicos de AP los usuarios mayoritarios.La encuesta online refleja un elevado grado de implantación (93,2%) y satisfacción en los profesionales solicitantes (4,89/5), destacando el tiempo (4,84/5) y calidad de respuesta (4,77/5) y valor percibido que esta consulta tiene para sus pacientes (4,65/5).
La consulta no presencial sitúa al paciente como principal beneficiario (evita desplazamientos innecesarios, solicitud de permiso laboral, demoras de atención y facilita los circuitos para las demandas administrativas). Se potencia la autonomía del profesional responsable, que se traslada en un mejor manejo del paciente, y ello fomenta la integración y el trabajo en equipo entre AP y AE.

AUTORES: Elena Burdeos Palau; C Fajardo Montañana; D Cuesta Peredo; J Gomez Vela; J Perpiñan Hernandez; S Sivera Gimeno.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De La Ribera.

ID: 329

TÍTULO: LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN YA NO ES SUFICIENTE. EL VALOR DEL MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN:
Desde hace décadas utilizamos encuestas de satisfacción como herramienta de evaluación de calidad percibida. Los resultados obtenidos con las encuestas nos refuerzan en lo que hacemos bien, pero no sirven para mejorar aquellas áreas que provocan a los pacientes dolor, ansiedad, miedo o incertidumbre. En parte porque estos aspectos no se exploran en las encuestas y en parte porque los altos niveles de satisfacción dan poco margen de mejora. Para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos se utilizan técnicas de investigación cualitativa como los grupos focales, que son particularmente sensibles para el estudio de actitudes y experiencias, pero cuya explotación y sobre todo presentación de resultados puede resultar compleja, lenta y a veces poco útil. Las conclusiones de la investigación en un grupo focal se pueden presentar mediante un mapa de experiencia del paciente que refleje de forma visual en un diagrama la forma en la que el paciente se relaciona con el sistema y sobre todo como se siente
Utilizar el mapa de experiencia del paciente como herramienta de visualización de resultados de grupos focales con el fin de comprender cómo se sienten los pacientes en cada punto de contacto con la organización y utilizarlo para rediseñar y mejorar su experiencia de forma más ágil
Se seleccionó al azar un grupo de pacientes que representaba al paciente tipo del hospital para participar en un grupo focal. Se estableció el guion de la entrevista que comprendía las fases de interacción del paciente con nuestros servicios: ¿cómo y desde cuando nos conoce?, ¿cómo es la interacción con la estructura y los profesionales?, ¿cómo evalúa nuestro servicio?, ¿en qué podemos mejorar?. Durante la reunión se exploró qué es lo que espera y por qué, dudas, preocupaciones, o incertidumbres que les surgen. Con toda la información se dibujó un diagrama con los puntos de contacto del paciente en el que la parte más alta representa las emociones positivas, la media las neutras y la baja las negativas. Se dibujó la curva que muestra las emociones que siente el paciente en cada interacción y con ello quedó construido el mapa de experiencia. Dicho mapa se incluyó dentro del proceso de diseño estratégico del hospital con el fin de establecer estrategias de mejora de la experiencia del paciente
Gracias a la visión gráfica y sencilla que aporta el mapa de experiencia, su fácil realización y visualización rápida de experiencias positivas y negativas, se ha introducido de forma ágil en el proceso estratégico una línea de trabajo específica para mejorar la experiencia del paciente en aquellos aspectos que más dolor (preocupación, desinformación, incomodidad, incertidumbre) se generan en su interacción con el hospital. El mapa de experiencia se convierte así en una metodología rápida e intuitiva para agilizar los cambios

AUTORES: Ana Isabel Alguacil Pau[1]; C Escarpa Falcón[2]; C Hernandez De Los Mozos[3]; ME Pérez Castells[4]; FD Rodríguez Cabrera[5]; RM Moreno Rodríguez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico San Carlos[1, 2, 3, 4, 6]; Instituto De Salud Carlos III[5].

ID: 330

TÍTULO: RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE TRAS EL ANALISIS DE INCIDENTES DE RIESGOS. EXPERIENCIA DE DOS AÑOS.

RESUMEN:
Es conocido ampliamente que los IR notificados son del 5-7% de los que se producen. Pese a su escaso número su conocimiento y análisis permite identificar los problemas más relevantes en el proceso de atención, que pueden ser evitados a través de la implantación de acciones correctivas y preventivas.
Descripción de las medidas de mejoras recomendadas e implantadas tras el análisis de los IR notificados en los últimos dos años en un servicio de urgencias extrahospitalarias
Estudio descriptivo transversal. Comisión Clínica de Seguridad. Análisis de los IR en base a metodologías preestablecidas (análisis de casos, AMFE, grupos de discusión, entrevistas…). Identificación de los factores relacionados con los IR más prevalentes. Descripción de las medidas de mejoras recomendadas e implantadas.
Durante los año 2016 y 2017 se notificaron un total de 200 IR, de los que fueron analizados 143 (71,5%). Las herramientas de análisis más frecuentemente utilizadas fueron: Discusión de casos 54 (37,76%), revisión de historias clínicas 27 (18,88%), análisis de sistemas 21 (14,69%), entrevistas 18(12,59%), análisis causa-raíz 9(6,29%), otras herramientas 7 (4,90%), protocolo de Londres 6 (4,20%) y 5 por qué 1 (0,70%). En cuanto a los factores relacionados: gestión organizativa 36 (25,17%), dispositivos médicos/equipamientos 34 (23,78%), Medicamentos 25 (17,48%), continuidad asistencial (23 (16,08%), otros 7 (4,90%), identificación del paciente 6 (4,20%), Infraestructuras 5 (3,50%), Infección asociada a la asistencia sanitaria 2(1,40%), Valoración clínica/diagnostico 2 (1,40%), procedimientos terapéuticos 1 (0,70%), actividades preventivas 1 (0,70%) y pruebas diagnósticas 1 (0,70%).
Se elaboraron 54 recomendaciones y de ellas se han implantado xxx, habiéndose puesto en marcha por la Dirección otras medidas de forma puntual.
Se analizó un alto porcentaje de incidentes (71,5%) de los totales notificados.
Los aspectos con los que mayor relación tuvieron a la vista de lo datos fueron los relacionados con gestión organizativa (25,17%), dispositivos médicos/equipamientos (23,78%), medicaciones y vacunas (17,48%) y continuidad asistencial (16,8%), similares a otros estudios.
No se evidenciaron notificaciones de aspectos atribuidos a recursos humanos lo que nos sugiere que precisamos avanzar en cultura de seguridad.
En cuanto a las herramientas usadas, la más utilizada fue la discusión de casos, seguido de la revisión de historias clínicas y análisis de sistemas. El uso de estas herramientas es debido a la propia tipología de servicio que hace más operativo el uso la revisión de historias clínicas más que en esta revisión incluye toda la trazabilidad del acto clínico (entrada de llamada, audios, control de recursos y la propia historia clínica) ofreciendo una información muy precisa.

AUTORES: Victor Escudero Gonzalez; ML Dominguez Perez; P Fernan Perez; A Lopez-Guerrero Almansa; F Gutierrez Sanchez.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 331

TÍTULO: "LEAN" EN SEGUIMIENTO DE BAJAS: EVITAR LO INNECESARIO EN SUPERVISIÓN DE CONTINGENCIAS COMUNES

RESUMEN:
En la búsqueda de la mejora continua en la gestión de las bajas -Contingencia Común (CC)- de una mutua laboral, en un contexto de aumento del absentismo, se planteó la optimización del modelo de gestión operativa. Se detecta la necesidad de revisar los circuitos de trabajo que realizaban los profesionales de la salud. Así se identificaron multitud de "tareas desperdicio" en los procesos de gestión y circuitos establecidos.
Optimizar la eficiencia de las actuaciones sanitarias y ofrecer una mejor calidad en los procesos de gestión de la prestación de servicios.
Rediseñar el modelo de gestión identificando las tareas de no valor añadido (TNVA) que los profesionales sanitarios realizan en su operativa diaria.
Mapear las tareas que pueden ser trasmitidas a otros colectivos, aumentando así su implicación en el proceso.
Estudio observacional en el puesto de trabajo de una muestra de centros de ámbito nacional (Prueba piloto).
Se emplearon distintas herramientas procedentes de la metodología de Lean Management: registro de actividad, diagrama de flujo de valor, definición de tiempos de ciclo. Mediante la observación in situ se consiguió detectar tareas que no generan valor. Durante la fase observacional se realizaron algunos cambios de circuitos e eliminación de tareas, y acciones informativas a estos colectivos.
Se calcula el Coeficiente de eficiencia del proceso (CEP) que expresa la relación entre la duración de las tareas que añaden valor y el tiempo total.
Se detectaron 24 tareas de no valor añadido a eliminar en el colectivo médico. Se traspasaron a los administrativos con éxito 4 tareas no sanitarias de valor añadido para el proceso, detectadas en la fase preliminar del piloto. Esto comportó una mayor resolución de incidencias por parte del personal administrativo, evidenciándose una mejora en la colaboración del paciente que redujo los contactos para resolución de dudas entre citas. Se observó también una disminución importante de las interrupciones al colectivo médico que comportó un aumento del tiempo disponible y de la actividad médica.
Para incrementar el tiempo disponible en el colectivo médico, es imprescindible la eliminación de tareas de NVA. Fue decisiva la participación de la totalidad del personal del centro. Un punto importante fue el establecimiento de criterios claros apoyados en criterios específicos, reduciendo la variabilidad entre profesionales. El traspaso de tareas de médicos a administrativos no supuso un incremento en las cargas de trabajo del colectivo administrativo.
Si bien en la observación in situ, no constató la eliminación de todas las tareas de NVA, sí que se produjo una mayor disponibilidad de tiempo en los profesionales sanitarios lo que permitió un aumento de las actividades de valor añadido en dichos colectivos.

AUTORES: Maria Dolores Vila Alsina; F De La Torre Monguio; R Porta Casajuana; S Gonzales Gayoso; A Valverde Rute; M Redondo Hernandez.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 332

TÍTULO: IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO EN EL USO DE LA FIBRINOLISIS PREHOSPITALARIA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

RESUMEN:
Más del 85% de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) presentan oclusión trombótica de una arteria coronaria epicárdica. El restablecimiento del flujo en las primeras 12 horas de evolución de síntomas, ha demostrado beneficio claro en la reducción de la morbi-mortalidad a corto y largo plazo, mayor cuanto antes se restablezca. Los métodos de reperfusión son: mecánica con intervencionismo coronario percutáneo (angioplastia primaria, ACTP) y farmacológica con fibrinolíticos (fibrinolisis). Según los estudios ACTP consigue mayor tasa de reperfusión, menos reoclusión, mejor función ventricular y mejores resultados clínicos. Sin embargo la fibrinólisis al aplicarse de forma prehospitalaria supone ahorro de tiempo, muy importante según la situación. Así, ninguna de ambas estrategias es la óptima para todas las situaciones, debe individualizarse la elección según riesgo, retraso y disponibilidad.
En varias Comunidades Autónomas se ha implantado el Código Infarto (CI), protocolo clínico consensuado que establece criterios claros para la elección de estrategia de reperfusión.
Describir el impacto en la prescripción de fibrinolisis prehospitalaria tras la implantación del CI en una Comunidad Autónoma.
Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Ámbito: Servicio de Urgencias Extrahospitalario de una Comunidad Autónoma. Periodo de estudio 2007-2017.
Criterios de elección de la estrategia de reperfusión: antes del CI basada en bibliografía y guías de práctica clínica, nacionales e internacionales. En 2013 se implanta plenamente el CI que establece criterios claros de elección en el medio prehospitalario.
A partir de datos sobre órdenes médicas de dispensación del fibrinolítico (tenecteplasa, TNK) disponibles en el Servicio de Farmacia, esto es, pacientes fibrinolisados. Se analiza la evolución cuantitativa de la fibrinolisis prehospitalaria. Se relaciona con el tipo de UVI-Móvil, según distancia de ésta a un hospital con ACTP.
La evolución cuantitativa de pacientes fibrinolisados de 2007 a 2017 fue: 86, 42, 36, 21, 17, 10, 15, 27, 53, 59 y 71. Muestra máximo uso al incluir el TNK en la Guía Farmacoterapéutica, para ir cayendo a favor de la ACTP, consecuencia de la aplicación de criterios de uso en los que predominan los beneficios clínicos de ésta frente a los de tiempo hasta reperfusión. Llega al mínimo en 2012, para ir aumentando paulatinamente y estabilizarse en 2016 y 2017.
El uso según el tipo de UVI-móvil, hasta 2012 es mayoritario en las más alejadas de hospital con ACTP, a partir de 2013 la distribución cambia. El CI deja claro que en el criterio tiempo hasta ACTP, no solo prima el tiempo de traslado, sino globalmente tiempo desde inicio de síntomas hasta realizar ACTP.
La implementación de una estrategia de organización y abordaje integral para la aplicación precoz de las estrategias de reperfusión mejora la calidad y la eficiencia de la atención al paciente con IAMEST.

AUTORES: Mª Victoria Hernández Jaras; C Polo Portes; C Gallardo Mayta; LM Puertas Calleja; M García Lázaro; A Jiménez Calvo.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 333

TÍTULO: ANÁLISIS DE TÉCNICAS DIDÁCTICAS EN ACTIVIDADES FORMATIVAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

RESUMEN:
Las técnicas didácticas son "pautas de actuación y procedimientos concretos que se pueden utilizar para el desarrollo de actividades de aprendizaje". Las técnicas didácticas pueden dar respuesta a cuatro metodologías: expositivas, interrogativas, demostrativas y por descubrimiento.
La selección de las técnicas didácticas en cada actividad formativa dependerá de variables como los objetivos de aprendizajes planteados, tamaño y características del grupo/alumnado, recursos disponibles, etc.
La "práctica clínica" se entiende como la actividad sanitaria realizada de manera directa con los pacientes y/o usuarios.
En la evaluación de la calidad del diseño de actividades de formación continuada se incluyen estándares que valoran las técnicas didácticas empleadas.
El objetivo del estudio es analizar las técnicas didácticas empleadas en las actividades formativas sobre "práctica clínica" evaluadas en nuestra comunidad autónoma.
Análisis observacional descriptivo.
Población: Actividades sobre práctica clínica evaluadas por el modelo de acreditación de la formación continuada.
Periodo de estudio: 1 Enero 2014 – 31 Diciembre 2017
Fuente de datos: Aplicación informática Mejora F, que da soporte al proceso de acreditación de la formación continuada en nuestra comunidad autónoma.
La variable estudiada es el índice de cumplimiento de estándares asociados al uso de técnicas didácticas.
Durante el periodo estudiado se han evaluado un total de 3341 actividades, de las cuales 2381 correspondían con la temática "Práctica Clínica".
Índice de cumplimiento del estándar:
- "La acción formativa está diseñada con una metodología acorde con los objetivos de aprendizaje propuestos y coherente con la organización y logística": 100%
- "Las técnicas didácticas empleadas en la acción formativa implican el uso de recursos que permiten la participación e interacción entre los alumnos y/o entre los alumnos y los docentes": 94,1%.
- "La acción formativa se desarrolla con el empleo de técnicas en contexto simulado": 16,6%
- "La acción formativa se desarrolla con el empleo de técnicas cercanas a la realidad o en contexto real": 0,7%.

La mayoría de las actividades formativas emplean técnicas didácticas correspondientes a métodos expositivos (100% de actividades) e interrogativos (94,1% de actividades).
El propio carácter de la formación clasificada como "Práctica Clínica", debería utilizar técnicas didácticas que permitan acercar el desarrollo de las actividades formativas a la práctica profesional. En este sentido, es recomendable, la incorporación de técnicas didácticas que simulen el contexto real o incluso se desarrollen en el propio contexto real.

AUTORES: Francisco Javier Muñoz Castro; E Valverde Gambero; JM Turiño Gallego; L Villanueva Guerrero; M Carmona Hormigo; M Herrera Usagre.

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

ID: 336

TÍTULO: DISEÑO DE LA ADMISIÓN SEGURA DE PACIENTES EN UN CENTRO HOSPITALARIO

RESUMEN: Dentro del plan estratégico 2016-2018 se definió la línea estratégica 02: Desarrollo del modelo de atención orientada a la ciudadanía (atención centrada en la persona), y dentro de esta línea se marco como objetivo estratégico el diseño, la implantación, el seguimiento y la evaluación de la gestión por procesos.
Dentro del grupo de trabajo del proceso de Hospitalización y para garantizar la calidad en la atención sanitaria lo primero era trabajar las dimensiones de accesibilidad y seguridad, por lo que nos pusimos a diseñar el proceso de admisión: gestión de pacientes.
General:

- Garantizar la admisión segura del paciente en un centro hospitalario

Específicos:

- Diseñar el mapa de proceso en el área de gestión de pacientes.
- Diseñar el flujograma.
- Planificar estrategia de cambio en la implantación.
- Garantizar la seguridad en la identificación inequívoca del paciente en el momento de la admisión

Se creó un grupo de trabajo seleccionando a sus miembros intentando que estuvieran representados todas las áreas y profesionales implicados en este proceso.
En la primera reunión del grupo se definió la situación actual del proceso y se buscaron fuentes de referencia de otros centros, donde ya estaba implantado la gestión por procesos.
Realizamos una búsqueda bibliográfica y de normativa en gestores documentales.
Se han revisado y actualizado todos los procedimientos del área de gestión de pacientes y se han creado de nuevos, que nos ayudaran y nos daran soporte al proceso.
Se diseñaron todas las acciones y actividades necesarias para la difusión y la formación del personal implicado.
La gestión del cambio se hizo informando a todos los profesionales mediante la difusión del proceso y del flujograma, y planificando un plan de formación al personal implicado en el proceso en base a los procedimientos.
Después de la formación y la difusión se implantó el proceso en una prueba piloto en la que controlamos los indicadores de proceso
Resultados:

- Diseño del mapa y flujograma del proceso de admisión hospitalización.
- Procedimientos, documentos actualizados.
- Plan de formación: todo el personal admisión
- Indicadores: cuadro de resultados

Conclusiones: El diseñar el mapa del proceso nos ha permitido identificar todas los actividades y acciones necesarias para asegurar la identificación inequívoca del paciente para la correcta admisión. Admisión de hospitalización es el centro de operaciones, que constituye el primer paso para la identificación inequívoca del paciente. Nos ha obligado a elaborar y actualizar los procedimientos de gestión de pacientes y optimizar los circuitos diseñados para la correcta identificación y admisión de los pacientes en el centro. Nos ha permitido ordenar la gestión del ingreso sea cual sea la vía de entrada. Nos ha ayudado a definir un cuadro de mandos con unos indicadores que nos dan unos resultados de proceso, con los que podemos planificar acciones de mejora.

AUTORES: Juan Carlos Roca Gil; MP Barberan Oliet; O Hernandez Villen; R Reig Puigbertran; J Canals Tarrida; L Gimenez Vera.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Joan XXIII.

ID: 337

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN

RESUMEN:
Nota sobre los Autores
Elena Rodríguez-Casaú(1), Arantzazu Miner(1), Irene Lomba, María de la Cruz, Thierry Bardinet(2), Ismael Buño(2)
(1) ER-C y AM, primer autor por idéntica contribución
(2)TB e IB, último autor por idéntica contribución
Justificación
El Instituto de investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM) obtuvo la renovación de la acreditación como Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) en febrero de 2017. La Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón (FIBHGM), como órgano gestor del IiSGM, realiza la gestión de proyectos y todos los procesos de soporte (compras, gestión económica…). El proceso de investigación del IiSGM está soportado por un conjunto de infraestructuras dedicadas a la investigación e incluidas dentro de la propia organización hospitalaria. Dentro de estas estructuras se encuentran los Servicios de Apoyo a la Investigación (SAI), algunos de los cuales ya se encontraban certificados bajo la norma ISO 9001:2015.
Esta situación ponía de manifiesto la oportunidad de implantar un sistema integral de gestión de calidad en el IiSGM.
Implantar un sistema de gestión integral de la calidad en el IiSGM y su posterior certificación bajo la norma ISO 9001:2015.
La principal complejidad residía en definir el alcance del sistema de gestión y su magnitud, al abarcar un gran número de procesos y personas. Por este motivo, en un principio se consideró incluir la gestión del servicio de todos los SAI que faltaban por certificarse y la gestión de proyectos.
Conforme se avanzaba en el proyecto, debido a la dificultad experimentada para definir el encaje con otros requisitos como los de la acreditación del ISCIII, quedaba patente que este alcance no era completo, y se introdujo el proceso de la Gestión Científica del IiSGM, englobando los procesos de gestión y evaluación de grupos, formación de investigadores y relaciones institucionales.
La mayor parte de la documentación se ha elaborado con diagramas de flujo para facilitar su lectura y seguimiento.
Diversos documentos y puntos de la norma se han centralizado desde la FIBHGM y son comunes a todos los SAI, como la evaluación de la satisfacción de las partes interesadas. Sin embargo, dado que desde un punto de vista de procesos operativos se puede considerar a los SAI como pequeños sistemas de gestión de calidad, otros requisitos de norma se encuentran descentralizados como, por ejemplo, la Revisión por la Dirección.
Una vez implantado el sistema de gestión integral de la calidad del IiSGM, las auditorias tuvieron lugar los días 16 y 25 de mayo, y su informe favorable no identifica ninguna no conformidad.
El IiSGM es el primer Instituto de Investigación Sanitaria en el ámbito nacional que tiene un sistema de gestión integral de calidad implantado y certificado bajo la norma ISO 9001:2015

AUTORES: Elena Rodríguez Casaú; A Miner Vélez[2]; I Lomba Iriarte; M De La Cruz Arguedas; T Bardinet; I Buño Borde.

CENTRO DE TRABAJO: IiSGM (Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón).

ID: 338

TÍTULO: PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

RESUMEN:
La caries dental es una enfermedad muy común. Puede padecerse a cualquier edad, pero tiene más incidencia en edades tempranas.
Está ocasionada por el acúmulo de placa bacteriana en la cavidad bucal, que contiene bacterias y ácidos que dañan la dentición. Afecta a nivel estético, funcional, produce infecciones, causa dolor y repercute en la economía familiar.
Revisados 957 pacientes de Odontología Pediátrica (año 2017), un 11,5% acuden por caries.
La prevención es fundamental para disminuir su prevalencia. La visita al odontólogo de forma periódica desde edades tempranas es necesaria, y también la educación sanitaria. Hábitos de higiene y alimentación correctos desde la infancia repercuten favorablemente.
Está demostrado que el medio audiovisual en el ámbito de la educación aumenta la comprensión y la atención de la persona al introducir mayor cantidad de estímulos. Se plantea utilizar este medio como herramienta realizando dos audiovisuales, uno de ellos en formato adaptado a niños, además de los recursos documentales ya implantados.
- Evaluar los conocimientos de los padres de pacientes atendidos en la consulta de odontología pediátrica sobre medidas de prevención de la caries antes y después de una intervención educativa (recursos documentales y audiovisuales) en el Hospital Universitari General de Catalunya.
Población de estudio: Menores de 16 años que acuden a una primera consulta de Odontología Pediátrica en el periodo de un año.
Procedimiento: Antes de la visita, en la sala de espera, tras explicarles el estudio y solicitar su participación y firmar un consentimiento informado, se les facilitará a los padres un cuestionario para averiguar conocimientos sobre hábitos higiénicos y dietéticos relacionados con la caries, además de recoger información sobre otros factores que influyen en su aparición.
Una vez cumplimentado y ya en la consulta, se les hará entrega de los recursos documentales (HGC 10.3-GM8-IT8-A2-Cuidado dental en niños. Cepillado HGC 10.3-GM8-IT8-A1-Prevención caries primera infancia) y los enlaces audiovisuales: ¿Qué es la caries? y Prevención de la caries en la infancia.
Tras la visita, como ya se les habrá informado previamente, deberán cumplimentar el mismo cuestionario. Se les facilitará para ello la posibilidad de que lo hagan online o en papel. Compararemos los resultados de ambos cuestionarios, de forma que podamos valorar de forma objetiva si ha habido cambios en cuanto a los conocimientos.
Con los datos recogidos evaluaremos la utilidad de los recursos disponibles en cuanto a la mejora de los conocimientos de los pacientes sobre hábitos que incluyen en la aparición de la caries dental.

AUTORES: Mª Angela Ramos Tallada; M Lamela Piqueras; M Granados Plaza; E Concha Leon; F Amoros Baixauli; M Insense Cortinas.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari General de Catalunya.

ID: 339

TÍTULO: INTERRUPCIONES EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: PROTOCOLO PARA SU GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN: Las interrupciones en las consultas de Atención Primaria (AP) son causa conocida e importante de distracciones que implican riesgo para la seguridad del paciente (SP). La Estrategia de SP de la CCAA recoge como objetivo para AP un análisis de las interrupciones y la implantación de un protocolozado de gestión de interrupciones en cada Centro de Salud (CS)

General

- Implantar un protocolo para la gestión de las interrupciones en los CS que mejore la SP

Específicos

- Describir tipo, origen y motivos de las interrupciones
- Analizar sus causas
- Seleccionar acciones de mejora
- Implantar un protocolo que incluya recomendaciones para su gestión

Se forman 2 grupos multiprofesionales y realizan 2 sesiones de trabajo

- Sesión 1. Reflexión individual sobre interrupciones recibidas/realizadas y consecuencias; puesta en común; técnica de grupo nominal; agrupación por tipo, origen y causa.
- Sesión 2. Selección de causas abordables, priorización de acciones de mejora

Se graban en audio para transcripción y análisis de contenido con OpenCode para procesamiento del texto.

Con las acciones seleccionadas se elabora una recomendación de seguridad generalizable en forma de protocolo para su implantación en todos los CS: se presenta en 7 reuniones, una por Dirección Asistencial (DA) a los responsables de SP de los 262 CS; se propone realizar una reversión por CS para selección de las acciones del protocolo que mejor se adapten a la situación particular de cada CS; cada responsable de SP remite su propio plan de acción con cronograma y responsables de implantación

Descripción interrupciones

- Tipo. 59% presenciales, 34% telefónicas, 7% otras (ruido, incidencias informáticas)
- Origen. Sanitarios: 44%, administrativos: 15%, pacientes: 15%
- Motivos. 28% problemas organizativos; 11% dudas clínicas, 11% falta de material. Sólo el 3% obedecen a urgencias

Causas

- Formación/entrenamiento: desconocimiento de protocolos y circuitos
- Individuales: falta de sensibilización y colaboración entre estamentos, dudas clínicas demorables
- Equipo: falta de reuniones, de coordinación médico-enfermera, no respeto a circuitos
- Tarea: falta de protocolos, de procedimiento de gestión de llamadas, de derivación entre profesionales
- Comunicación: infrautilización de comunicación interna, mala gestión de avisos y urgencias
- Equipamiento: gestión y reparto de material, mantenimiento informático.
- Organizativos: gestión de agendas, de pacientes sin cita/urgentes, de llamadas, localización profesionales
- Pacientes: sensibilización, desconocimiento del funcionamiento del CS

Acciones de mejora. Se seleccionan 35 acciones agrupadas en 3 ámbitos:

- Formación y organización de los profesionales: 17
- Información a los pacientes: 8
- Gestión de recursos y equipamientos: 10

Implantación

A lo largo del año el 85% de los CS de la Gerencia (185 de 262) han adaptado el protocolo a su situación e implantado diversas acciones para gestionar las interrupciones en consulta y mejorar la SP

AUTORES: Mª Dolores Martínez Patiño; G Garzón González; M Drake Canela; A Cañada Dorado; C Jiménez Domínguez; I Mediavilla Herrera.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

ID: 340

TÍTULO: USO DE ESCALAS CLÍNICAS EN LA URGENCIA PARA DISMINUIR EL ERROR EN RADIOLOGÍA

RESUMEN:
Los errores en medicina existen y estan documentados desde hace muchos años. La especialidad de radiología no es ajena a este problema médico. Los errores en radiología pueden variar entre un 2-20% dependiendo los estudios.
Uno de los problemas más frecuentes y que más frustación crean en el radiológo son las interrupciones durante la elaboración de un informe que dependiendo del tipo de informe puede llegar a 30 minutos. Estas interrupciones pueden condicionar erroes de atención o percepción así como 'burn out'.
Los datos clínicos aportados a los radiólogos para la interpretación posterior de las pruebas diagnósticas mejora la interpretación de los estudios. El problema radica en que muchas veces el médico peticionario desconoce los datos clínicos que realmente interesan a los radiólogos
Además, en todos los servicios de urgencia el llamar a radiologia para pedir una exploración condiciona una pérdida de tiempo y cierto 'estrés' por si no aceptan la petición.
El objetivo principal es disminuir las llamadas desde el Servicio de Urgencias al de Radiología para una serie de patología prevalente para disminuir las posibilidades de error diagnóstico en radiología.
Se acuerda con el servicio de Urgencias la no necesidad de llamar a Radiologia para pedir:

- ecografía por sospecha de Apendicitis, para ello hay que calcular la escala de Alvarado
- ecografía por sospecha de trombosis venosa profunsa, se utiliza la escala de Wells
- TC de cráneo para cefaleas, posibles ICTUS o traumatismos craneoencefálicos pactando unos datos clínicos obligatorios.
- Disminución de las llamadas al busca de Radiologia de forma significativa.
- Mejora de los datos clínicos aportados al radiólogo

AUTORES: Félix Guerra Gutiérrez; L Rubio Cirilo; L Alfaro Cadenas; P Gallego Gómez; C Cárcamo Flores; J Silva Coya.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Villalba.

ID: 341

TÍTULO: INCIDENTES ASOCIADOS AL USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD. ¿ERRORES TÉCNICOS O HUMANOS?

RESUMEN:
Las tecnologías de la información y comunicación sanitaria (TIC) han contribuido a mejorar la calidad y la seguridad del paciente. Suponen auténticos motores de cambio y mecanismos de control dentro de las organizaciones sanitarias. Su uso minimiza errores, facilita la trazabilidad, permiten la coordinación de procesos y entre ámbitos asistenciales y ayudan a mejorar los resultados en salud. Sin embargo, su utilización entraña riesgos. Los errores asociados al uso de TIC, según clasificación de Magradi et al., pueden tener un origen humano o técnico.
Analizar los incidentes relacionados con el uso de las TIC comunicados a un Sistema de notificación de incidentes de una comunidad autónoma con vistas a identificar fuentes de riesgos.
Estudio descriptivo. Periodo de estudio: jun 2016-may 2018. Unidad de estudio: Incidentes notificados por profesionales. Fuente de datos: Sistema de notificación autonómico de carácter voluntario, anónimo, confidencial y no punitivo. Variables: ámbito asistencial, dispositivo de notificación, tipo de incidente, daño para el paciente, gravedad, probabilidad de que ocurra de nuevo, nivel de riesgo, origen del error y tipo y subtipo de error. Análisis: univariante por distribución de frecuencias.
Se han notificado 139 incidentes relacionados con TIC (1,7% de total de incidentes notificados). El 46% proviene de atención primaria y el 52,5 % de hospitalaria. El 18,7% se ha notificado vía aplicación móvil y el 81,2% vía web. Los incidentes más frecuentes se relacionan con procesos clínicos/asistenciales (30,2%), con documentación (23,7%), con procesos administrativos (21,5%) y con medicación (19,4%). El 81,2% no causa o causa daño leve al paciente. No obstante, el 43,1% de los incidentes se consideró con una gravedad importante-catastrófica en el caso que hubiera llegado al paciente y el 35,2% se plantea probable-casi seguro que volviera a ocurrir. Teniendo en cuenta estas dos últimas variables, el 70,5% de los incidentes posee un nivel de riesgo alto-muy alto para los notificantes.
El 61,8% de los incidentes se producen por errores de entrada/salida de información y el 38,1% por problemas con el hardware/sofware. De los primeros, el 66,3% tienen origen del error humano, mientras que el 33,7% posee origen del error técnico. Los segundos se consideran todos error técnico. Por otro lado, de los 82 incidentes que tienen un origen técnico la mayoría se debe a problemas de software (42,7%) o a salidas erróneas de la información (21,9%) y de los 57 errores humanos, casi todos se debieron a una recuperación errónea de la información (93,0%). En el 31,6% de los incidentes se ha incluido una acción de mejora fruto del análisis realizado
Aunque la mayoría de los incidentes relacionados con el uso de TIC no provocan daños relevantes a los pacientes, su nivel de riesgo es elevado. Por tanto, es necesario un análisis exhaustivo de las causas que los provocan para incorporar barreras tecnológicas y/o humanas que disminuyan su aparición.

AUTORES: Pastora Pérez-Pérez[1]; R Ortíz González-Serna[2]; V Santana-López[3].

CENTRO DE TRABAJO: Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía[1, 3]; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía[2].

ID: 342

TÍTULO: SALUD DIGITAL: POTENCIAR Y GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD AL PORTAL DE LA MEVA SALUT EN EL PROCESO ONCOLÓGICO

RESUMEN:
El Plan de salud de Cataluña 2016-2020 incorpora una línea estratégica sobre TIC: salud digital dar respuesta al paciente. Desde el Servicio de Oncología radioterápica de ICO Girona hemos planteado incorporarla en nuestro proceso asistencial. Esto permitirá dar un cambio en la relación entre los pacientes y los profesionales utilizando para ello la carpeta personal de salud -La MevaSalut. Esto permitirá mejorar la accesibilidad del paciente al Servicio de oncología radioterápica y a su información médica del proceso oncológico.
Mejorar la accesibilidad de la información médica del paciente del servicio de oncología radioterápica al proceso oncológico, que sea conocedor de como acceder a sus información clínica disponible en su carpeta de salud.
Potencial la utilización del acceso por parte del paciente a la carpeta "meva salut"dando la información necesaria para llevarlo a cabo y desde la atención especializada. En primer lugar se ha realizado formación de los profesionales implicados por parte del departamento de salud del aplicativo "la meva salut'. Se han definido a las personas que realizarán las altas en la carpeta la meva salut y se ha solicitado el acceso el módulo de asignación de credenciales(MAC) del departamento de salud.
Una vez preparados los profesionales, se seleccionó el grupo de pacientes de interés y se definió la información que necesitaban tanto para el proceso de alta como para la utilización de la carpeta. Se incluyó el tríptico "la meva salut" en la guía de acogida del paciente, explicación al paciente desde el momento que se admite en el hospital la recibidos por la TCAI, en la consulta medica y de enfermería. Además de Información audiovisual sobre "la meva salut" en las diferentes salas de espera.
Finalmente se definieron de los indicadores. Número de pacientes que se los ofrece, Número de pacientes que se dan de alta a la plataforma, Número de pacientes que lo han utilizado.
Desde marzo de 2018, los pacientes con acceso a internet y que dispongan de mail se les presenta la meva salut y se les guía en el proceso de alta. Un 63.93 % de los pacientes se ha acreditado.
Permite el acceso a todos los informes de primera visita y al informe del tratamiento de radioterapia así como a cualquier informe solicitado por el paciente sin necesidad de atención al paciente sin presencia física.
Acceso a su plan de medicación y citación.
Dicha acción ha mejorado el conocimiento de la plataforma "la mevasalut" por parte de los profesionales y potenciarla desde el servicio de oncología radioterápica.
Es uno de los proyectos pioneros en potenciar el uso de la meva salut desde la atención especializada.
Mejora la accesibilidad del paciente al Servicio de oncología radioterápica y a su información médica del proceso oncológico.
Aumenta la participación del paciente en la toma de decisiones y permite el empoderamiento del paciente dentro del proceso oncológico.

AUTORES: Arantxa Eraso Urien; A Velasco Gonzalez; G Trias Guardia; A Rosello Serrano; I Brao Perez.

CENTRO DE TRABAJO: ICO Girona.

ID: 343

TÍTULO: PROYECTO PARA MEJORAR LA SATISFACCION DEL EMPLEADO EN UN HOSPITAL

RESUMEN:
En las administraciones públicas muchas veces es complicado poder realizar acciones que aumenten la satisfaccion del empleado, debido a las restricciones en la política de remuneraciones, ascensos y otro tipo de gratificaciones.
Por ello se pensó en alguna estrategia para poder tratar ese problema presente en nuestro día a día, pues el empleado se siente en ocasiones ignorado por las organizaciones en sus reivindaciones y en sus necesidades tanto de conciliación de vida laboral y familiar como en sus expectativas laborales.
Encontrar maneras de incentivar a los trabajadores y hacerlos mas partícipes de su organización
Aumentar la satisfacción de los empleados enfocándose a asuntos de conciliación, reconocimiento o motivación
Conocer el clima laboral de la organización para poder abordar nuevas estrategias de actuación
Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar para abordar posibles acciones que pudieran hacer mas atractivo para el trabajador su asistencia al trabajo, les hicieran sentir valorados por la organización e identificara sus necesidades y expectativas con respecto a su vida laboral
De la formación de este grupo de trabajo se han elaborado 5 proyectos, que se están llevando a cabo en la actualidad.
Los proyectos son:

1. Elaboración de encuesta de clima laboral
2. Conoce qué hace....
3. Desayuno con el gerente
4. Compartir coche para venir a trabajar
5. Días sin cole
6. Tablón de anuncios

De esos proyectos saldrán nuevas propuestas para lograr que el trabajador encuentre maneras de aumentar sus incentivos tanto de desarrollo profesional como personal al trabajar en nuestra organización.

AUTORES: Maria Mar Bedoya Cañeque; E Vacas Tapia; GM Pastor Garcia; MA Hidalgo Toribio; C Lorenzo Garcia; M Calvo Saez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Clinico San Carlos.

ID: 344

TÍTULO: IMPACTO DE LA ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE INDICADORES DE HIGIENE DE MANOS Y CONSUMO DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS.

RESUMEN:
La estrategia multimodal de la OMS sobre la puesta en marcha del programa de mejora del cumplimiento de higiene de manos (HM) pretende reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).Nuestro estudio está enmarcado en el componente de evaluación y retroalimentación de dicha estrategia. Entre los indicadores clásicos de evaluación está el consumo de soluciones hidroalcohólicas (CSHA) y las observaciones del cumplimiento de HM (OCHM).
Conocer la tendencia en los indicadores CSHA y OCHM en seis unidades críticas de nuestro hospital a lo largo de dos años, en los que se ha llevado a cabo la implementación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la HM.
Estudio observacional transversal en el que se realizan dos estudios de observación de HM comprendidos en el periodo 2014-2018, para calcular el grado de adherencia a HM en las siguientes unidades: las dos UVIs generales, UVI pediátrica, Neonatología, Coronarias y Hematología.
Entre ambos estudios se ha realizado la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la HM que consiste en cambio de sistema, formación y aprendizaje, evaluación y retroalimentación, recordatorios en el lugar de trabajo y clima institucional de seguridad.
Además se ha medido el consumo de soluciones hidroalcohólicas (SHA /dia-estancia) como indicador indirecto.
En los servicios de medicina intensiva se ha mejorado sensiblemente el cumplimiento de HM alcanzándose en torno a un 66% de cumplimiento en el segundo estudio, destacando el aumento en UVI pediátrica.
En las unidades de neonatología, hematología y coronarias se alcanzan valores en el segundo estudio en torno al 76%, destacando la mejoría de hematología que duplica su grado de cumplimiento.
En cuanto al CSHA todas las unidades observadas aumentan claramente su consumo en el periodo 2015- 2017. Pero hay que destacar el aumento en las dos UVIs generales que multiplican su consumo en el año 2017 superando los 110 ml/dia de estancia.
Conclusión:
En todos los estudios se ha aumentado claramente el grado de adherencia a la higiene de manos, presentando un aumento menor las dos UVIs generales y la pediátrica frente a las otras unidades estudiadas.
El CSHA también ha aumentado claramente en todas las unidades pero de una forma mucho más marcada en las dos UVIs generales, algo que no se correlaciona con los resultados del indicador de adherencia a HM.

AUTORES: Alberto Pose Arufe; V Arroyo Nebreda; V Quirós González; M Jiménez Rodríguez; A Haro Pérez; P Rodríguez Pérez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

ID: 345

TÍTULO: DOCUMENTACIÓN MÍNIMA EN TRASLADOS DE EMERGENCIA

RESUMEN:
En los centros de atención primaria de nuestra organización, dedicados a la atención de accidentes laborales, es poco habitual la atención a emergencias. En la revisión de casos se observó la dificultad de elaborar la documentación adecuada de transfer a otros centros cuando se trata de emergencias.Ciertos estudios demuestran que entre el 70% y 80% de los efectos adversos que sufre un paciente están relacionadas con fallos en la comunicación del personal sanitario, por lo que es muy importante conseguir una transferencia eficaz de información con una estructura concreta.
Se trata de elaborar una propuesta de hoja de atención urgente donde queden registradas las acciones realizadas de los sanitarios de Mc Mutual.
Se trata de la creación de un documento sencillo y sucinto, en el que de forma rápida, puedan visualizarse las acciones realizadas en una atención urgente en nuestros centros.
Como requisito debe ser de cumplimentación ágil, con breve registro de anamnesis y actuación ante un accidentado, y que permita que el centro receptor sepa las actuaciones esenciales que se conocen y se le han practicado.
Este formulario ayudaría a documentar los casos de emergencia derivados desde cualquier centro de Mc Mutual a un centro hospitalario, tanto propio como ajeno.
Para llevar a cabo el estudio estadístico descriptivo, se revisó la historia clínica catalogada como GRAVE y MUY GRAVE desde el 01/01/2015 al 15/03/2018 de los trabajadores visitados en la zona central y litoral de Catalunya.
Se han contabilizado los pacientes que debido a la gravedad de su patología, los médicos han decidido derivar a Hospitales, realizando un estudio descriptivo retrospectivo de esta actividad.
En cada expediente se ha revisado el diagnóstico y si fue derivado por el médico en la primera visita desde un centro de Mc Mutual. Se revisó el uso del documento de derivación habitual que se utiliza en la atención de visitas urgentes.
Todos los casos revisados que han requerido traslado hacia un centro hospitalario, estaban correctamente identificados por la Anamnesis médica y de enfermería en los registros creados en el programa de gestión clínica utilizado habitualmente. También constaban los antecedentes, la medicación administrada y el motivo de la emergencia, además de explicar las características del traslado: modo de traslado y centro que atenderá al accidentado.
En ninguno de los casos se utilizó documento de derivación que fuera trasladado al centro receptor.
En el periodo estudiado se ha contabilizado la demanda de traslados a Hospitales y se ha constatado la necesidad de cumplimentar una hoja de urgencias que acompañe al trabajador cuando es derivado. Por lo que se diseña un documento de atención urgente, que se muestra,
Una vez implantada este documento se realizará un registro y seguimiento a lo largo del tiempo para valorar el impacto y su uso. Se revisa su incorporación al sistema informático.

AUTORES: Marta Guila Mercader; E Eroles Perez.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 346

TÍTULO: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN ATENCIÓN INTEGRADA: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN MAPA DE INDICADORES

RESUMEN:
Existe evidencia de que las intervenciones orientadas hacia una atención integrada y centrada en la persona han demostrado ser eficientes y efectivas. Esto, junto al envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas, ha llevado a diferentes organizaciones a implantar modelos de atención basados en modelos de cronicidad y atención integrada.
Evaluar el impacto de iniciativas que incluye diferentes intervenciones, con una secuencia temporal variable, y en una población que a su vez es influida por políticas sanitarias, o por factores relativos al contexto, representa un reto. Existe por tanto la necesidad de tener instrumentos que faciliten la evaluación de resultados de iniciativas orientadas hacia la atención integrada.
Establecer un mapa de indicadores de atención integrada que permita evaluar el impacto de iniciativas con esta orientación en cualquier territorio.
Validar su aplicabilidad en un territorio.
Establecer mejoras tanto en el instrumento como en el conjunto del proceso evaluativo.
Ámbito de Estudio: El territorio en el que se desarrolla nuestro trabajo cuenta con una población de 176.000 habitantes, incluyendo un hospital, 20 Centros de Salud y 45 Residencias sociosanitarias, entre los que han sido implantadas iniciativas para lograr una mayor integración sanitaria y social.
Marco conceptual de Referencias: Se ha utilizado como referencia el marco de la Triple Aim.
Actividades: 1) Selección de Indicadores entre los existentes actualmente en la Comunidad. 2) Priorización por criterios. 3) Construcción del mapa inicial de indicadores 4) Validación y Análisis de los datos de los indicadores seleccionados comparando los mismos antes y después de la aplicación de la mayoría de las intervenciones (comparando los datos de 2012 y 2016). Se muestran datos globales de toda la población de referencia, datos de la población que vive en residencias de ancianos, y datos de la población de pacientes de alto riesgo. Se comparan tanto con su evolutivo como con los mismos datos de referencia de la Comunidad 5) Definición final del Mapa de indicadores
Se ha construido un mapa de indicadores que incluye 32 indicadores agrupados en los dominios de la Quadruple Aim. La estructura incluye: título, fórmula, fuente de datos, año del dato, población de referencia y aclaraciones.
La implantación en el territorio de estudio ha mostrado su aplicabilidad y mejoras estadísticamente significativas ($p< 0,0001$) y en comparación con datos de referencia, en 28 indicadores (coberturas, resultados en salud, actividad, estancias medias, experiencia del paciente y experiencia profesional). Durante el proceso de validación se eliminó un indicador y fue preciso delimitar claramente la forma de obtención de los datos de cara a su comparabilidad.
Conclusiones: El Mapa de Indicadores obtenido permite la aplicabilidad en diferentes territorios, facilitando la comparabilidad y la mejora y promoviendo la orientación hacia una atención integrada.

AUTORES: Ana Miquel Gomez[1]; AI Gonzalez Gonzalez[2]; E Bartolome Benito[3]; C Plaza Nohales[4]; A Herrero Gonzalez[5]; J Jimenez Carramiñana[6].

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Mar Báltico. Universidad Rey Juan carlos[1]; Universidad de Frankfurt[2]; Gerencia Asistencial Atención primaria[3]; Hospital Universitario Rey Juan Carlos[4, 5]; Gerencia Asistencial Atención primaria[6].

ID: 347

TÍTULO: ESTUDIO PRE-POSTINTERVENCION PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:
La Organización Mundial de la Salud, puso en marcha como primer reto en pro de la seguridad del paciente "CleanCareisSaferCare" ("Una Atención Limpia es una Atención más Segura"), orientada a la reducción de las infecciones nosocomiales, impulsando para ello las mejores prácticas de higiene de manos. El personal sanitario es el principal vehículo de trasmisión a través de las manos contaminadas, ropa , anillos, pulseras, relojes etc. de patógenos .
Comprobar la efectividad de una intervención formativa en el cumplimiento de las normas para una correcta higiene de manos.
Metodologia: Diseño pre-post con grupos equivalentes. En uno de los grupos no se realizó ningún tipo de intervención (grupo pre) y en el otro se desarrolló una intervención educativa sobre manos libres de objetos, esmaltes etc… (grupo post). Los grupos de estudio fueron seleccionados de la totalidad del personal de enfermería de presencia en los diferentes servicios en el mismo período de tiempo. El grupo post se observo tras la intervención educativa, consistente en una sesión teórico-práctica de una hora de duración y difusión de material informativos por las unidades. La observación directa se realizo con igual metodología para los dos grupos, con medición objetiva de cómo se presentaban las manos en los diferentes servicios y turnos de trabajo.
Se realizó un análisis descriptivo sobre las 2125 observaciones pre intervención y 2233 post intervención donde conseguimos mejoras importantes pasando en de un cumplimiento global del 56% a un resultado post intervención del 86%, para ver un evolutivo general de las variables estudiadas. Después realizamos un análisis con el programa informático SPSS versión 19.0 con el objeto de comprobar que efectos habíamos tenido con la intervención formativa según unidades, estamentos y turnos, mediante el análisis de resultados con la t de Student para muestras relacionadas y para muestras independientes, con objeto de averiguar las posibles diferencias existentes. Los resultados definitivos están pendientes de finalizar.

AUTORES: Maria Jose Dura Jimenez; D Morales Rodriguez; G Gonzalez Monterrubio; P Garcia Martinez; C Sanchez Jimenez; R Vinagre Gaspar.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre.

ID: 348

TÍTULO: GUÍA DE ATENCIÓN EN EL PROCESO DE MORIR

RESUMEN:
La muerte y su proceso, así como el dolor y el sufrimiento que acompaña al mismo, son inherentes al existir humano. Morir con dignidad es una cualidad intrínseca compleja y difícil de definir, que requiere una intervención en equipo para la que, en muchos aspectos, no se está preparado. Es una situación de alto impacto emocional tanto para el paciente como para sus acompañantes y para los profesionales que participan en el proceso.
Esta guía surge como herramienta para orientar, coordinar y humanizar nuestra actuación como sanitarios en el proceso del morir con dignidad, hecho que debe regir como referente en el equipo asistencial, abordando un amplio abanico de posibilidades de actuación y mejora para evitar en lo posible la variabilidad de nuestras actuaciones, pensando siempre en el paciente y su entorno.
Ofrecer una guía de referencia con recursos útiles a los profesionales sanitarios respecto al asesoramiento y acompañamiento del paciente que fallece en el hospital y su familia.
Desde la comisión de mortalidad del hospital se creó un grupo de trabajo multidisciplinar encargado de desarrollar la guía. Se realizaron reuniones periódicas para puesta en común y toma de decisiones consensuadas sobre los temas tratados. Se centralizó la gestión de la documentación en la unidad de calidad del hospital, que actuó como editor final. El documento fue revisado por la comisión de mortalidad y se aprobó en el comité de dirección del hospital.
Para su difusión se realizó una jornada de presentación, además de su envío por correo electrónico corporativo a las jefas de unidad de enfermería y los jefes de servicio y se publicó en la intranet del hospital para que estuviera a disposición de todo el personal.
La guía de atención en el proceso de morir desarrolló los siguientes puntos:

- Manejo del paciente terminal.
- Cuidados específicos de atención al paciente y la familia.
- Medidas de adaptación institucional y del entorno.
- El profesional sanitario: actitud y actuación.
- Adecuación del esfuerzo terapéutico.
- El proceso de morir en cuidados intensivos.
- La muerte perinatal.
- La donación de órganos, incluyendo donación de cerebro.
- Cuidados de enfermería.
- Procedimiento de enfermería en la atención postmortem.
- Procedimiento de solicitud de autopsias.
- Procedimiento de instrucciones previas
- Farmacopea relacionada con la fase terminal

Conclusiones
Consideramos que la elaboración de esta guía es un documento de gran interés en la atención a los pacientes en esta etapa vital al contribuir a:

- Mejorar la humanización en los cuidados.
- Disminuir la variabilidad en nuestras actuaciones.
- Coordinar actuaciones entre profesionales y servicios implicados a diversos niveles.

AUTORES: Jose Angel Martin Oterino; R Palomo Alvarez; MG Morales Morales; AR Garcia Dominguez; EP Gutiérrez González; MA Vicente Rodríguez.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

ID: 349

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS ACREDITADAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN: La acreditación de la formación continuada dirigida a profesiones sanitarias determina cuál es el nivel de calidad del diseño de la formación. En el diseño y solicitud de acreditación de una acción formativa, incluye varias temáticas entre las que se encuentra "Seguridad del paciente". El nivel de presencialidad de los alumnos en la formación puede determinar el grado de aplicabilidad de lo aprendido, debido a las prácticas desarrolladas durante la formación. Conocer las características de la formación acreditada sobre seguridad del paciente dirigida a los colectivos sanitarios de Atención Primaria

Análisis observacional descriptivo

Población: Actividades acreditadas sobre seguridad del paciente dirigidas a profesionales sanitarios de atención primaria

Periodo de estudio: Enero 2014 - Diciembre 2017

Fuente de datos: Aplicación informática para solicitar la acreditación

Se han analizado las siguientes variables:

- Actividades acreditadas
- Entidad proveedora de formación
- Modalidad de formación (Presencial, Semipresencial, E-learning, No Presencial)
- Puntuación en criterios de evaluación: Pertinencia, Objetivos, Metodología, Evaluación y Organización (0 – 0,4)
- Componente Cualitativo (CCL) Medio (1 - 2,8)

Durante el periodo de estudio se acreditaron 31622 acciones formativas dirigidas a profesionales sanitarios, 31622 estaban relacionadas con seguridad del paciente (64,79%)

El 66,81% (3388) corresponde a entidades del sistema sanitario público de la comunidad autónoma en la que se ha desarrollado el estudio, mientras que el 33,19% (1683) a entidades privadas

En relación a la modalidad de formación, el 45,22% (2293) es Presencial, el 29,36% (1489) Semipresencial, el 19,78% (1003) E-learning y 5,64% (286) No Presencial

Las valoraciones medias en los criterios de evaluación: Pertinencia 0,13; Objetivos 0,27; Metodología 0,21; Evaluación 0,18 y Organización 0,27

En cuanto a la calidad de las acciones formativas acreditadas, el CCL medio obtenido ha sido de 1,66 sobre 2,8

Dos tercios de las actividades formativas sobre seguridad del paciente son diseñadas e impartidas por entidades pertenecientes al sistema sanitario público, y el resto por entidades privadas. Las acciones formativas de modalidad Presencial son las más desarrolladas, apreciándose un aumento en modalidades con componente no presencial (Semipresencial y E-learning). Respecto a la calidad en el diseño de la formación, si bien el valor medio del CCL (1,66) está por encima de la media de otras temáticas, y en aspectos como los Objetivos, la Organización y la Metodología obtienen valores que superan la media, hay elementos mejorables. En este sentido, la Pertinencia podría estar mejor argumentada teniendo como base la Estrategia de Seguridad del Paciente implantada en nuestra comunidad, y en el caso de la Evaluación del aprendizaje, medir la transferencia y/o el impacto de la formación incorporando indicadores de resultados incluidos en los objetivos estratégicos del propio sistema sanitario.

AUTORES: Eloisa Valverde Gambero; FJ Muñoz Castro; JM Turiño Gallego; L Villanueva Guerrero; M Carmona Hormigo; M Herrera Usagre.

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia.

ID: 350

TÍTULO: CÓMO GESTIONAR EL RIESGO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA. UN AMFE QUIRÚRGICO.

RESUMEN:
El aumento de la complejidad de los sistemas sanitarios, lleva aparejado un aumento de los efectos adversos a lo largo del proceso asistencial.
Incorporar la gestión del riesgo asociada a la gestión por procesos nos permite gestionar la seguridad en todas las fases del proceso quirúrgico.
Las expectativas actuales sobre la gestión de riesgo se centran en identificar y valorar los riesgos sanitarios de la organización, reducir y/o eliminar peligros para el paciente y profesionales (incidentes y eventos adversos), aportando mayor seguridad en la atención recibida, y gestionar de forma proactiva los riesgos, generando mayor confianza en el sistema sanitario y disminuyendo el gasto sanitario provocado por los daños ocurridos en pacientes.
La gestión del riesgo se integra en el Sistema Integrado de Gestión (Calidad y Medio Ambiente) del Departamento de Salud de Alicante-Sant Joan d'Alacant,como un proceso estratégico , que debe estar presente en todos los procesos de la organización.
Realización de análisis de la magnitud y trascendencia del riesgo asistencial y aplicación de un sistema de gestión del riesgo para identificar, controlar, minimizar y reducir los eventos adversos en el área quirúrgica, así como establecer los requisitos para evitar que los riesgos se materialicen en eventos adversos a lo largo del proceso asistencial.
En nuestra Organización, se ha utilizado un enfoque basado en el riesgo, en la implementación del proceso quirúrgico, desde un punto de vista proactivo, mediante la metodología AMFE. Detectar de forma anticipada el fallo para establecer los controles necesarios que disminuyan la ocurrencia aplicando esta metodología, ha requerido:
1. Constituir un grupo de trabajo multidisciplinar.
2. Identificar los procesos y los riesgos/oportunidades asociados al mismo.
3. Analizar y priorizar los riesgos y oportunidades (posibles fallos, posibles causas, posibles efectos, y errores)
4. Determinar el IPR y planificar las acciones para tratar los riesgos
5. Implementar el plan de acción
6. Verificar la eficacia de las acciones
7. Aprender de la experiencia
8. De nuevo identificar los riesgos y oportunidades.
La elaboración de un AMFE en todas las fases del proceso quirúrgico tanto en la recepción del paciente como en el procedimiento intraoperatorio, ha favorecido la consolidación de una cultura de calidad y seguridad en el área quirúrgica y el trabajo en equipo, mejora la organización interna y la calidad y seguridad para el usuario, la eficiencia y efectividad de los procesos e incrementa la seguridad de las actuaciones de los profesionales generando mayor tranquilidad en el desempeño de sus funciones.

AUTORES: Mario Mella Laborde; A Compañ Rosique; M Morales Calderon; I Avalos Meseguer; C Is Rufete; M Garcia Perez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Sant Joan D'alacant.

ID: 351

TÍTULO: TU 'FRAGILIDAD' SE REDUCE CON NUESTRA IMPLICACIÓN

RESUMEN:
Los pacientes a partir de cierta edad corren más riesgo, tras ser hospitalizados, de sufrir tanto una pérdida de su autonomía personal como algún tipo de deterioro cognitivo, debido fundamentalmente a la inmovilidad que desarrollan durante este proceso.Este proyecto se basa en la evidencia científica de que más del 30% de nuestros pacientes mayores sufren deterioro funcional o delirium a las 48h de su ingreso debido a que el 95% del tiempo, su movilidad se limita a una actividad mínima cama/ sillón. Datos como que sólo 1 de cada 4 pacientes caminan durante el proceso de hospitalización, a pesar que menos de un 5% tienen una indicación médica de reposo, nos han hecho reflexionar sobre de qué forma podemos participar para evitar que esto suceda.
Evitar desorientación del paciente en cualquiera de las 3 esferas, así como los episodios de delirium que puedan aparecer durante el ingreso
Alcanzar situación funcional al alta lo más parecida posible a la situación basal que tenía el paciente
Implicación familiar en el cuidado de pacientes mayores
Evitar uso de los pañales y favorecer la continencia en pacientes que lo fueran previo al ingreso
A todo paciente mayor de 75 años al que cursan ingreso en Urgencias, se le realiza Barthel Basal mediante una entrevista por parte de la enfermera al paciente o en su defecto al familiar/cuidador principal, basándose en la situación del paciente en su domicilio antes del cuadro agudo que lo trae al Hospital, si el resultado de la escala es entre 30-70 el paciente se incluye en el programa de fragilidad.
Desde que ingresa en planta, se inician una serie de cuidados encaminados a favorecer su autonomía personal
Se coloca una pulsera de actividad al paciente para motivar y medir sus pasos con el fin de controlar la movilidad y actividad diaria de los pacientes.
Por otra parte, se adoptan una serie de medidas para adaptar la organización de la Unidad y el trabajo de los profesionales a las necesidades de los “pacientes frágiles” como por ejemplo el cambio en el horario de administración de la medicación y extracción de analíticas para favorecer el descanso nocturno de los pacientes.
También se colocaron carteles recordatorios reforzando la importancia de la movilidad en las unidades y entrega de dípticos en el momento de la acogida en planta con la misma información.
Aumento de la motivación de los propios pacientes tanto a la hora de movilizarse (pulsera de actividad) como a la hora de llevar a cabo sus autocuidados
Mayor implicación familiar durante el ingreso de nuestros pacientes mayores
Mejor situación funcional de los pacientes al alta
Adaptación de la organización del servicio a las necesidades del “paciente frágil”
Personal sanitario implicado y concienciado en la importancia de evitar la pérdida de la autonomía de los pacientes mayores durante su ingreso
Pendiente evaluación de los indicadores del primer trimestre del 2018

AUTORES: Sandra Arévalo Reguillo; B Botrán Franco; M Adriá Martínez; P de Gustín Hernández.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Infanta Elena.

ID: 352

TÍTULO: ¿QUÉ APORTA LA CONSULTA ENFERMERA EN UN CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN?

RESUMEN:
La consulta enfermera en un Centro de Diagnóstico por la Imagen (CDI) de un hospital universitario de 3er nivel, fue creada en el año 2009, a raíz de un proyecto de reestructuración organizativa del CDI en su conjunto. Los objetivos, actividad y competencias de dicha consulta están gestionados por 2 enfermeras. El aumento del número de procedimientos de imagen para el diagnóstico y sobre todo el incremento de su complejidad y la inclusión de nuevas terapias mínimamente invasivas han creado la necesidad de disponer de enfermería especializada para estas funciones en los centros de imagen.
1) Evitar reprogramaciones y/o anulaciones de los procedimientos por la imagen, 2) Identificar los factores de riesgo y los ítems de fragilidad de los pacientes en relación al procedimiento de imagen 3) Mejorar el proceso y la continuidad asistencial en pacientes extra hospitalarios 4) Obtener la máxima colaboración del paciente 5) Garantizar una planificación eficaz del proceso asistencial de imagen para el diagnóstico
Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal y retrospectivo que incluye a todos los pacientes extra hospitalarios, pendientes de realización de pruebas de intervencionismo guiada por imagen (biopsias por punción aspirativa con aguja fina guiadas por ecografía y/o Tomografía Axial Computarizada (TC), pacientes con historia de alergias y/o hipersensibilidad a contrastes yodados, y pacientes que presentan insuficiencia renal sometidos a procedimientos con contraste yodado, que han sido citados para ser evaluados en la consulta enfermera durante el período 2015 a 2017
Se han evaluado durante este período, un total de 5388 pacientes. El 35’94% para valoración pre intervencionista , el 35,24% valoración de hipersensibilidad al contraste yodado, de los cuales un 2,27% fueron derivados al departamento de alergología y el 0,38 % correspondieron a casos de sialoadenitis, La valoración de los pacientes que cumplieran los criterios de presentar insuficiencia renal peri procedimiento fue de un 28’49% , a los cuales se les ha realizado profilaxis de hidratación endovenosa con control y seguimiento del Filtrado glomerular post procedimiento. Conclusiones: Se han podido identificar correctamente alergias vs. sialoadenitis, se han derivado a efectuar pruebas de alergia y se han podido pre medicar los pacientes que presentaban alergias leves. En los pacientes con insuficiencia renal se ha podido realizar el procedimiento y se han podido beneficiar de la administración de contraste en TC con seguridad. Por todo ello podemos decir que la consulta enfermera ha aportado valor añadido a la mejora del proceso asistencial del paciente en el departamento de imagen para el diagnóstico. Estamos trabajando para incorporar la percepción de la calidad manifestada por los pacientes, así como hemos introducido muy recientemente, la facilitación de la visita no presencial al Centro, a través de las consultas virtuales por Skype.

AUTORES: Raquel Crespo Calvo; S Falip Sagues; C Gutierrez Barranco; D Bujan Leiva; E Recio Fernandez; D Robles Antunez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínic de Barcelona.

ID: 353

TÍTULO: EFECTIVIDAD Y LIMITACIONES DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ANALIZADOS POR RESPONSABLES DE SEGURIDAD CLÍNICA

RESUMEN:
Los Sistemas de Notificación de Incidentes (SNI) son la piedra angular de los esfuerzos de mejora en la seguridad del paciente sin embargo, se sabe poco sobre su efectividad.
Analizar las características de un SNI hospitalario, su efectividad en la mejora de la seguridad del paciente y sus limitaciones después de 42 meses de uso.
Análisis de un SNI hospitalario voluntario, anónimo, no punitivo y confidencial por los Responsables locales de Seguridad Clínica (RSC). Se analizaron las siguientes variables desde enero de 2014 hasta junio de 2017: número de Incidentes de Seguridad del Paciente (ISP), eventos centinela y eventos adversos notificados, tiempo de respuesta (tiempo transcurrido entre la notificación y la puesta en marcha de las acciones de mejora), capacidad para promover el aprendizaje dentro de la organización y feedback al notificante. Los RSC recibieron talleres de capacitación en seguridad del paciente y herramientas de análisis. Para medir la efectividad de las medidas de mejora se realizaron observaciones directas estandarizadas en tiempo real con personal externo antes del análisis de los incidentes y después de la implementación de las medidas de mejora.Se realizó un modelo de regresión logística variable dependiente la puesta en marcha de acciones de mejora.
Se identificaron 1983 ISP. El 82% de los ISP fueron notificados desde los quirófanos, los servicios de urgencias, las unidades de cuidados intensivos y las plantas de hospitalización de adultos. La tasa de ISP aumentó de 0,39 (2014) a 3,4 (2017) por cada 1000 estancias. Se encontró una correlación significativa entre la tasa de notificación mensual y la cantidad de RSC locales capacitados en los talleres de formación (coeficiente de Spearman = 0,874; p = 0,003). Las 24.836 observaciones realizadas en tiempo real mostraron una reducción estadísticamente significativa en los ISP observadas en 63,15% (medicación, p = 0,044; comunicación, p = 0,037; tecnología, p = 0,009) de las mejoras implementadas. El modelo de regresión logística incluyó las siguientes variables: tipo de 'evento adverso' (odds ratio [OR], 3,67; IC del 95%, 1,93-5,74), análisis mediante grupo de discusión (OR, 2,45; IC del 95%, 1,52-3,76) y análisis causa raíz (OR, 2,32; IC del 95%: 1,17 a 3,90), que se asociaron con las acciones de mejora de forma estadísticamente significativa.

La implementación de un SNI hospitalario y el análisis de los ISP por parte de los RSC locales capacitados en talleres condujo a una importante reducción en la frecuencia de ISP.

AUTORES: José Jonay Ojeda Feo; E Ramirez García; A Martín Vega; YF Villán Villán; M Lorente Romeo; M Moro Agud.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario La Paz.

ID: 354

TÍTULO: ¿QUÉ TEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PREOCUPAN A LOS SERVICIOS CLINICOS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL?

RESUMEN:
La realización de al menos una sesión de seguridad del paciente es uno de los objetivos de calidad pactados por todos los Servicios Médicos con la Dirección en 2017 en el marco del Contrato Gestión de la Comunidad de Madrid.
Conocer los principales temas de preocupación en seguridad del paciente en cada Servicio Hospitalario.
Análisis descriptivo de los resultados de la evaluación de los objetivos de Calidad del Área de Seguridad del Paciente pactados entre la Dirección Médica y el Facultativo Responsable/Jefe de Servicio correspondiente. Alineados con el objetivo 1. "Desplegar la seguridad del paciente en la organización" (Indicador 1.2. "Despliegue de los Objetivos de Seguridad del paciente en los Servicios o Unidades") incluido en el Contrato Gestión 2017.
De los 34 servicios presentes en el hospital, todos han realizado al menos una sesión relacionada con seguridad del paciente, y tres de ellos (9%) han hecho dos (37 sesiones en total). Doce sesiones (35%) fueron a propósito de un caso. El 35% de las mismas fueron impartidas por el Servicio de Medicina Preventiva. Analizando el contenido de todas las sesiones, obtenemos como áreas de mayor interés: farmacoterapia (22%), incidentes críticos (19%), e infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (16%).
Podemos concluir que existe inquietud por parte de los servicios sobre todo en el análisis de sus incidentes críticos. Se deberá aplicar, en estrecha colaboración con las partes interesadas, un proceso destinado a integrar las preocupaciones de los Servicios sobre su estrategia y operaciones para desplegar adecuadamente en las Comisiones las actuaciones oportunas basadas en la gestión del riesgo.

AUTORES: María Isabel Pena Yáñez; G Pérez-García; C Paniagua Alcaraz; M Gálvez- Fernández; AB Jiménez-Muñoz; B Martínez-Mondéjar.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Severo Ochoa.

ID: 355

TÍTULO: PROCEDIMIENTO PARA ATENDER A LAS SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS DE UN EVENTO ADVERSO GRAVE

RESUMEN:
Los eventos adversos graves tienen su peor consecuencia en el sufrimiento de los pacientes y sus familiares (primera víctima). El término segunda víctima hace referencia a todo profesional sanitario que participa en un evento adverso grave cuyo rendimiento se puede ver afectado con dificultades para concentrarse en la tarea, despersonalización, insomnio, dudas sobre la propia capacidad profesional, miedo a las consecuencias legales y a la pérdida de reputación. Los eventos adversos graves también pueden provocar la pérdida de prestigio y disminución de la confianza en las instituciones sanitarias (terceras víctimas).
-Mitigar las consecuencias del evento adverso y atender las necesidades médicas, informativas y emocionales del paciente y de sus familiares
-Mitigar las consecuencias emocionales y profesionales del evento adverso que sufre el(los) profesional(es) sanitarios iniciando la ayuda inmediatamente
-Mantener la reputación del servicio, unidad de enfermería, centro y sus profesionales
Comienza: Detección de un evento centinela o un evento adverso grave para el paciente en una unidad o servicio del complejo hospitalario.
Finaliza: Finalización del apoyo / reincorporación de la(s) segunda(s) víctima(s) y con la finalización de la relación con la primera(s) víctima(s).
Comprende
Prestar al(los) pacientes la atención que requiera(n) de forma inmediata. Apoyo inmediato a la(s) segunda(s) víctima(s) por parte de un igual, reorganizarse para atender las obligaciones asistenciales de la(s) segunda(s) víctimas para aliviar su presión en las horas siguientes. Con la información disponible ordenada, se ofrece una información franca al(los) paciente(s) y/o familiares de forma inmediata. Llamada de teléfono / notificación del evento adverso al Sistema de Notificación de Incidentes. Localización de los profesionales afectados. Se avisa a los profesionales del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), profesionales de Psiquiatría y profesionales de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos que valorarán las necesidades de atención personalizada a la(s) segunda víctima(s). La atención se coordina desde el SPRL que evalúan los efectos sobre su salud y derivan, si procede, al especialista. Se realiza seguimiento periódico a la(s) segunda(s) víctima(s). Se constituye un equipo de información que informe al (lo) pacientes y/o familiares de los pasos a seguir para determinar los sucedido y de las mejoras implantadas para que eventos similares no se vuelvan a producir. Intervención y evaluación del proceso.
El procedimiento ha sido difundido a los profesionales a través de una sesión general y talleres. Se encuentra disponible en la intranet del centro. Se ha activado 4 veces durante el primer año desde su implantación.
Las actuaciones recomendadas para atender a las segundas y terceras víctimas y ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso son adecuadas y han logrado cumplir con los objetivos propuestos.

AUTORES: José Jonay Ojeda Feo; E Ramirez García; F Chuliá Fernández; H Ramos Román; ME Román Mazuecos; MC Nuñez López.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario La Paz.

ID: 356

TÍTULO: DESARROLLO PROFESIONAL Y REACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

RESUMEN:
El Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) busca servir de herramienta para medir el desarrollo competencial de un profesional en un determinado momento y en un puesto de trabajo concreto. Todas las pruebas que se aportan al proceso tienen definido un periodo de validez y están sujetas a caducidad. La obtención de un nivel de acreditación (avanzado, experto o excelente) tiene una vigencia de 5 años. Transcurrido este plazo, para lograr una reacreditación, el profesional debe actualizar las pruebas caducadas y/o aportar nuevas.
Analizar si los profesionales que inician un proceso de reacreditación demuestran un desarrollo continuo en su práctica profesional mediante el mantenimiento o mejora del nivel de acreditación alcanzado previamente.
Objeto de estudio: 1228 profesionales acreditados y con un proyecto de reacreditación evaluado al menos 4 años después de la obtención del nivel inicial.
Periodo de estudio: 2007 – 2018.
Tipo de diseño: Análisis descriptivo.
Instrumento: Programa de Acreditación de Competencias Profesionales desarrollado por ACSA.
Análisis de datos: aplicación informática Me_jora P sobre la que se sustenta este proceso.
De los 1228 profesionales incluidos en el estudio, 414 (33.71%) alcanzaron un nivel de acreditación superior al inicial. De estos, 25 (6.04%) aumentaron su acreditación en dos niveles, pasando del avanzado al excelente. Además, 651 (53.01%) profesionales consiguieron el mismo nivel de acreditación. De ellos, 141 (21.66%) mantuvieron el excelente.
Por otra parte, 163 (14.45%) profesionales alcanzaron en su reacreditación un nivel inferior al previo.

En nuestro estudio, son 1065 (86.72%) los profesionales que demostraron un desarrollo competencial continuo puesto que el hecho de conseguir el mismo nivel de acreditación, una vez caducado el inicial, implica la aportación de nuevas pruebas que ponen de manifiesto la consolidación de buenas prácticas en un determinado puesto de trabajo.

Por tanto, la mayoría de los profesionales que realizan un proceso de reacreditación vinculado a la pérdida de vigencia del nivel previo, demuestran un desarrollo profesional en su práctica asistencial. Destacan dentro de este grupo los profesionales que mantienen la acreditación en nivel excelente siendo considerados referentes del Sistema Sanitario.

AUTORES: Ana Rojas De Mora-Figueroa; J Julián Carrión; SM Martín García; MP Carrascosa Salmoral; P Brea Rivero.

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia.

ID: 357

TÍTULO: METODOLOGÍA PDCA EN PROYECTO DE MEJORA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA EN CENTROS DE SALUD MENTAL DE ADULTOS (CSMA) DEL PSSJD

RESUMEN:
El Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) dispone de 9 CSMAs que en el ámbito comunitario atienden una población de 573.293 personas. Los usuarios de estos centros utilizan la vía telefónica para hacer múltiples demandas caracterizadas por una gran variabilidad en cuanto a contenido (cita visita, consultas, cambios agenda, informes). Dado su gran número, muchas llamadas no pueden ser atendidas provocando en el usuario una percepción de baja calidad. Este hecho y la falta de una práctica homogeneizada respecto a la cartera de atención telefónica entre los diferentes CSMAs, lleva al PSSJD a aplicar metodología de mejora a fin de identificar problemas, proponer e implementar ideas de cambio
Estandarizar la cartera telefónica CSMA homogeneizando criterios actuación a fin de reducir las llamadas no atendidas
Se diseña proyecto con metodología PDCA (PLAN-DO-CHECK-ACT). Se efectúa análisis de situación de partida (1er. Trimestre 2018) a fin de comprender el sistema y variabilidad de la práctica, realizando revisión de la base de datos telefónica de 2017 (número de llamadas atendidas/no atendidas, duración, distribución horaria). Se realizan reuniones con personal administrativo de los diferentes CSMAs para detectar necesidades y confrontar las diferentes tipologías de respuesta, a partir de la cual se realiza -y valida junto a personal administrativo y coordinadores de cada CSMA- Driver Diagram (2º trimestre 2018) en el que se identifican factores determinantes de la situación e ideas de cambio. En 3er. trimestre está previsto priorizar/aplicar los proyectos de cambio, evaluar resultados y estandarizar las intervenciones que resulten efectivas junto a reevaluación de aquellas que no lo fueron a fin de reiniciar los ciclos PDCA
El análisis de los datos del año 2017 confirma una alta tasa de llamadas abandonadas (35,07%) constatándose una gran variabilidad entre centros [20-48%].
Desde un punto de vista cualitativo las principales áreas de intervención (drivers primarios) son los problemas relacionados con la línea/centralita telefónica (se trasladan ideas de cambio a técnicos para su estudio), así como la definición de criterios homogéneos de respuesta, siendo preciso definir un catálogo de prestaciones, consensuar medidas de actuación y aceptar directriz de prioridad de la demanda telefónica frente a la presencial (drivers secundarios). Se diseña prueba piloto para implementar, seguir y evaluar las principales ideas de cambio tanto para demandas clínicas como administrativas.
Aun sin iniciar piloto, la metodología PDCA ya genera cambios en las dinámicas profesionales. En el 1er. trimestre 2018 se mide descenso tasa abandono al 11,09%, reducción de la variabilidad entre centros [8,20-29,17%] y aumento del número de llamadas atendidas. Los profesionales valoran muy positivamente la metodología PDCA al entender que facilita el abordaje de aspectos organizativos como posible solución a una problemática a la que se presuponía un origen estrictamente técnico.

AUTORES: Alex Cano Velasco; L Baladon Higuera; C Pou Matarranz; I Mateu Muñoz; J Alvaros Costa; ML De la Puente Martorell.

CENTRO DE TRABAJO: Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

ID: 358

TÍTULO: MEDIDA DE LA PERCEPCIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA

RESUMEN:
El primer paso para mejorar la seguridad del paciente es conocer la percepción que tienen los profesionales sobre la cultura de seguridad de las organizaciones para identificar las debilidades y fortalezas y poder establecer medidas efectivas que mejoren la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria. La cultura de seguridad del paciente se define como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento de los profesionales, a nivel individual y colectivo, que determinan el estilo, la competencia y el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización.
Determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente por los profesionales hospitalarios del sistema sanitario público de una comunidad autónoma.
Estudio transversal descriptivo.
Población de estudio: Total de profesionales sanitarios y no sanitarios.
Ámbito de actuación: todos los hospitales del sistema sanitario público de una comunidad autónoma.
Herramienta utilizada: Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptado y validado al español por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El cuestionario consta de 42 items que miden la percepción de los profesionales sobre 12 dimensiones de cultura de seguridad del paciente. Contiene además indicador de la calificación global de la seguridad, y dos preguntas sobre la notificación de incidentes.
Difusión del cuestionario y fecha de recogida de información (online y escrito): mayo-diciembre 2017
Se han recogido 14091 encuestas con el siguiente perfil: 72% mujeres, 12% profesionales en formación, 86% con actividad asistencial, 93% profesionales sanitarios (35% medicina, 59% enfermería), 73% con más de 6 años trabajando en el centro.
Más del 50% de los encuestados califica la seguridad del paciente como muy buena- excelente. El 71% conocen la existencia de un procedimiento para notificar incidentes aunque el 63% no han realizado ninguna notificación en los últimos 12 meses. Las dimensiones mejor valoradas son “Trabajo en equipo en la unidad”, “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión para promover la seguridad del paciente” y “Aprendizaje organizacional y mejora continua”. Las dimensiones peor valoradas son “Dotación de personal”, “Respuesta no punitiva ante errores” y “Apoyo de la dirección en seguridad”.
Aunque los profesionales manifiestan una percepción positiva sobre la seguridad del paciente en su entorno, es necesario seguir fomentando actuaciones de mejora en este ámbito y no solo sobre las dimensiones peor valoradas.
Entre las principales actuaciones, considerando los resultados obtenidos, cabría destacar: promover la comunicación a nivel de toda la organización, discusión y análisis de incidentes, potenciar el aprendizaje colaborativo, fomentar la actitud proactiva, garantizar el compromiso directivo y mejorar la dotación y la organización del personal.

AUTORES: E. Eva Moreno Campoy[1]; P Pérez-Pérez[2]; C Sánchez-Cantalejo Garrido[3]; I Fernández Ruiz[4]; C Barrera Becerra[5]; JA Carrillo Castrillo[6].

CENTRO DE TRABAJO: Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud de Andalucía[1, 5, 6]; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía[2]; Escuela Andaluza de Salud Pública[3, 4].

ID: 359

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE FACTORES CONTRIBUYENTES AL RIESGO CLINICO EN UN SERVICIO DE UGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

RESUMEN:
El enfoque sistémico del riesgo sanitario considera las circunstancias que desempeñan un papel en el origen o evolución de un incidente de riesgo (IR) o aumenta el riesgo de que se produzca, y que evidencian las debilidades existentes en las situaciones y estructuras de la organización. Estos factores contribuyentes (FC) constituyen uno de los elementos que describen el contexto en el que se produce el IR o EA.
En el enfoque proactivo del riesgo la identificación y priorización de los FC permite gestionarlos y, en lo posible, actuar sobre ellos para disminuir la probabilidad de aparición de un IR/EA
Identificar y priorizar las circunstancias que pueden ser más determinantes en la aparición y tipo de IR y EA en los diferentes ámbitos asistenciales de nuestro servicio.
Grupo de trabajo constituido por miembros de la Comisión de Seguridad Clínica, del Departamento de Calidad y de los recursos asistenciales. Taller de 2 horas de formación sobre Gestión de Riesgos y objetivos /metodología a seguir. Identificación mediante tormenta de ideas de los FC al riesgo en cada tipo de dispositivo asistencial, teniendo en cuenta la Clasificación de la National Patient Safety Agency (NPSA). Priorización de los FC en base a criterios predeterminados de Importancia y Probabilidad de presencia del mismo. Elaboración de un cuadro de FC priorizado para cada dispositivo asistencial que permitiese el establecimiento de actuaciones preventivas al riesgo.
FC más relevantes priorizados de cada dispositivo asistencial:
Centro Coordinador: “La falta de competencia profesional”, seguido de la “Falta de formación de los profesionales”.
Soporte Vital Avanzado: el “Desconocimiento de las instrucciones técnicas, protocolos, vías y guías clínicas”, la “Falta de Competencia”, la “Falta de supervisión o relajación de la tarea de supervisión y control” y la “Elevada rotación de personal con suplentes temporales y cambios constantes en el equipo”.
Centros de Urgencias Extrahospitalarios: la “Falta de competencia profesional”, la “Falta de formación de los profesionales” y el “Desconocimiento de las instrucciones técnicas, protocolos, vías y guías clínicas”.
Transporte Sanitario: El “Desconocimiento de las instrucciones técnicas, protocolos, vías y guías clínicas”, la “Falta de coordinación de otros niveles asistenciales”, la “Falta de información sobre los tiempos y posicionamiento de los vehículos” y la “Inadecuada dotación de personal”.
Otros departamentos: la “Falta de comunicación con otros departamentos y unidades asistenciales“ y la “Falta de coordinación entre los distintos departamentos de la organización”.

CONCLUSIONES: Los FC que fueron identificados por el grupo de expertos como más importantes, son los atribuibles a factores de formación y entrenamiento, y sociales y de equipo en los recursos asistenciales, mientras que en el transporte sanitario se destacan más los ligados a la Tarea, y a factores organizativos y de recursos.

AUTORES: Asunción Colomer Rosas; P Fernán Perez; V Escudero González; MV Hernández Jaras; MC Arranz Rementería; M Palencia Calzada.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 360

TÍTULO: FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
El primer paso necesario para garantizar mejoras en la seguridad del paciente es conocer la percepción que tienen los profesionales sobre la cultura de seguridad de las organizaciones para determinar las debilidades y fortalezas y poder establecer medidas efectivas que mejoren la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria.
Identificar fortalezas y debilidades en la percepción de cultura de seguridad del paciente en los profesionales de atención primaria de un sistema sanitario público de una comunidad autónoma.
Estudio transversal descriptivo.
Población de estudio: Total de profesionales sanitarios y no sanitarios.
Ámbito de estudio: Todos los centros de Atención Primaria de la comunidad autónoma.
Herramienta utilizada: Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS) adaptado y validado al español por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El cuestionario consta de 57 preguntas que miden la percepción sobre 12 dimensiones de cultura de seguridad del paciente. Se consideran fortalezas las dimensiones con un porcentaje de respuestas positivas superior al 75% (de acuerdo/muy de acuerdo, casi siempre/siempre) y oportunidades de mejora aquellas con un porcentaje de respuestas negativas por encima de 50% (en desacuerdo/muy en desacuerdo, nunca/rara vez). El cuestionario contiene otro ítem de percepción global del encuestado sobre la calidad y la seguridad del paciente.
Fecha de difusión del cuestionario y recogida de información: mayo-diciembre 2017.
Se han recogido 7982 encuestas. Perfil del encuestado: 61% mujeres, 8% profesionales en formación, 81% con actividad asistencial, 84% profesionales sanitarios (53% medicina, 42% enfermería), 62% con más de 6 años trabajando en el centro.
El 80% de los encuestados evaluaron la seguridad del paciente de su centro como positiva (buena-muy buena-excelente). Las dimensiones sobre la valoración de la calidad asistencial en su centro (asistencia centrada en el paciente, efectiva, a tiempo, eficiente y equitativa), presentan una percepción positiva (buena-muy buena-excelente) para más del 84% de los profesionales que han contestado. Se han identificado 5 dimensiones como fortalezas en Atención Primaria: “Aspectos relacionados con la seguridad y la calidad” (90,26%), “Intercambio de información con otros dispositivos” (82,41%), “Trabajo en equipo” (79,78), “Aprendizaje organizacional” (78,87%) y “Seguimiento de la atención al paciente” (77,61%). La única dimensión que aparece como oportunidad de mejora es la relacionada con la “presión asistencial y el ritmo de trabajo” (58,15%)
De forma globla, los profesionales muestran una percepción positiva sobre la seguridad del paciente en su entorno, identificándose un elevado número de fortalezas. No obstante, queda margen de mejora en todos los aspectos, por lo que hay que seguir trabajando para consolidar y mejorar la cultura de seguridad entre los profesionales de Atención Primaria.

AUTORES: E. Eva Moreno Campoy[1]; C Sánchez-Cantalejo Garrido[2]; P Pérez-Pérez[3]; C Barrera Becerra[4]; E Corpas Nogales[5]; R Sanz Amores[6].

CENTRO DE TRABAJO: Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud de Andalucía[1, 4, 6]; Escuela Andaluza de Salud Pública[2, 5]; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía[3]; Escuela Andaluza de Salud Pública[5].

ID: 361

TÍTULO: LOS PROFESIONALES COMO SEGUNDAS VÍCTIMAS: NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS ENFERMEROS DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

RESUMEN:
Aunque los pacientes son considerados las primeras víctimas de un error médico, los profesionales sanitarios también sufren daños a consecuencia del mismo error, son las "segundas víctimas". Este impacto sobre los profesionales ha pasado desapercibido hasta ahora produciéndose pérdidas que ningún sistema sanitario debe permitirse. Algunos estudios dicen que has un 15% de los profesionales sanitarios puede verse involucrado en un Evento Adverso, del modo de abordar el cuidado de esta 2ª víctima depende en gran medida que el profesional no se sienta culpabilizado y se potencie la cultura de seguridad. El modo de comunicar la comisión de un evento adverso al paciente o sus familiares, el proceso de registro en la historia clínica, o las preferencias de los profesionales implicados en un error, sobre el tipo de apoyo que desearían recibir por parte de las instituciones sanitarias, es abordado en este estudio.
Identificar qué actuaciones institucionales desearían recibir los enfermeros/as por parte de sus centros de trabajo para afrontar las consecuencias derivadas de la implicación en un error asistencial grave.
Estudio exploratorio descriptivo y de sondeo. Revisión de la literatura sobre Segundas víctimas. Elaboración de cuestionario ad hoc validado. Realización de encuesta a 248 enfermeros colegiados en Madrid.
Mediciones principales del Cuestionario: variables socio-demográficas y laborales (años de experiencia profesional, tipo de centro asistencial y servicio de destino de los encuestados), así como preferencias de actuación y asesoramiento tras la implicación en un Evento Adverso. Análisis estadístico Spss
El asesoramiento psicológico y el asesoramiento por parte del servicio jurídico se perfilan como las necesidades prioritarias percibidas por los enfermeros/as (más de 80%). Más del 50% de profesionales desearían recibir asesoramiento sobre garantías y seguridad jurídica del sistema de registro y notificación, sobre cómo registrar el Evento Adverso en la historia clínica y talleres de reciclaje. La gran mayoría de los enfermeros consultados no desearían ser cambiados de servicio forzosamente, tras la comisión de un incidente.
El 94,4% de los profesionales consultados, afirman estar muy de acuerdo/de acuerdo con el derecho del paciente y/o familiares a conocer si ha ocurrido un problema de seguridad, siendo la forma de comunicación verbal preferida por el 86,3%. Un porcentaje muy elevado de los sujetos teme el error quede reflejado en su expediente. Siendo reseñable que un 54 % de los profesionales solo comunicarían al paciente o sus familiares los errores que hayan causado daño o lesión.
CONCLUSIONES
De nuestro estudio se extrae la necesidad de una actuación proactiva de la institución para el asesoramiento psicológico y jurídico. Así como que los profesionales de enfermería evidencian la necesidad de respetar el derecho del paciente y familia, y, a la vez, salvaguardar su prestigio y carrera profesional.

AUTORES: Cristina Díaz Perez; P Fernán Perez; V Escudero González; B Martinez Parra; E Garcia Suárez; A Colomer Rosas.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 362

TÍTULO: COMO ENFRENTARSE AL SELLO EUROPEO 500+ DEL EFQM. EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA

RESUMEN: La alta dirección se planteó en 2016, partiendo del reconocimiento del sello 400, seguir avanzando en el sistema de gestión según criterios del EFQM. Siendo un hospital público de alta complejidad, en un entorno cambiante y con gran implantación de la sanidad privada, se enfocó en ser más competitivo, visible y de referencia para pacientes y clientes, profesionales, aliados y sociedad. Se definió como modelo de gestión a nivel global de la organización el EFQM, y a nivel de los servicios, el sistema de gestión de calidad ISO. Tener una organización de 500 puntos del modelo europeo EFQM con el esquema REDER sólido en gestión de la organización. Se definió un plan de trabajo y responsables, coordinado por la Unidad de Calidad.

Fase I preparación:

1-Informe Evaluación Sello 400+. Análisis acciones prioritarias de mejora y puntos de riesgo para conseguir la puntuación 500+:

PLAN ESTRATÉGICO Despliegue 4 ejes estratégicos (asistencia, docencia, investigación y continuidad asistencial)

CONTRATO GESTIÓN Despliegue operacional de contratos de gestión únicos por servicio/unidad enfermería

PERSONAS Plan de formación

RELACIÓN CLIENTES/PACIENTES Plan de humanización

MEJORA PROCESOS Incremento paulatino de ISO 9001:2015

RELACIÓN GRUPOS INTERÉS Alianzas otros centros, unidad atención al paciente institucionalizado

RELACIÓN SOCIEDAD ISO 14001:2015

INFORMACIÓN PARA CRITERIOS RESULTADOS Programación reuniones diarias, semanales, mensuales y anuales

OTROS Benchmarking y posicionamiento en el sector

2-Difusión e implicación de profesionales. Formación equipo directivo y profesionales

3-Revisión de la M, V y VV, Política de Calidad, Estrategia

4-Reuniones con personas/grupos clave para la autoevaluación. Evidencias. Memoria conceptual

5-Simulacro y Autoevaluación

6-Agenda evaluación

7-Presentación de Gerencia, a los participantes, del proyecto global

Fase II evaluación externa:

Estructura de presentaciones uniforme en cada reunión/visita:

1. Quién es y a qué se dedica unidad
2. Proceso y vinculación con mapa de procesos
3. Alienación y como revierte en la Misión
4. Enfoques del modelo relacionados
5. Política o procedimiento de funcionamiento servicio. Cómo es la relación con la institución, profesionales, despliegue y transmisión de objetivos
6. Procedimientos de trabajo
7. Cuadro de mando con 3 indicadores de actividad propia, 3 de percepción y 3 clave, todos con objetivo, tendencias (2014-2017) y comparativas
8. Mejoras. Presentar un caso de mejora

Preparación: 130 participantes, 20 horas formación reglada, 6 meses reuniones de trabajo. Incremento 8 a 12 servicios certificados ISO 9001. Certificación ISO 14001

Evaluación: 27 reuniones, 42 presentaciones, 6 visitas servicios

Puntuación global 500-549 puntos.

Destacar 1) Concordancia con autoevaluación 2) Alto Valor de contribución de ISO en los procesos 3) Necesaria complicidad de las personas 4) Consolidar proyecto próximos 2 años con las personas 5) Primer hospital público alta complejidad con sello 500+

AUTORES: Dolors Montserrat Capella; P Cazallo Navarro; R Herranz Quintana; J García Pondal; A Santano Magariño; FJ Cortés Urbán.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Puerta de Hierro.

ID: 363

TÍTULO: PLAN DE ACCIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO(TS) ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA DE LOS PACIENTES Y FAMILIAS

RESUMEN:
El TS es un servicio que permite a los pacientes sin autonomía clínica desplazarse para recibir atención sanitaria o para ir a domicilio, siendo de gran relevancia para la calidad y equidad del Servicio.
Los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas por nuestra organización mantenidos en cuanto a los profesionales (trato, competencia, información) muestran una elevada satisfacción con los mismos, algo menor con las características del vehículo, siendo la demora el peor valorado, seguido de aspectos de información sobre el propio traslado.
Identificar, priorizar e implantar las acciones orientadas a los aspectos clave del TS que impactan en la calidad de vida y en la percepción del paciente usuario de esta prestación.
Grupo de mejora integrado por Dirección, Mesa de TS, Departamento de Calidad, Atención al Usuario y Sistemas de Información. Análisis de los motivos de reclamaciones de TS en los 4 años previos, análisis de las encuestas. Análisis DAFO para valorar la situación en el momento. Establecimiento de un Plan de Acción y programación de la siguiente Encuesta de Satisfacción.
En el análisis DAFO se evidencia:
Fortaleza: Potente sistema de información con una plataforma previa
Debilidad: Elevado número de TS diarios y su agrupamiento en franjas horarias que es constitutivo en la esencia de la propia prestación que tiene horas específicas de diálisis, consultas, altas…
Oportunidad: El cambio de contrato que posibilitaba la incorporación de nuevos requisitos, controles y otras especificaciones como tener un coordinador, las políticas sanitarias que impregnan nuestra organización en aspectos de humanización, calidad integral (satisfacción del paciente y familia, y la experiencia del paciente)
Amenazas: Variabilidad de manejo de las nuevas tecnologías de los usuarios y la edad, conjuntamente.

2.- Actuaciones:
Sobre la prestación: Aumento de ambulancias de traslado individual para mejorar la experiencia del paciente en aspectos de humanización; al igual que la incorporación de los coordinadores para garantizar un traslado idóneo.
Sobre la información a usuarios: Desarrollo de aplicación informática para que los usuarios dispongan de la información de la prestación a través de la carpeta de salud accesible desde cualquier dispositivo.
Sobre aplicaciones informáticas. Creación de aplicación tipo centinela para lograr una trazabilidad completa del traslado (condiciones, ruta..)
Reevaluación en la próxima encuesta satisfacción.

Conclusiones:
La aplicación de nuevos criterios en el concurso de TS hace que se avance hacia la excelencia en la asistencia sanitaria, al hacer partícipe al usuario en su proceso con los datos a través de su carpeta de salud.
La aplicación de las nuevas tecnologías en todos los procesos hace que se consiga un mayor control, para poder aplicar una conducta proactiva hacia cualquier desviación, pudiendo incorporar estrategias para la prevención y posible subsanación.

AUTORES: Juan Antonio Pingarrón Lopez; MD Robledo Tirador; P Fernán Perez; J Martínez Gómez; B Salafranca Gómez; MJ Fernández Campos.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 364

TÍTULO: CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD EN RESONANCIA MAGNÉTICA

RESUMEN:
En los últimos diez años, venimos desarrollando un programa de seguridad y calidad asistencial en Resonancia Magnética (RM) en el servicio de Radiodiagnóstico de un hospital de tercer nivel.
Dadas las condiciones de seguridad que requiere la RM, se precisa un control específico centrado en la compatibilidad de los diversos dispositivos que pueden llevar incorporados los pacientes. Siendo este requisito algo diferencial de los estudios de RM en comparación con otras áreas del Diagnóstico por la Imagen y que precisa de una formación e implicación específica por parte de todos los responsables de los estudios de RM que deben garantizar la seguridad del paciente para ofrecer un servicio asistencial de calidad.
- Asegurar la realización de los estudios de Resonancia Magnética con las condiciones de seguridad óptimas para el paciente.

- Disminuir el número de pacientes programados para RM en los que existe una contraindicación para su realización e identificarlos con anterioridad a la citación.
Se han evaluado en un periodo comprendido entre noviembre 2017 y enero 2018, pacientes internos y externos, con una solicitud de RM, en un hospital universitario de tercer nivel y las incidencias relacionadas con la programación de RM. Se han detectado contraindicaciones para la realización de la prueba, mediante la revisión de las historias clínicas correspondientes (implantes de válvulas cardíacas, marcapasos, desfibrilador automático implantable, implantes cocleares, neuroestimuladores, prótesis osteoarticulares, o cualquier otro dispositivo susceptible de incompatibilidad RM) ó dispositivos subcutáneos (bombas de insulina, de heparina, …), errores en la solicitud, contraindicación para la administración de contraste, volumen o claustrofobia del paciente.
Hemos estudiado durante este período 3114 pacientes y las incidencias detectadas han sido 40, lo que representa el 1.28%.
Causas principales:

1- Pacientes portadores de dispositivos implantables o no, que no constaba en la petición médica y de los cuales se desconocía marca y modelo.75%
2- La petición no está bien especificada o es confusa.2.5%
3- Contraindicación para la administración de contraste.10%
4- Pacientes obesos o claustrofóbicos.7.5%
5- Alergia al Gadolinio.2.5%
6- Cirugía reciente.2.5%

De todos los pacientes revisados, no se les realizó el estudio en un 10%. Los motivos fueron Claustrofobia 2.5%, Marcapasos no compatible 5% y Cirugía reciente 2.5%

Gracias a la revisión sistemática de las historias clínicas de los pacientes citados para RM, se ha conseguido minimizar el número de recitaciones de pacientes en los que se detecta una contraindicación con anterioridad o requieren una preparación antes de la prueba y por tanto, se ha mejorado la calidad asistencial y la seguridad proporcionada al paciente previa a la realización del estudio.

AUTORES: Alicia Martin Leñero; D Bujan Leiva; P Sanz García; M Fabregat Clotet; V Sánchez Sánchez; C Garrido Arribas.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínic.

ID: 365

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO PREVIO A LA ESTRATEGIA

RESUMEN:
La cultura de seguridad es fundamental para evitar incidentes de riesgos y eventos adversos. Previo al diseño de la nueva estrategia de Seguridad del Paciente realizamos una encuesta sobre la percepción de nuestros profesionales que ha servido como fuente de información
Conocer la percepción de los profesionales sobre seguridad del paciente en nuestro medio previo a la elaboración de la Estrategia
Estudio descriptivo trasversal. A través del Portal del Profesional se dio acceso a la cumplimentación de la encuesta HOSPSC de la AHRQ adaptada a nuestro medio de los resultados del nivel de cultura de seguridad realizado al universo de los profesionales asistenciales de un servicio de urgencias extrahospitalario durante dos meses previa información. Análisis estadístico y valoración global. Comparación con otros estudios
Se obtuvieron 360 respuestas (17,27%). Médicos: 124 (34,44%), Enfermeras: 100 (27,78%), Técnicos de emergencias sanitarias: 120 (33,33%); y No sanitarios: 15 (4,17%).
La percepción de los trabajadores sobre su compromiso de la seguridad considerando aspectos como el ritmo de trabajo y efectividad de los procedimientos, fue negativa (43,88%).
Expectativas sobre la Dirección: la percepción es negativa (39,3%) o indiferente (29,37%). Relativo al aprendizaje observacional no se percibe una actitud proactiva (31,79%) excepto cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente.
Se puede considerar casi una fortaleza del clima de seguridad la dimensión del Trabajo en Equipo dentro de cada unidad (73,04%).
No hay una percepción en la franqueza en la comunicación, sobre todo para cuestionar las decisiones de los superiores.
Se percibe que no hay suficiente feed back (49,39%), excepto dentro del propio equipo (21,43%).
Con respecto a la respuesta no punitiva a los errores hay miedo a que quede reflejado en el expediente (57,47%), aunque no hacia un uso penalizador de compañeros y superiores.
También en la percepción de dotación de personal las repuestas negativas superan el 50%.
El apoyo de la Gerencia también es percibido como problemático, con un total de porcentaje negativo (50,77%), siendo inferior a otros estudios.
La percepción del trabajo en equipo entre diferentes unidades y servicios es discretamente negativa, destacando que una de las 4 cuestiones valoradas lastra la valoración global.
La percepción sobre los problemas en cambio de turnos tiene una percepción positiva (43,86%) claramente inferior que en otros servicios comparados.
La percepción de que se notifican los eventos siempre o casi siempre es de 40,26%, superior a nunca o casi nunca. 33%
No encontramos ninguna fortaleza en base a los criterios de la clasificación AHRQ en ninguna de las dimensiones de la encuesta, con algunos ítems más negativa que otros estudios.
La Estrategia de SP 2017-2020 despliega actuaciones orientadas a mejorar la comunicación de incidentes y recomendaciones, liderazgo, comunicación y apoyo directivo, formación específica

AUTORES: Asuncion Colomer Rosas; P Fernan Pérez; MJ Medrano Martínez; N García García; MV Hernández Jaras; P Busca Ostolaza.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112.

ID: 366

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RESUMEN:
Diversos organismos internacionales y nacionales recogen como una prioridad el establecimiento de una adecuada Cultura de seguridad para garantizar una calidad asistencial correcta. Disponemos de una serie de instrumentos que nos permiten evaluarla. En ocasiones, la cumplimentación de los mismos puede resultar compleja y tediosa tanto por la estructura de algunas de sus preguntas como por la extensión del cuestionario.
Objetivos
1. Determinar la percepción que tienen los profesionales sanitarios y no sanitarios en un Hospital Universitario sobre las actividades que se desarrollan en relación a la seguridad del paciente.
2. Describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades.
3. Evaluar los resultados sobre la Cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del cuestionario AHRQ validado al castellano.
4. Evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras en las mismas.
Estudio transversal y descriptivo realizado en el Hospital Universitario San Juan de Alicante. En este estudio se recogieron los resultados de la valoración del nivel de Cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios y no sanitarios de un Hospital Universitario utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano.
La tasa respuesta fue 35,36%. El colectivo médico representó el grupo más numeroso (32,3%) .El Servicio con mayor tasa de participación fue Urgencias (9%). La mayor parte del personal (58%) trabajó entre 20 y 39 horas semanales, el 26,5 % trabajaba más de 21 años en el Hospital, el 28,3% entre 6-10 años en su Servicio y el 45,6%, llevaba más de 21 años trabajando en la profesión. El 86,4 % de los que respondieron tuvieron contacto con el paciente. El 50% de los trabajadores calificó el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos. El 82,8%, no notificó ningún evento adverso. No se han identificado fortalezas. Los resultados más destacados en positivo se relacionan con las dimensiones : Aprendizaje organizacional/mejora continua, Expectativas/Acciones de la Gerencia que promueven la seguridad y el Trabajo en equipo dentro de las Unidades.Las áreas de mejoras identificadas son : Dotación de personal, Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente, Cambios de turno y transición entre Servicios y la Percepción de seguridad. El colectivo con mayor número de fortalezas es el de los farmacéuticos y, con mayor número de debilidades, el de los celadores. Se han identificado más debilidades en los Servicios quirúrgicos y la UCI frente a los Servicios de tipo médico. Las intervenciones de mejora que proponemos son : actitud más proactiva por parte de la Gerencia; mayor coordinación entre Unidades/Servicios; incrementar la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en materia de seguridad y fomentar un ambiente no punitivo para favorecer la notificación de los eventos adversos

AUTORES: Mario Mella Laborde[1]; MT Gea Velazquez de Castro[2]; JM Aranaz Andrés[3]; A Compañ Rosique[4].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Juan de Alicante[1, 2, 4]; Hospital Ramón y Cajal[3].

ID: 367

TÍTULO: TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO EPOC (CDQ) PARA SELECCIONAR FUMADORES CANDIDATOS A ESPIROMETRÍA.

RESUMEN:
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un problema de salud de alta prevalencia (en nuestro medio se estima que la padecen entre un 10% y un 13% de la población de más de 40 años). La espirometría como herramienta de cribado ha sido ampliamente contestada por la movilización de recursos excesiva y los pobres resultados obtenidos (Valor Predictivo Positivo del 70%), pero cuando la prueba se aplica sobre poblaciones ya cribadas el VPP puede llegar al 90%. Se ha desarrollado un cuestionario específico para el cribado de la EPOC, el COPD Diagnostic Questionnaire (CDQ) validado en población australiana. En nuestra Área Básica de Salud (ABS) la prevalencia se sitúa actualmente en un 1.8%, aunque más de un 9% de la población usa broncodilatadores. Los pacientes diagnosticados suponen el 3,2% de las visitas ordinarias, el 3% de las urgentes al Centro de Atención Primaria (CAP), 18 ingresos hospitalarios y una media de 3.5 asistencias/paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia. Por todo ello hemos propuesto la validación del cuestionario CDQ adaptado y traducido al castellano como método de cribado de pacientes fumadores candidatos a realizar una espirometría para incrementar el porcentaje de enfermos diagnosticados.
Traducir y validar al castellano el cuestionario CDQ
Proyecto desarrollado en 3 fases. Primera: traducción al castellano (método traducción – retrotraducción, participando un total de 6 traductores) y estudio de validez aparente y de contenido mediante un grupo de expertos (un experto en metodología y dos profesionales de la salud). Segunda: comprobar la validez de criterio mediante estudio de pruebas diagnósticas (curva ROC) comparando los resultados del cuestionario con los de la espirometría. Igualmente, comparación con el estudio de validez efectuado por los autores del cuestionario. Tercera fase (actualmente en fase de desarrollo): aplicación sistemática del cuestionario a los fumadores de más de 39 años de 2 cupos de nuestra ABS.
Resultados: Se obtuvo un cuestionario traducido de fácil aplicación. El estudio de validación sobre una muestra de 39 individuos obtuvo una curva ROC cuya área bajo la curva fue de 0.75 con un error estándar de 0,068, valores que resultan estadísticamente significativos (p= 0.002). Este resultado no difiere significativamente del obtenido por los publicados por los autores del cuestionario (Área bajo la curva = 0.713; error estándar= 0.012) (p=0.36). El punto de corte óptimo se consideró en 19.5 puntos, que ofrece la mejor combinación de sensibilidad (88.2 %) y especificidad (51.2 %). La correlación CDQ – FEV presenta una R=0.46 (p=0.001)
Conclusiones: La traducción obtenida es fácilmente aplicable en las consultas de atención primaria. Los resultados de su validación coinciden con los obtenidos en el estudio de validación del cuestionario original y su correlación con los valores del FEV resulta aceptable. Hemos iniciado su aplicación en nuestras consultas.

AUTORES: Antoni Collado Cucò; J Fontgivell Ferran; M Torres Font; Y Herranz; M Pamies Hidalgo; G Medina.

CENTRO DE TRABAJO: ABS Riudoms.

ID: 368

TÍTULO: EL MODELO DE CERTIFICACIÓN ACSA COMO MARCO PARA LA MEJORA CONTINUA. EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA.

RESUMEN:
El programa de Certificación de Unidades de Gestión Clínicas (UGCs) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) tiene como objetivo promover la mejora continua. El proceso de certificación implica una evaluación que se realiza en dos etapas: una autoevaluación realizada por la UGC solicitante y una evaluación externa realizada por un equipo de evaluadores cualificados.
El objetivo de este estudio es describir y analizar las áreas de mejora identificadas e implementadas en las UGCs durante esas dos etapas del proceso de certificación.
Estudio descriptivo transversal con datos recopilados del proceso de certificación de UGCs, entre 2010 y 2017.
Los resultados describen las áreas de mejora identificadas por las propias unidades durante la etapa de autoevaluación, y aquellas implementadas después de ser detectadas en la etapa de evaluación externa. Posteriormente se clasifican esas mejoras según a que dimensión de calidad pertenecen.
N: 546 UGCs pertenecientes a hospitales y centros de atención primaria.
Los resultados indican el porcentaje de unidades que implementaron las principales medidas identificadas durante la autoevaluación y después de la evaluación externa: Acciones formativas y de difusión (14%-13%); Generación de guías, protocolos y procedimientos (13%-36%); Modificaciones estructurales (2%-7%); Cambios organizacionales (6% -17%); Tecnologías de la información (6%-13%).
Las medidas implantadas (% en autoevaluación y post-evaluación), pueden clasificarse según las siguientes dimensiones de calidad: Atención centrada en la persona (38%-17%); Organización de la actividad (21%-7%); Los profesionales (10%-0%); Resultados (6%-2%); Procesos de soporte (25%-63%).
El tipo de mejoras identificadas durante la autoevaluación se distribuyeron de manera más uniforme, destacan: la generación de guías, protocolos y procedimientos, y las medidas de difusión. Estas medidas fueron también implantadas en un alto porcentaje tras la evaluación externa, donde además fueron notables los cambios organizacionales y las medidas para mejorar las tecnologías de la información.
Según las dimensiones de calidad, el alcance de la mayoría de las mejoras detectadas en las dos etapas se incluyeron dentro de la dimensión de procesos de soporte. Las medidas implantadas, fueron destinadas a garantizar la gestión segura de equipos, instalaciones y tecnologías de la información, factores clave para la prestación de servicios de calidad en un entorno seguro y para el uso de datos fiables en la toma de decisiones.
El proceso de certificación del modelo de calidad de ACSA proporciona un marco y una metodología estructurada que facilita la implementación de mejoras y la estandarización de procesos. Fomenta la participación de la Unidad de Gestión Clínica en la detección de mejoras en la calidad sanitaria y proporciona un valor añadido con un punto de vista externo.

AUTORES: Ana Rodríguez-Benavente; M Herrera-Usagre; V Reyes-Alcázar; A Torres-Olivera.

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

ID: 369

TÍTULO: CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA NUEVA ESCALA PARA MEDIR CULTURA DE SEGURIDAD EN EL MEDIO HISPANO HABLANTE

RESUMEN:
La medición de la Cultura de seguridad (CS) nos permite identificar cuáles son las debilidades de la organización de manera que se puedan establecer estrategias de mejora que contribuyan a la reducción en el número de eventos adversos sobre los pacientes, mejorando así la calidad asistencial y reduciendo además los costes generados por los mismos. Las herramientas existentes para medir CS presentan una extensión y complejidad que en ocasiones pueden generar rechazo por parte del personal encuestado. La aplicación de un cuestionario sobre CS más sencillo, ágil y breve que los existentes puede facilitar su compresión y por tanto su cumplimentación produciendo un aumento de la respuesta que facilitará los estudios sobre seguridad de los pacientes.
1. Creación y validación de una nueva escala sintética para medir cultura de seguridad en el medio hispano hablante.
Estudio transversal y descriptivo realizado en el Hospital Universitario San Juan de Alicante,en el que se recogieron los resultados de la valoración del nivel de Cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios y no sanitarios utilizando una nueva escala sintética de elaboración propia a la que hemos denominado "Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante". El proceso de construcción del cuestionario de elaboración propia se realizó en 6 fases : 1. Búsqueda bibliográfica; 2. Validación de la estructura y contenido del cuestionario por un grupo de expertos en seguridad del paciente según una técnica de grupo nominal; 3. Comprobación de supuestos y análisis factorial exploratorio; 4. Prueba piloto para asegurar la compresión del mismo mediante una selección por conveniencia de profesionales expertos; 5. Modificación de la versión 1.1 tras los análisis pertinentes; 6. Análisis de la fiabilidad del cuestionario.El cuestionario consta de 9 ítems agrupados en tres dimensiones: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, Percepción de Seguridad y Expectativas y acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad. Adicionalmente, se incluyó un ítem de valoración general de la seguridad del paciente en el centro. Los ítems se estructuraron mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (Muy de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo).
Todas las cargas factoriales han resultado mayores que 0,5 lo cual indica buena capacidad explicativa del ítem para la Dimensión. En total, la escala consigue explicar aproximadamente un 60% de la percepción por parte de los profesionales de seguridad del paciente en un Centro. El análisis factorial exploratorio realizado así como la consistencia interna del cuestionario (Alpha de Cronbach: 0,635) nos permiten afirmar que el cuestionario diseñado es apto para su uso en nuestro medio.

AUTORES: Mario Mella Laborde[1]; MT Gea Velazquez de Castro[2]; A Compañ Rosique[3]; JM Aranaz Andrés[4].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Juan de Alicante[1, 2, 3]; Hospital Ramón y Cajal[4].

ID: 370

TÍTULO: MEDICAMENTOS PELIGROSOS: ADAPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE REENVASADO EN DOSIS UNITARIA

RESUMEN:
La seguridad y salud de los trabajadores de un hospital es una cuestión clave en cualquier institución sanitaria; por ello, se hace necesario establecer unas recomendaciones para la manipulación de medicamentos peligrosos (MP) por el personal sanitario.
El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo español (INSHT), publicó en 2016 una adaptación de la lista elaborada por el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) de MP, denominado Documento Técnico 87.1:16. (DT).
El reenvasado es el proceso que permite acondicionar el medicamento en un nuevo envase para su dispensación en dosis unitaria. Éste posibilita la identificación completa del fármaco (nombre comercial, principio activo, dosis, lote, fecha de caducidad y código nacional).
Describir las actuaciones realizadas en el Servicio de Farmacia (SF) de un hospital de tercer nivel para adaptarse a las recomendaciones establecidas en el DT para llevar a cabo el reenvasado de MP de administración oral, protegiendo así al personal de los riesgos por manipulación de los mismos. El DT clasifica los MP en: grupo 1 (medicamentos antineoplásicos); grupo 2 (medicamentos no antineoplásicos que cumplen uno o más criterios de peligrosidad) y grupo 3 (medicamentos que presentan riesgo para el proceso reproductivo, embarazo o lactancia).
Tras la publicación del DT, el SF elaboró un listado de MP orales incluidos en la Guía Farmacoterapéutica. Se revisó el protocolo de reenvasado vigente hasta ese momento, en el cual se reenvasaban de manera automática (máquina reenvasadora) todos los medicamentos sin hacer distinciones entre MP o no MP.
Se contabilizaron 98 principios activos (PA) de administración oral incluidos en la GFT y presentes en el DT; grupo 1: 45 (45,92%), grupo 2: 29 (29,59%) y grupo 3: 24 (24,49%).
Tras la revisión del procedimiento de reenvasado, se decidió que los MP cuyos PA pertenecen a grupos 1 y 2, se continuara llevando a cabo de forma manual en un laboratorio del SF destinado a tal efecto con el fin de evitar el riesgo de aplastamiento y posible contaminación del resto de medicamentos reenvasados. Además, el personal debe emplear un equipo de protección individual formado por bata, guantes de nitrilo y mascarilla FPP2/FPP3.
Los MP del grupo 3 continúan reenvasándose de forma automática, siendo necesaria una limpieza integral de la máquina al finalizar el proceso de reacondicionamiento de cada uno de los principios activos.

La incorporación de las recomendaciones del DT en nuestro SF supone un aumento de la carga de trabajo. Se recomienda la selección de medicamentos adquiriendo presentaciones comercializadas en dosis unitaria. Como propuesta de mejora, se ha considerado la adquisición de una nueva máquina reenvasadora de uso exclusivo para MP.
La implantación de las recomendaciones de NIOSH ha supuesto una corrección en algunos de los procedimientos normalizados de trabajo, mejorando así las condiciones de seguridad del personal de farmacia.

AUTORES: Paula Maté Arbaiza; I Gutiérrez Fernández; V Ortoll Polo; A García Benito; M Espeja Martínez; MP Espinosa Gómez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Univeristario de Burgos.

ID: 371

TÍTULO: SATISFACCION DE LOS PACIENTES ANTE EL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

RESUMEN:
El coste es uno de los motivos para modificar la terapia antirretroviral (TAR) eficaz. El cumplimiento presupuestario, como elemento fundamental para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario, motivó el establecimiento de un protocolo del tratamiento del VIH en el Hospital Universitario de Burgos.
Además, ante la reciente comercialización de FTC/TAF y su menor toxicidad ósea y renal respecto a FTC/TDF, en el protocolo se priorizó aquella combinación.
Se contemplan, entre otras estrategias, el cambio a terapia con 2 comprimidos diarios (BD) administrados juntos en vez de un único comprimido diario (QD), consiguiendo disminuir el gasto por tratamiento y, en la mayoría de los casos, mejorar el perfil de seguridad de la TAR.
Evaluar la satisfacción de los pacientes con cambio a un régimen BD tras la implantación del protocolo.
Estudio descriptivo, observacional y prospectivo que incluyó los pacientes cuyo TAR se modificó de ABC/3TC/DTG, FTC/TDF/EFV y FTC/TDF/RPV, en régimen QD a ABC/3TC + DTG, FTC/TAF + EFV y FTC/TAF + RPV, en régimen BD.
Se diseñó un cuestionario con preguntas relativas a: explicaciones recibidas por parte del paciente ante la modificación del tratamiento, entendimiento de los cambios realizados, confianza/desconfianza percibida, cambios en su estilo de vida, grado de cumplimiento obtenido y concienciación acerca del gasto sanitario. El farmacéutico entrevistó de manera individualizada a cada pacientes.
Se propuso la entrevista a 52 pacientes, contestando al cuestionario el 96,15%(50); edad media de 49,26 años (rango 25-79), siendo el 70% varones (35).
Un 88%(44) mostraron gran satisfacción ante las explicaciones recibidas referentes al cambio de tratamiento por parte del médico y/o farmacéutico. Un 84%(42) entiende que está recibiendo el mismo tratamiento, pero con 2 comprimidos en vez de 1, un 14%(7) cree que es parecido pero con el mismo efecto y más barato. A un 78%(39) no le produce desconfianza el cambio, sin embargo, un 14%(7) muestran alguna duda. Ante los cambios en el estilo de vida, al 52%(26) no les ha supuesto ningún problema pero un 42%(21) refiere algún inconveniente. Al 84%(42) de los pacientes no les ha implicado peor cumplimiento de su tratamiento, no obstante, el 14%(7) defienden que es posible que se les pueda olvidar algún comprimido. Sobre la satisfacción personal en cuanto a la disminución del gasto sanitario con el cambio de tratamiento, un 46%(23) se muestran muy satisfechos, un 32%(16) satisfechos e indiferencia en un 6%(3).
El grado de aceptación por parte de los pacientes del cambio de tratamiento es muy alto, mostrando satisfacción con la información recibida y confianza ante la modificación en su terapia.
Los pacientes perciben que la adherencia al tratamiento no se ve influenciada por el cambio QD a BD. Sólo un reducido número admite que es posible algún olvido.
Este tipo de estrategias supone una oportunidad para sensibilizar a los pacientes en la sostenibilidad del sistema sanitario.

AUTORES: Virginia Ortoll Polo; C Hermida Pérez; J Locutura Rupérez; P Maté Arbaiza; I Gutiérrez Fernández; M Ubeira Iglesias.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Univeristario de Burgos.

ID: 372

TÍTULO: GESTIÓN EFICIENTE DE CONSULTAS PREFERENTES EN UN ÁREA DE SALUD INTEGRADA

RESUMEN:
La gestión efectiva y eficiente de la atención ambulatoria preferente de los pacientes del sistema sanitario público entre Atención Primaria y Hospitalaria es una necesidad y obligación por parte de equipos directivos y de los mandos intermedios asistenciales. Las demoras en la atención de potenciales patologías que requieren una inmediatez en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, pueden generar retrasos diagnósticos que modifiquen de manera importante el pronóstico de la enfermedad así como ansiedad y efectos colaterales negativos en los pacientes.
Generar un procedimiento regulado en la gestión de las citas en una Gerencia Integrada entre los 2 niveles asistenciales que asegure la atención precoz por parte de los especialistas hospitalarios de aquellos pacientes que lo requieran por la gravedad de su patología.
Se ha establecido un procedimiento por el que la primera cita de la especialidad hospitalaria indicada por el médico de Atención Primaria se gestiona desde el Centro de Salud, tanto la prioridad preferente como la cita ordinaria. Posteriormente se envían las volantes de preferentes al Servicio de Admisión del hospital y allí cada Servicio Clínico los revisa en un plazo inferior a 48 horas. Tras el filtro, los valorados por el especialista como preferentes se quedan en la cita ya marcada desde el Centro de Salud y los evaluados como no preferentes se les modifica la cita, y pasan a tratarse como ordinarios. En algunas especialidades, se revisan también las ordinarias, con el fin de detectar prioridades preferentes y adelantar la cita del paciente.
Desde el segundo trimestre de 2016 que se implantó el procedimiento, el 87,5% de los servicios han mantenido de manera continuada todos los meses la demora por debajo de 15 días en los casos preferentes. En el resto de las especialidades, 12,5%, el 86,9% de los meses la demora ha permanecido por debajo de los 15 días para los preferentes. La percepción de los médicos, tanto de los que derivan como de los especialistas, es la mejora en la gestión de los pacientes con patología no demorable. Este modelo de gestión tiene un efecto sobre el médico prescriptor que cada vez selecciona más la preferencia, de manera que inicialmente, dependiendo de la especialidad, entre el 10 y el 40% de los volantes se valoraban como verdaderamente preferentes. Actualmente estos porcentajes entre el 55 y el 75%.

AUTORES: MB Cantón-Álvarez; A Main-Pérez; C Barbosa; F Altés-Melgar; JM Vicente-Lozano.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia.

ID: 373

TÍTULO: ESCUCHANDO EL PROPÓSITO EVOLUTIVO EN UNA DIRECCIÓN DE CALIDAD.

RESUMEN:
Según F. Laloux (Reinventar las organizaciones), las organizaciones son organismos vivos con un propósito evolutivo que podemos escuchar y atender a través de mecanismos de actuación rápida que se adapten a las necesidades de cada momento.
Nos planteamos escuchar el propósito evolutivo de la Dirección de calidad (DC) para mejorar la coordinación, el trabajo en equipo y los resultados de las diferentes áreas.
Tradicionalmente hemos establecido nuestros planes de mejora a partir de la identificación de lo que no funciona. Ahora nos enfocamos en identificar y definir el propósito de cada ámbito de la DC:
• Cada responsable identifica las tareas genéricas que se realizan en su ámbito.
• El grupo de responsables identifica el propósito de cada proceso/ámbito, teniendo en cuenta el punto de vista del cliente (interno y externo) y de la organización (que esté alineado). El propósito corresponde al momento actual y puede ser diferente de la misión de cada proceso (más teórica y estática).
• Cada responsable valida su propósito incorporando aportaciones de los profesionales del ámbito.
• El grupo de responsables identifica los requerimientos básicos para llevar a término cada propósito. De estos requisitos, se valora los que tenemos y los que faltan. Se priorizan los requisitos que faltan y, los priorizados, pasan a formar parte del Plan de acción de cada proceso/ámbito.
• De la lista previa de tareas del ámbito, se identifican las que no dan soporte al propósito y se decide si: a) se eliminan porque no aportan valor, b) se mantienen porque tienen que ver con la misión (aunque no con el propósito actual), c) se les da una nueva orientación para dar soporte al propósito.
• Se informa a los profesionales de cada ámbito del Plan de acción final.
• Se establece una sistemática de seguimiento mensual del Plan de acción en grupo.
Tras 4 sesiones de grupo de 3h y dos reuniones individuales con cada responsable:
• Se ha definido el propósito actual de 5 procesos (Seguridad de paciente, Desarrollar organización, Documentación clínica, Archivo de historias clínicas y Análisis e información clínica) además del área de soporte administrativo.
• Se han definido planes de mejora, con 34 acciones priorizadas para el 2018. 5 de estas acciones son de coordinación entre ámbitos/procesos y 6 son de reorientación de estructuras ya existentes para dar soporte a los nuevos propósitos.
Conclusiones:
• Ha sido un proceso más ágil y mentalmente ligero que el tradicional enfoque a detectar directamente áreas de mejora.
• Centrarnos en identificar el propósito actual y en los requisitos para llevarlo a cabo, permite:
a) enfocar las acciones alrededor de este propósito y eliminar las innecesarias respecto a él.
b) evitar la costumbre habitual de poner la atención en lo que no funciona, que puede impedir ver oportunidades para conseguir el verdadero propósito.
c) evitar poner la atención en aspectos que no funcionan bien pero no tienen gran incidencia en la consecución del propósito.

AUTORES: Carme Mompó I Avilés; D Pumar Delgado.

CENTRO DE TRABAJO: Consorci Sanitari Integral.

ID: 374

TÍTULO: CREACIÓN DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS.

RESUMEN:
Los cuidados paliativos pediátricos (CPP) se constituyen como una demanda asistencial de una población especialmente sensible por las características de complejidad clínica y emocional de los procesos a abordar. La baja prevalencia de casos susceptibles de estos cuidados en provincias con características demográficas que incluyen elevada dispersión geográfica, pirámide poblacional especialmente envejecida y factores organizativos sanitarios con un elevado número de dispositivos asistenciales descentralizados como son los consultorios, hacen que se deban plantear soluciones nuevas e innovadoras que no precisen de grandes inversiones económicas, sino de cambios en la gestión sanitaria.
Generar un modelo de gestión de la atención a los CPP con un enfoque de medicina basada en las preferencias del paciente y de la familia, mínimamente disruptiva y de elevada calidad científico técnica y sostenible.
Es un modelo de gestión que aporta una estructura organizativa básica con la creación de una Unidad Central de CPP y cuatro Periféricas agrupando a los EAP. Las periféricas estarán constituidas cada una de ellas por un médico pediatra y una enfermera, ambos con formación suficiente en CPP. Estas unidades serán las encargadas de la atención de proximidad de los pacientes, preferentemente en su domicilio (o en los centros residenciales en los que vivan algunos de ellos), a través de la formación específica y actualizada.
La Unidad Central actuará como referente de las periféricas y estará formada por dos pediatras y por dos enfermeras con formación avanzada en CPP. Contarán con el apoyo de un psicólogo y del trabajador social. Esta unidad central está enfocada a manejar situaciones más complejas, que requieren la intervención de personal que, aunque no se dedica exclusivamente a los CPP, posee habilidades específicas determinadas por estándares reconocidos.
Estas estructuras basan su funcionamiento en un proceso de gestión eficiente del conocimiento por parte de los gestores, garantizando en todo momento la actualización de un grupo limitado de profesionales altamente cualificados en este campo y adaptados al nivel de atención sanitaria que prestan.
Este modelo de atención, que exclusivamente va dirigido a cómo manejar y circular al paciente pediátrico con necesidades de cuidados paliativos dentro del Sistema Sanitario.
Propone una estructura organizativa adaptada a las características sociodemográficas y geográficas de gran parte de las provincias españolas.
Pone el acento en la gestión del conocimiento.
Define un modelo de atención específico en base a las necesidades tan diferentes de este grupo de pacientes.
No se crean unidades estructurales específicas, que no serían viables por el bajo número de casos a atender.
Es eficiente, ya que se hace sin recursos humanos y/o tecnológicos adicionales, sólo hay costes de formación y, eventualmente, de sustituciones.
Propone un modelo colaborativo público-público y público-privado, y se dice cómo.

AUTORES: Jose Manuel Vicente Lozano; MB Cantón-Álvarez; A Main-Pérez; P Del-Villar-Guerra; A García-Rodríguez; D Alcaide-Carrillo.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia.

ID: 375

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN PROACTIVA DE LOS RIESGOS SANITARIOS EN EL PROCESO DE HEMODIÁLISIS MEDIANTE UN MAPA DE RIESGOS.

RESUMEN:
La gestión de los riesgos sanitarios, enfocada desde la gestión de calidad, es una prioridad en las organizaciones sanitarias. La gestión de los riesgos requiere una identificación proactiva de los posibles fallos en la atención. La elaboración de un mapa de riesgos permite analizar y priorizar los fallos potenciales. La hemodiálisis (HD) es un proceso complejo que necesita de un análisis detallado buscando los posibles incidentes en seguridad del paciente.
Identificar y valorar de forma proactiva los riesgos a los que se somete un paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis mediante el uso de mapa de riesgos, priorizando los eventos más significativos para evitar que aparezcan y produzcan daño.
Se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales y responsables médicos y de enfermería de la unidad y la coordinadora de calidad del centro. Para el diseño del Mapa de Riesgos se usó como herramienta el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), permitiendo de forma sistemática, analizar los fallos potenciales. Se describió el proceso de HD, utilizando un mapa y ficha del proceso que describía las actividades realizadas mediante un diagrama de flujo. En el análisis de riesgos se describieron todos los modos de fallo (fallos potenciales) o diferentes formas en que cada etapa del proceso puede fallar y conducir al resultado negativo para el paciente, identificando las posibles causas de esos fallos. Por cada causa-efecto se analizó frecuencia (F), gravedad (G) y detectabilidad (D) calculando el producto de los tres factores con el que obtenemos el NPR (número de priorización de riesgo). Posteriormente se ordenaron las puntuaciones obteniéndose un orden de prioridad sobre el que dirigir las propuestas de mejora. Las acciones de mejora fueron consensuadas en el equipo y presentadas en la unidad.
El mapa de procesos de HD se dividió en 5 fases: preconexión, conexión del paciente, sesión de HD, desconexión y vigilancia postdesconexión. Se detectaron un total de 41 fallos potenciales con 102 diferentes causas y efectos. Fue en la fase de sesión HD en la que se detectaron mayor cantidad de fallos y efectos con 13 posibles fallos y 44 efectos potenciales sobre los pacientes. El NPR más elevado superó los 5oo puntos. Los fallos potenciales con NPR más elevados fueron: error en el peso de los pacientes lo que condiciona una programación de HD errónea, el inadecuado mantenimiento de los accesos vasculares y constantes durante la sesión, el error en la programación de biosensores y biocontroles, la trombosis de accesos vasculares y la inadecuada vigilancia en la fase de postdesconexión. Estas fueron las áreas priorizadas en las que se ha trabajado implantando acciones de mejora específicas. Como conclusión, podemos afirmar que el mapa de riesgos obtenido permitió analizar el proceso completo de HD detectando los riesgos potenciales mas graves, frecuentes y difícilmente detectables permitiendo priorizar actuaciones de mejora en seguridad del paciente.

AUTORES: Cristina García-Fernández; MJ Martín Rodríguez; B Arriero López; M Lorenzo Méndez; A Cirugeda García; V Barrio Lucia.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Infanta Sofía.

ID: 376

TÍTULO: TIEMPOS MODERNOS

RESUMEN: La transformación digital en la práctica médica diaria,está suponiendo una revolución muy positiva de los sistemas sanitarios, no sólo de Europa, sino de diversas partes del mundo. La atención no presencial puede facilitar tanto el diagnóstico como el tratamiento, así como la educación médica, y la comunicación con los pacientes en cualquier ámbito. Es un recurso tecnológico que posibilita la optimización de los servicios de atención en salud, ahorrando tiempo y dinero y facilitando el acceso a los pacientes para recibir atención especializada. Evaluar el impacto sobre la calidad percibida (por pacientes y profesionales) y eficiencia de la implantación de un sistema 'e-Health' de valoración no presencial de los pacientes de un Servicio de Cirugía General y Digestiva.
1. Población analizada (Población de referencia del Hospital general de Villalba): Se analizan las características y acceso a medios digitales de comunicación (Nivel formativo, disponibilidad de acceso a internet), accesibilidad al hospital...)
2. Medios técnicos dentro del Hospital:
Programa propio, con adaptaciones específicas:
** Existencia 'Portal del paciente', plataforma en la que se sostiene la comunicación profesionales-usuarios donde establecer una comunicación acotada en el tiempo para mantener un diálogo web en el momento en que lo decidan.
** Formularios específicos para procedimientos estandarizados a los que accede el paciente para responderlos/completarlos,
** Posibilidad de realizar peticiones que se marcan para ser valoradas de manera no presencial Cada especialista dispone de una agenda donde puede ver las peticiones para valoración no presencial con resultados
3. Mecanismo de evaluación de los resultados, que quedan reflejados en bases de datos y cuadros de mando accesibles que proporcionan información de retorno para mejorar el sistema y conocer sus repercusiones reales
Se busca ha buscado un triple aim ampliado con esta linea de trabajo:
Paciente:
-Resultados:
**Aumento progresivo del número de pacientes dados de alta en el 'Portal del paciente'
**Aumento progresivo del número de pacientes que han usado el Portal para alguna de sus funcionalidades de consulta o comunicación con nosotros
**Disminución del número de desplazamientos innecesarios al hospital. Reducción de número de horas de trabajo perdidas.
-Experiencia:
**Elevados indices de satisfaccion con la usabiidad del Portal (NPS)
Profesional
**Elevado índice de satisfacción del profesioonal con la usabildad del portal (Encuesta)
**Disminución del tiempo dedicado a revisiones innecesarias
Sistema
**Reducido índice de sucesivas/primeras
**Elevada tasa de sustitución de sucesivas por valoraciones no presenciales
Conclusión: La implantación de un sistema de valoración no presencial en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital General de Villalba ha redundado en un aumento de la eficiencia y en una elevada satisfacción por parte de usuarios y profesionales.

AUTORES: Maria Fraile Vilarrasa[1]; J Arcos Campillo[2]; L Alfaro Cadenas[3]; L Rubio Cirilo[4]; A Pascual Rodríguez[5]; H Guadalajara Labajo[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Villalba[1, 2, 3, 4, 5]; Fundación Jiménez Díaz[6].

ID: 377

TÍTULO: ATENCIÓN PRIMARIA, COMPARANDO PARA MEJORAR

RESUMEN: En nuestro territorio estamos trabajando la homogenización de algunos procesos con el fin de disminuir la variabilidad y mejorar los resultados .
Con este motivo hemos revisado algunos procedimientos comunes entre dos centros urbanos con características poblacionales similares con 13.536 y 26494 habitantes mayores de 15 años.
Por la frecuencia y el número de personas a las que afectan decidimos intervenir en la detección y la disminución de errores que se producen en el proceso de recogida de muestras en atención primaria .
Conocer la incidencia de errores potenciales que se producen en el proceso de análisis clínicos en nuestros centros de atención primaria . Disminuir el número de incidencias de errores que se producen en este proceso. Estudio retrospectivo/ comparativo de la incidencia de errores en el proceso analítico a partir de la aplicación del documento de seguimiento (chek-list) ,procedimiento de extracciones y recogida de muestras de nuestros centros(C 1/ C 2)
Variables
· Población C1,población C2
· N. extracciones realizadas: C1/ C2 (Oct,Nov,Dic 2017)
· Incidencias fase pre-analítica , analítica y post-analítica:·C1/C2
(Oct, Nov, Dic 2017)
. Intervención enero 2018
· N.extracciones realizadas C1/C2
· Incidencias fase pre-analítica,analítica y post -analítica: C1/C2
(Feb, Mar, Abril 2018)
Población:C1- 13.536 ,C 2- 26494 personas mayores de 15 años.
Periodo Oct, Nov, Dic 2017
N. extracciones realizadas:C1- 2950,C 2- 5480
Incidencias fase pre-analítica,C1-15, C2- 35, analítica C1-24, C2-16 y post- C1-no consta, C2-3 .
Grupo de mejora (5 personas de ambos centros), se decide intervenir en las fases pre- y analítica dado que es donde aparece mayor número de incidencias y la factibilidad y oportunidad son mayores .
En la fase pre- se interviene sobre el proceso de citación de pacientes, recordatorio y revisión del procedimiento a los administrativos, en la fase analítica recordatorio a los sanitarios , indicar la preparación correcta, informar y entregar contenedores adecuados ,aumento en el n.de extracciones en C1 y en C2 agrupar las dos agendas(extracción y muestras).
Periodo Feb, Mar, Abril 2018 (post)
N. extracciones realizadas: C1- 2.800, C2- 4.777
Incidencias fase pre - ,C1-16, C2- 17, analítica C1-9, C2-14 y post-analítica C1-no consta, C2-1.
Conclusiones
Los cambios estructurales (bajas ,incorporaciones) afectan a procesos en los que intervienen muchos profesionales.
Ha habido una mejora en los resultados pero sabemos que hace falta una nueva revisión mas detallada hasta minimizar las incidencias.
Todos los profesionales implicados pensamos que se trata de un proceso clave en la toma de decisiones asistenciales y que no debemos conformarnos con una mejora que deje incidencias aunque no sean graves. Hace falta respetar la idiosincrasia de cada equipo para individualizar los resultados.

AUTORES: Mª Socorro Del Amo Benito; M Rodriguez Benito; P Espelt Aluja; A Gonzalez Bravo; R Solis Narvaez; Y Fernández Pagès.

CENTRO DE TRABAJO: CAP Tàrraco.

ID: 378

TÍTULO: POLÍTICA "DEUDA 0" EN DÍAS LIBRES, TODO VENTAJAS

RESUMEN:
Desde septiembre de 2015, la Unidad de Celadores de nuestro viene trabajando en una de las directrices más importantes marcadas por la Dirección: "Hacer viable la Unidad de Celadores", para lo cual, se plantearon diferentes líneas de actuación, entre las que se encontraba eliminar la deuda histórica de días libres, que lastraba la disponibilidad de profesionales durante el año, para ello se han realizado una serie de acciones destinadas a optimizar los recursos humanos disponibles
Una de las circunstancias que más problemas genera en cualquier servicio/unidad dedicada a la prestación de servicios, es la deuda de días libres de periodos anuales anteriores.
Eliminar la deuda de días libres de periodos anuales anteriores.
En diciembre de 2015, se acordó un nuevo catálogo de puestos de trabajo de la Unidad de Celadores, que recogiese únicamente aquellos puestos que podamos cubrir, entendiendo como tal, aquellos que podamos cubrir garantizando el disfrute de la totalidad de libranzas ordinarias y extraordinarias a los que tiene derecho cada trabajador.
Se elaboró e implanto un plan de viabilidad que nos permitiese recuperar la deuda existente al cierre de 2015.
AL cierre del año 2015, la deuda de días libres con los profesionales adscritos a la Unidad de Celadores, era de 3875 días para una plantilla de 435 celadores.
Al cierre del año 2016, esta deuda descendió a 1278 días, para una plantilla de 460 celadores.
Al cierre del año 2017, la deuda es "0", para una plantilla de 455 celadores.
SI tenemos en cuenta que el promedio anual de días trabajados por cada profesional, no supera los 210 días, haber eliminado una deuda de 3875 días, permite disponer de 18 celadores más de plantilla durante el año.
CONCLUSIÓN
Las medidas implantadas, han permitido asegurar la viabilidad de la Unidad de Celadores, tanto en recursos humanos disponibles, como la viabilidad presupuestaria.

AUTORES: Antonia Peña Del Rio; A Gómez Vales; Ma Silván Sotillo; A Yela Funcia; Pl Izquierdo Doyagüez; J Soto Bonel.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico San Carlos.

ID: 379

TÍTULO: MEJORANDO EL CLIMA LABORAL DE LA UNIDAD DE CELADORES DEL HOSPITAL

RESUMEN:
Desde septiembre de 2015, los mandos intermedios de la Unidad de Celadores aprecian un considerable incremento de la satisfacción e implicación de los celadores, los mandos intermedios y responsables, han realizado un gran esfuerzo en la modificación de las metodologías utilizadas para mejorar la gestión de las personas.
Mejorar el clima laboral del colectivo.
Implicar a los profesionales en el cumplimiento de los objetivos.
Optimizar los recursos disponibles optimizando las libranzas y proponer la contratación de las sustituciones necesarias.
Mejorar la comunicación con nuestras partes interesadas.
Mejorar la eficiencia en nuestra prestación de servicio.
Cambio de los sistemas de libranza.
Justificación mediante los datos del cuadro de mando de sustituciones de bajas por incapacidad temporal y de vacaciones en períodos estivales y navideños.
Acciones formativas del Plan de Acogida a personal de nueva incorporación.
Incorporación de formación on-line a través de la plataforma Moodle para la totalidad de los profesionales.
Acciones formativas para todos los celadores, dedicadas a explicar la misión, valores, funcionamiento de la Unidad, metodología para la toma de decisiones, etc.
En diciembre de 2015, el jefe de servicio de la Unidad acudió a la cena de celadores, siempre comenta que una celadora le dijo “tu mayor reto, es devolver la sonrisa a los celadores”.
En las navidades de 2017, esa misma celadora le dijo “Enhorabuena, has conseguido devolver la sonrisa a los celadores”

CONCLUSIONES:
“Un trabajador motivado, rinde el triple que un trabajador cabreado”, por lo que tenemos que hacer todo lo que esté en nuestras manos para conseguir motivarlos.

AUTORES: Amparo Serrano Serrano; MC Rodríguez Sánchez; RJ Salto Gómez; A Yela Funcia; PL Izquierdo Doyagüez; J Soto Bonel.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico San Carlos.

ID: 380

TÍTULO: MODIFICAR EL FLUJO DE PACIENTES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS CARGAS DE TRABAJO

RESUMEN:
Cuando analizamos el flujo de pacientes dentro de una organización sanitaria, nos centramos en analizar aquellas estaciones en las que el paciente recibe algún tipo de asistencia o se le realiza una prueba diagnóstica, en el Hospital, además hemos analizado y mejorado los circuitos de traslados de pacientes para la realización de radiografías de tórax de control.

La estructura del Hospital y la situación los servicios centrales, obligaba a realizar traslados de pacientes entre diferentes alas, alargando de forma inadecuada la duración de los mismos y por tanto el tiempo de ausencia del paciente de la Unidad de hospitalización, así como retrasos en la emisión de informes diagnósticos, obligando en muchos casos a retrasar la administración de tratamientos y/o la hora de alta del paciente.
Reducir los tiempos de traslado y realización de radiografías de tórax de control.
Tras monitorizar los circuitos de traslados de pacientes para dichas pruebas, y convencer a todos los actores implicados, de los beneficios previstos, se ha habilitado el uso de una sala en el área de urgencias para la realización de estas pruebas.
Se han reducido los tiempos de traslado del ala sur en un 54 % y en el ala norte en un 38 % respecto a los tiempos anteriores.
La reducción de cargas de trabajo en traslados, además de mejorar la percepción de los celadores, ha permitido aumentar la presencia de los celadores en los servicios/unidades en los que se encuentran asignados.

CONCLUSIÓN
Una pequeña modificación, ha permitido reducir el riesgo en seguridad del paciente derivado de los traslados, del retraso en la administración de tratamientos, reducir los tiempos de emisión de informes al alta, reducir las cargas de trabajo de los celadores e incrementar la presencia de estos en los servicios/unidades.

AUTORES: Pilar Sánchez Clement; JA García García; JL Urrutia Barrios; AM Gómez Vales; PL Izquierdo Doyagüez; J Soto Bonel.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico San Carlos.

ID: 381

TÍTULO: LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA UNIDAD DE CELADORES

RESUMEN:
El Sistema de Gestión de Calidad de la Unidad de Celadores se encuentra integrado en el S.G.C. y A., basado en la ISO 9001:2015 y 14001:2015 que requiere el análisis del contexto, expectativas de las partes interesadas y gestión del riesgo.
Implementar acciones que contribuyan a la gestión del riesgo (detección y prevención).
Se han detectado los siguientes riesgos:
- Incremento de celadores con limitaciones funcionales, de edad y del absentismo.
- Disminución de efectivos por reducción de la jornada laboral anual (sin contratos).
- Contar con equipos de trabajo inadecuados.
- Incrementos de actividad no comunicados.
- Imputaciones de responsabilidad en retrasos o faltas de atención.
- Repercusiones indebidas de cargas de trabajo y exigencias de solución a cualquier problema.

Para ello, se han implementado las siguientes acciones preventivas:
- Gestión de plantilla y datos de actividad.
- Transparencia de nuestra gestión.
- Versatilidad de la formación.
- Participación en grupos interdisciplinares.
- Control preventivo de nuestros materiales de trabajo.
- Sistema de comunicación.
- Análisis de reclamaciones y agradecimientos.
- Gestión por competencias.

La actividad desarrollada está suponiendo:
- Reducción del 23,4 % de los profesionales con tareas adaptadas por motivos de salud: 2015-107 / 2016-96 / 2017-82.
- Reducción del 56,1 % de las reclamaciones de usuarios: 2015-41/ 2016-22 / 2017-18
- Incremento del 93 % de los agradecimientos de usuarios: 2015-30/ 2016-48 / 2017-58
- Incremento del 27,4 % de la cobertura de puestos de trabajo: 2015-82,6%/ 2016-92% / 2017-100%
- Reducción del 37 % de los accidentes laborales (con independencia de que causen baja o no): 2015-138 / 2016-117 / 2017-87
- Satisfacción de las partes interesadas y correcto clima laboral.

CONCLUSIONES:
La metodología utilizada ha permitido gestionar el riesgo, detectarlo y prevenir sus consecuencias.

AUTORES: Angel Yela Funcia; A Serrano Serrano; MC Rodríguez Sánchez; AI Alguacil Pau; PL Izquierdo Doyagüez[5]; J Soto Bonel[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico San Carlos.

ID: 382

TÍTULO: MEJORANDO LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES, TRABAJANDO EL SALARIO EMOCIONAL

RESUMEN:
Solo podremos mejorar la humanización de la sanidad, mejorando la implicación de los profesionales.
No podemos modificar la retribución económica de los profesionales que conforman nuestra plantilla, por lo que debemos trabajar otros métodos de retribución.
Desde septiembre de 2015, la Unidad de Celadores de nuestro Hospital, ha venido trabajando en otros tipos de retribuciones, enmarcadas en el concepto de "Salario emocional":
- Planillas Anuales para que el profesional pueda organizar su vida.
- "Respetemos la planilla anual sobre todas las cosas".
- Disfrute anual de la totalidad de días libres.
- Escucha activa.
- Acercar la Unidad de Celadores a los Celadores.

El objetivo global era obtener los beneficios previstos de una correcta aplicación del salario emocional:
- Reducción de los accidentes laborales.
- Reducción de las bajas por Incapacidad Temporal.
- Reducción de los profesionales con tareas adaptadas por motivos de salud.
- Reducción de las reclamaciones y mejora de los agradecimientos de los usuarios.

Desde septiembre de 2015 se han implantado y mejorado dos procesos clave que han permitido alcanzar los objetivos previstos:
- Proceso de planificación y gestión de los recursos humanos.
- Proceso de comunicación interna.

Los principales resultados obtenidos son:
- Reducción del 37 % de los accidentes laborales (con independencia de que causen baja o no): 2015-138 / 2016-117 / 2017-87
- Reducción del 48 % en el promedio de bajas por I.T.: 2015-58 / 2016-42 / 2017-36
- Reducción del 23,4 % de los profesionales con tareas adaptadas por motivos de salud: 2015-107 / 2016-96 / 2017-82.
- Reducción del 56,1 % de las reclamaciones de usuarios: 2015-41/ 2016-22 / 2017-18
- Incremento del 93 % de los agradecimientos de usuarios: 2015-30/ 2016-48 / 2017-58

CONCLUSIÓN
Cuida de tus profesionales y ellos cuidaran de tus clientes.

AUTORES: Ricardo Jose Salto Gomez; MC Rodríguez Sánchez[2]; A Yela Funcia[3]; AI Alguacil Pau[4]; PL Izquierdo Doyagüez[5]; J Soto Bonel[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico San Carlos.

ID: 383

TÍTULO: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LAS BARRERAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE Y CARGA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

RESUMEN:
La fibrilación auricular no valvular (FANV) se asocia con un aumento del riesgo de ictus. Para ello, existen distintos tratamientos, como los antagonistas de la vitamina K (AVK), los cuales precisan de analíticas frecuentes y control de la dieta; o los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), como dabigatrán, rivaroxaban, apixaban y edoxabán, que no requieren monitorización periódica pero, para poder acceder al tratamiento, es necesario un Visado de Inspección, pudiendo solo prescribirse en ciertas situaciones detalladas en el Informe de Posicionamiento Terapéutico de los ACOD. La Sociedad Europea de Cardiología recomienda tener en cuenta las preferencias del paciente a la hora de seleccionar el tratamiento anticoagulante, ya que éste tiene un impacto en su vida diaria, que podría influir en una buena adherencia al tratamiento y unos resultados en salud más óptimos.
El objetivo del estudio es conocer las barreras de acceso al tratamiento anticoagulante en España, así como su impacto en la vida diaria, desde la perspectiva del paciente.
Se llevó a cabo un estudio observacional en pacientes anticoagulados con FANV a través de asociaciones de pacientes con enfermedades cardiovasculares españolas.
La perspectiva del paciente se evaluó a través de un cuestionario específico, que contenía preguntas ad hoc y de escala Likert de 5 puntos, sobre la carga de la patología y, en el caso de los pacientes tratados con ACOD, el nivel de complejidad de los trámites del visado. Un comité, compuesto por 1 cardiólogo y 3 representantes de pacientes, validó el cuestionario.
Participaron en el estudio 156 pacientes de 13 comunidades autónomas. El 36% recibían ACOD y el 64% restante antagonistas de la vitamina K (AVK). El tratamiento del 94,9% de los pacientes estaba costeado, total o parcialmente, por la Seguridad Social o mutua, siendo el copago la modalidad mayoritaria (67,6%), aunque se costeaba íntegramente un menor porcentaje de ACOD en comparación con los AVK (79,2% y 61,4%, respectivamente; p=0,034). En general, los pacientes consideraron que el tratamiento, y los aspectos relacionados con el mismo, no condicionaban su estilo de vida, teniendo los pacientes con ACOD una percepción menos negativa de su interferencia en las actividades diarias que los tratados con AVK. En los pacientes con ACOD (n=56), el médico de cabecera era mayormente quien gestionaba el visado (30,4%), siendo en la mitad de los casos en formato electrónico. La mayoría percibían como poco o nada complejos los trámites para obtener el ACOD. El 59,6% consideraron que dichos trámites no interferían en la decisión de tomar el tratamiento, aunque sí para el 25,5%.

En conclusión, el tratamiento interfería más en la vida cotidiana de los pacientes con AVK que en los tratados con ACOD, aunque en general condicionaba poco su estilo de vida. La mayoría de los pacientes con ACOD consideraba que los trámites requeridos para obtener el visado eran poco o nada complejos.

AUTORES: Alexandra Solé[1]; A Castro[2]; M San Saturnino[3]; L Arochena[4]; C Aleix[5]; N Malé[6].

CENTRO DE TRABAJO: Boehringer Ingelheim[1, 6]; Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz[2]; Cardioalianza[3]; Federación Española de Asociaciones de Pacientes Anticoagulados (FEASAN)[4]; Federación Española de Ictus (FEI)[5].

ID: 384

TÍTULO: SISTEMA NOTIFICACIÓN INCIDENCIAS: ABS MIXTO (RURAL-PLAYA) EVOLUCIÓN TRAS SU IMPLANTACIÓN

RESUMEN:
La prevalencia de los incidentes adversos es de (9,48-10,70%) en AP con un indice de evitabilidad del 70% (APEAS 2008)
La cultura de Seguridad de Pacientes promueve las acciones de mejora, necesita las notificaciones. Romper la dinámica de ocultación predominante en el ámbito sanitario
Conocer la evolución de las notificaciones en nuestro ABS tras la implantación de un sistema de notificación de incidentes: nº y gravedad de las notificaciones, categoría profesional que notifica, áreas criticas. Así como la distribución por años
En el año 2014 se inicia la notificación de incidentes adversos atraves de un programa informático accesible a todo el personal que garantiza la confidencialidad y protección de datos. Quien notifica puede permanecer anónimo si lo desea. La notificación se realiza siguiendo un patrón de preguntas con respuestas únicas, múltiples o abiertas para facilitar y detectar la información sensible .
Utilizamos como base de datos las notificaciones registradas en la aplicación (TPSCoud) entre enero de 2014 y mayo 2018 en nuestro ABS.
Realizamos un análisis de datos : Porcentual y de frecuencia de las variables. Globalmente y su distribución por años
El total de notificaciones es de 177 con una distribución por años 2014:1 ; 2015:3; 2016: 56; 2017: 86; 2018: 31.
Las enfermeras realizan el 48,58 % de las notificaciones seguidas de los médicos 36,15%
Según el riesgo predominan las notificaciones de riesgo Bajo 38,4% Moderado 29,3% y Muy bajo 28,8%. Siendo las notificaciones de riesgo alto 5% y extremo 0,5% puntuales.
Las áreas criticas están relacionadas con la Medicación 28,24% y la Gestión Clínico-Administrativa 25,42% Se mantienen con cifras elevadas todos los años estudiados.

El numero de notificaciones ha ido aumentando y consolidando el sistema de notificación como la vía adecuada para registrar los incidentes, perdiendo el miedo a notificar.
Las acciones de mejora de nuestro ABS tienen dos áreas claras en las que actuar y tener un alto impacto.

AUTORES: M Pilar Diezhandino Herrero; R Albiol Lluis; O Vazquez Martinez; R Pedret Llaberia; R Sagarra Alamo; M Cots Morenilla.

CENTRO DE TRABAJO: ABS Montroig del Camp.

ID: 385

TÍTULO: LA POTENCIA DE LA REPRESENTACIÓN VISUAL DE DATOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS.

RESUMEN:
Las caídas de los pacientes durante la hospitalización se perfilan como uno de los eventos adversos relacionados con la seguridad, en gran parte evitables, mas frecuentes y de mayor impacto, que pueden deteriorar gravemente la calidad de vida de las personas y suponen un costo económico considerable al sistema sanitario.Las estrategias de prevención y minoración de las lesiones derivadas están vinculadas a una exquisita evaluación y notificación del evento. El proceso de recopilación e interpretación de estos datos permite obtener información mas significativa y tomar decisiones muy personalizadas, según la casuística. Disponer de una herramienta que permita convertir las fuentes de datos en conocimiento al alcance de toda la organización en tiempo real, se constituye como una oportunidad de mejora de conocimiento y comunicación con los profesionales
Enriquecer la transferencia de datos en la organización, para mejorar la gestión del proceso de prevención de caídas hospitalarias y minoración de las lesiones derivadas
La notificación de caídas se realiza por el profesional de enfermería a partir de estos eventos, el registro se almacena en la Historia del paciente y se notifica a la Unidad de Calidad desde donde se analizan, cumplimentan los indicadores de seguimiento mensual en Cuadro de Mandos y presenta el Informe anual de caídas en sesión, a los Responsables de cuidados, Responsables de seguridad y Supervisores de unidad, con la implicación de la Dirección de Enfermería. En 2017 transferimos los datos de notificación de caídas hospitalarias desde 2013 a 2017 a la herramienta Power BI, modelando y analizando los resultados para su presentación en 2018 a través de pantallas en diferentes foros de interés dentro del hospital. Los resultados parcialmente desagregados se enviaron en formato infografía a las distintas Supervisoras de Unidad para la difusión al resto de los profesionales con la finalidad de mejorar la información y la toma de decisiones. Las propuestas derivadas se han traducido en objetivos institucionales propios para 2018
Las herramientas de análisis y visualización de datos como el Power Bi permiten aumentar la trasparencia, acercar los datos y mejorar la gestión en las organizaciones. En el HCSC hemos podido compartir con los profesionales la presentación anual de los datos de notificación de caídas de una forma muy visual, con información a tiempo real, desde un contexto muy integral y con gran aceptación por los profesionales. La información desagregada por servicios y unidades también nos ha permitido establecer acciones de mejora muy concretas, según el perfil del paciente y ver la efectividad de los resultados. El hospital apuesta por la trasparencia y la innovación como herramientas de mejora de la calidad y la seguridad del paciente y nuestro próximo paso es proporcionar visibilidad periódica de esta información, que ahora mismo se limita a dirección y mandos intermedios, a todos los profesionales de la organización

AUTORES: Rosa María Moreno Rodríguez[1]; FD Rodr'riguez Cabrera[2]; CA Hernandez De Los Mozos[3]; AN Alguacil Pau[4]; CA Escarpa Falcón[5]; PA Carrillo Moreno[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico San Carlos[1, 2, 3, 4, 5]; Universidad Complutense[6].

ID: 386

TÍTULO: SUPERANDO EL OJO CLÍNICO: DETECCIÓN PRECOZ DEL DETERIORO EN PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO

RESUMEN:
La atención del paciente grave hospitalizado puede incluir su ingreso en unidades de pacientes críticos. Sin embargo, cuando la forma de presentación clínica de la enfermedad no es lo suficientemente grave para cumplir criterios de ingreso en UCIs, el paciente, permanece ingresado en unidades de hospitalización convencional. Este paciente, aun estando estable, se encuentra en riesgo de sufrir un empeoramiento clínico que podría requerir la intensificación de las medidas diagnóstico-terapéuticas para lograr su estabilización.
Para ello, en 2018, se introduce en el área de Pediatría del centro (hospital de tercer nivel) la escala SAPI (Score de Alerta Precoz Infantil), de la que existe reciente evidencia prometedora, como sistema de alerta ante un potencial empeoramiento clínico (basada en el análisis integrado de las constantes registradas en Historia Clínica Electrónica: frecuencia respiratoria, dificultad respiratoria, frecuencia cardíaca, nivel de consciencia, además de la preocupación expresa por parte de familiares y/o profesionales).
Evaluar el impacto de introducir, de forma sistemática, la escala SAPI para la identificación precoz de pacientes en riesgo de sufrir empeoramiento clínico
Evaluación prospectiva de los pacientes ingresados en una unidad de la hospitalización pediátrica, área de lactantes, en todos los turnos de enfermería, durante un período de 2 semanas del mes de marzo de 2018. Se recopilan variables de resultado (efectividad de protocolo) y de adecuación a las recomendaciones. Los resultados se analizan mediante programa estadístico SPSS Vs 23.
Evaluación de impacto. Se realizan 607 mediciones de la escala en 46 pacientes. 486 (80%), estimaron bajo riesgo de deterioro (SAPI 0-1); 89 (14,7%) detectaron una puntuación intermedia (2); y 32 (5,27%), fueron ≥3, correspondientes a 8 pacientes que precisaban una valoración específica por parte de su médico (7 de ellos por patología respiratoria). De los pacientes de alto riesgo, 3 fueron finalmente ingresados en UCI.
Adecuación a protocolo. De las 32 situaciones de riesgo identificadas, se avisó al médico responsable en 28 ocasiones (87,5%). En todas ellas, el médico acudió a valorar al paciente aunque registró su actuación en la historia clínica en el 71,4% (n=20). La demora de respuesta fue adecuada según las recomendaciones de la escala (n=27, 96,4%) con una media de 12,10 minutos. Sin embargo, se observó una diferencia significativa en función de los diferentes turnos de enfermería (p= 0,001), siendo el tiempo medio de 5 minutos turnos de mañana/ tarde y de 17,5 en turno de noche.
La implantación de la escala SAPI ha sido bien acogida por los profesionales sanitarios, con un tiempo de respuesta adecuado. Como áreas de mejora se identifican el tiempo de respuesta ante la detección de pacientes de riesgo durante turno de noche y la cobertura de registro de actuaciones en la historia clínica por parte de los médicos responsables.

AUTORES: Blanca Toledo del Castillo; R Rodríguez Fernández; N Mira Carballo; MH Carmona Vegas; T Villalba Escobar; ML Martinez González.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 387

TÍTULO: PRIMERA CERTIFICACIÓN PEDIATRICA NACIONAL: UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

RESUMEN:
Basado en la Guía Clínica del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETTECCU) sobre "tratamiento de colitis ulcerosa" elaborada con metodología GRADE, GETTECCU crea "Programa de Certificación de las Unidades de Atención Integral a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal" (UAIEII). Para ello, publica "Normalización de Indicadores de Calidad (IC) para UAIEII" y establece Guía "Proceso de Certificación de IC para UAIEII"; es patología crónica de alto impacto en calidad de vida de pacientes pediátricos
Acreditar UAIEII Sección Gastroenterología-Nutrición (SGN) hospital universitario monográfico pediátrico mediante IC GETECCU
La SGN tiene una curva de experiencia de 25 años; actualmente atiende 69 pacientes, trabaja coordinada con consulta transición edad adulta, con UAIEII hospital general universitario. En 2011, SGN implantó gestión por procesos y orientó a mejora continua; evidencia en Sistema de Gestión Documental (SGD). En 2017 SGN opta a Certificación IC GETECCU. El proyecto conlleva creación de grupo promotor y realización de reuniones con implicados: 7 seguimiento, 2 de equipo multidisciplinar y 1 de consultoría; en ellas se coordina plan de trabajo, reingeniera de procesos para adaptación a requisitos, revisión/adecuación SGD y registros, coordinación intra e inter hospitalaria, formación y creación de cultura de calidad y seguridad. La revisión SDC supone actualización de 4 documentos principales, 8 procedimientos generales, 21 definiciones puesto, 45 procedimientos clínicos, 6 consentimientos informados, 70 anexos; nueva creación: 3 documentos principales, 1 ficha de proceso, 3 procedimientos generales, 3 definiciones de puesto, 15 procedimientos clínicos y 19 registros y 6 anexos. Revisión equipamiento (implantado 2012), calibración y metrología, proceso de formación/ capacitación, y cuadro de mando de indicadores en los que se integran los 54 IC, 18 estructura, 32 proceso y 3 resultado. Se realizó auditoría interna el día 5/6/17 con resultado: Indicadores "No Aplica": 1, "Incumplidos": 12; "Cumplidos": 40. Estimación de cumplimiento del Estándar: 76 % (aprobado 70 %). Se implantan acciones de mejora derivadas de las no conformidades abiertas en base a los 12 incumplimientos de indicadores, se decide realizar auditoria externa, que se lleva a cabo el 27/6/17, obteniendo un resultado de EXCELENTE
1 Primera acreditación pediátrica nacional en estándares calidad GETECCU en unidad de atención integral a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal 2 Implantación de estándares de calidad elaborados por una sociedad científica médica con base en una guía clínica supone valor añadido frente a certificaciones generales de servicios sanitarios 4 Genera transparencia y visibilidad de la actuación clínica en un proceso asistencial 4 Permite criterios de comparabilidad asegurando la homotecia 5 Genera indicadores de control de calidad orientados a calidad técnica

AUTORES: Rosa Gómez De Merodio Sarri; A Polo Parada; RA Muñoz Codoceo; JF Viada Bris; C Aguilar Ladron De Guevara.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Infantil Universitario Niño Jesus.

ID: 388

TÍTULO: PROGRAMA DE CALIDAD EN ÁREA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

RESUMEN:
El paciente hospitalizado está expuesto a posibles eventos adversos acontecidos durante la práctica asistencial. Por ello el Servicio de Hematología está comprometido con la seguridad del paciente, participando en el proyecto de calidad de nuestro hospital.
* Registro de incidencias/ efectos adversos detectados durante la práctica asistencial.
* Elaboración de un díptico informativo para pacientes que van a ser sometidos a trasplante autólogo de médula ósea.
* Elaboración de tríptico informativo para pacientes que ingresan en el Servicio de Hematología Clínica.
* Comprensión por parte del paciente de la información recibida al ingreso.
Se elaboró un listado de incidencias/eventos adversos que fueron detectados durante la práctica asistencial y su posible solución en caso de que la hubiera. Dichos listados se evaluaron mensualmente.
Se diseñó díptico/tríptico informativo.
Se entregó a cada paciente al ingreso y se completó verbalmente la información, asegurándonos de su completa y correcta comprensión, estableciendo un primer contacto entre enfermera- paciente a través de la escucha activa.
También se creó una encuesta para valorar el nivel de satisfacción percibida por el paciente, así como el grado de entendimiento de los folletos distribuidos.
Se llevó cabo la recogida de encuestas de satisfacción al 10% de los pacientes ingresados en el servicio, realizando dos cortes anuales (abril y octubre) en el año 2017.
Tras analizar las encuestas se obtuvo un resultado del 100% de satisfacción y comprensión de la información recibida al ingreso.
El Servicio de Hematología continúa muy comprometido en mantener y mejorar la calidad del servicio, por lo que nos parece muy importante, seguir con la recogida y registro de incidencias/eventos adversos.
Debido a la satisfacción de los pacientes con la información dada al ingreso, seguiremos repartiendo el material elaborado, realizando las encuestas de satisfacción y resolviendo las dudas de pacientes y familiares.
Como futuro plan de trabajo:
* Elaboración de un díptico para el trasplante alogénico, quedando pendiente su validación por parte de la UCA.

AUTORES: María Teresa García Escudero; B Lalinde Lidón; L Quijada García; E Casas López; M Fernando Martinez; MR Carmona Mozota.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet.

ID: 389

TÍTULO: PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL DISEÑO DEL PLAN ESTRATÉGICO(PE) DE UN SERVICIÓ DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)

RESUMEN:
Los sistemas sanitarios, más el entorno del paciente crítico, requieren un nuevo enfoque en el que además de la dimensión científica-técnica incluya la comunicación interpersonal, el profesionalismo, la medicina basada en la evidencia, las nuevas tecnologías y el conocimiento de la cultura del sistema sanitario en el que trabajamos. Para ello tenemos que intentar fomentar nuevas modelos de participación de los profesionales en la estrategia de la organización. Esta experiencia se desarrolla en un SMI con dos Unidades Asistenciales,24 camas,126 profesionales (médicos, MIR, enfermeras, auxiliares, celadores).
Elaborar el PE del SMI fomentando la participación multidisciplinar de los profesionales implicados. Secundarios: Catalizar un proceso de reflexión estratégico participativo. Fomentar el trabajo en equipo. Reflexionar sobre la definición estratégica del servicio (misión, visión y valores)Implicar a los profesionales en los objetivos y acciones estratégicas del SMI.
1.Crear un grupo core para coordinar la definición del PE junto con el equipo de Calidad Asistencial Territorial (eCAT), y el responsable de desarrollo profesional del centro. 2.Realización de Encuesta de riesgo psicosocial RPS (método CoPsoQ-PSQCAT) en el último trimestre del 2017. 3.Difusión de la metodología DAFO voluntaria. 4.Difusión de las 10 líneas estratégicas de la organización. 5.Jornada de reflexión estratégica para definir el Plan de Acción a partir de la creación de grupos de trabajo (GdT). Estos GdT, definen las acciones y presentan los resultados al resto de profesionales.
RPS: Tasa de respuesta 79,5%. Objetiva mayor riesgo en las dimensiones Demanda (exigencias cuantitativas y ritmo de trabajo), y Soporte (Claridad- conflicto del rol, soporte social de los superiores, calidad del liderazgo). Presentación de resultados y discusión con el equipo, por grupos profesionales y por turno.
Se realiza un DAFO participativo con 40 profesionales.
Jornada Reflexión estratégica (05-06-2018).Participan 40 profesionales de todos los estamentos. Actividades: a) Presentación de resultados del PE de los 4 años previos, poniendo en valor los buenos resultados asistenciales y de investigación; b) Se valida la misión, visión y valores; c) DAFO: se revisa y valida por el equipo; d) Se Crean 5 GdT para reflexionar: Organizativo, Modelo Asistencial, Soporte y Liderazgo, Plan de Comunicación, y Docencia y Formación; e) Puntuación de las acciones por importancia y priorización. Se obtienen un total de 40 acciones y se priorizan 10 para iniciar de forma inmediata durante 2018-19.
Conclusión: Disponemos de un PE diseñado,consensuado de forma participativa con los profesionales que diariamente atienden paciente crítico.Hemos creado una nueva dinámica de trabajo participativa que seguro nos ayudará a afrontar nuevos retos y nos facilitará la introducción de nuevos modelos organizativos y asistenciales orientados a mejorar la calidad asistencial de los pacientes atendidos en nuestro servicio.

AUTORES: María Bodí[1]; ML Fortes[2]; A Pobo[3]; Z Ramos[4]; A Adam[5]; M Gens[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. URV. IISPV[1, 3]; Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII.[2, 4]; Unidad de Desarrollo. Dirección de Recursos Humanos. Gerencia Territorial Camp de Tarragona.[5]; Dirección de Calidad y Seguridad de los Pacientes. Gerencia Camp de Tarragona[6].

ID: 390

TÍTULO: INTEGRANDO ENFOQUES EN LA ENFERMEDAD DE DUCHENNE: PACIENTES, PADRES Y PROFESIONALES

RESUMEN:
La distrofia muscular de Duchenne (DMD) es una enfermedad neuromuscular hereditaria que conduce a la pérdida de la marcha y a la dependencia de una silla de ruedas a una edad temprana. Uno de los pilares básicos en el tratamiento de esta enfermedad es la rehabilitación, cuyo objetivo es retrasar su progresión a través de diferentes estrategias. Existen escalas cuantitativas para valorar la evolución de la enfermedad y para estimar el nivel de satisfacción del paciente. Sin embargo, dadas las limitaciones de este tipo de instrumentos se plantea utilizar una metodología cualitativa para otorgar una nueva perspectiva y mejorar la respuesta ofrecida por el hospital a las necesidades de estos pacientes.
Conocer las experiencias de pacientes con DMD, de sus padres y de los profesionales sanitarios de Rehabilitación en cuanto a la vivencia de la enfermedad y los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria recibida
Este estudio presenta un enfoque de investigación cualitativo, llevándose a cabo tres grupos focales como método principal para generar información. La muestra estructural se compone de: un grupo de pacientes (de edades entre 10 y 16 años en fase de afectación de la marcha, un grupo de cuidadores (madres y padres de 25 a 60 años que trabajan en casa y fuera de casa) y un grupo de profesionales (médicos, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional de 25 a 60 años). A partir de los objetivos del estudio y la revisión bibliográfica se elaboraron los guiones temáticos que incluían las áreas: calidad de vida y manejo del dolor; expectativas con respecto a la creación de un nuevo programa terapéutico de Rehabilitación; áreas de mejora detectadas en el proceso asistencial. La captación fue llevada a cabo por un profesional sanitario de Rehabilitación con contacto próximo a la población diana via telefónica. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas y anonimizadas. Finalmente el investigador principal analizó los datos, organizándolos en diferentes temas.
Desde la perspectiva de los cuidadores, el mayor punto fuerte en la atención sanitaria era la existencia de un equipo multidisciplinar. Como puntos débiles detectaron una vivencia de falta de información en cuanto a diagnóstico y tratamientos, cierta carencia de apoyo psicológico para gestionar la ansiedad derivada de la enfermedad y una reducida oferta de fisioterapia. El punto de interés común en los niños fue el deporte y su deseo de participar en grupos de terapia física, destacando como áreas de mejora la falta de intimidad en las consultas. Finalmente, en el grupo de profesionales surgieron diferentes áreas de mejora como la necesidad de coordinación entre estamentos y se planteó un tema nuevo: la necesidad de abordar la sexualidad en adolescentes con Duchenne como un aspecto más de la asistencia sanitaria

AUTORES: Isabel Almendro-Martínez; C Llorente Parrado; A Cadarso Mora; M Nuño-Estévez; A Rodriguez-Quirós; O Arroyo Riaño.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 391

TÍTULO: RADIOGRAFÍAS SIMPLES LUMBOSACRAS EN URGENCIAS: NI MÁS, NI MENOS

RESUMEN:
La lumbalgia es uno de los problemas de salud más comunes en nuestra sociedad. Diferentes estudios han puesto de manifiesto la variabilidad entre los clínicos a la hora de solicitar pruebas de imagen para diagnosticar el origen de una lumbalgia. Un uso adecuado de la radiografía lumbosacra conllevaría mayor seguridad para los pacientes, reduciría las largas listas de espera y supondría una mejor utilización de los recursos con disminución de los costes hospitalarios.
Evaluar la eficacia de una intervención en la optimización del uso de la radiografía simple de columna lumbar en el servicio de Urgencias de un hospital
Estudio cuasi experimental antes-después, en el que se compara la adecuación del uso de radiografía lumbosacra según las recomendaciones de distintas sociedades científicas, para el diagnóstico de los pacientes con lumbalgia que acuden a Urgencias de un hospital, antes y después de una intervención multimodal: protocolización, sesión clínica y difusión del protocolo, trípticos recordatorios y calendarios. Se considera que se ha actuado correctamente cuando se realiza una radiografía simple lumbar ante la presencia de al menos un signo de alarma, o bien, cuando no se realiza en ausencia de éstos.
En la fase preintervención acudieron a Urgencias 129 pacientes con lumbalgia y se realizaron 62 radiografías (53,5%). En la fase postintervención acudieron 149 personas, llevándose a cabo 82 radiografías (55,0%). La adecuación global al protocolo de manejo radiológico pasó de 66,7% a 77,9%(p=0,04) tras la intervención. En pacientes sin signo de alarma la adecuación antes de la intervención era de 80,5% y después de 82,9% (p=0,78). Sin embargo, la adherencia al protocolo en pacientes con lumbalgia y algún signo de alarma fue de 60,2% antes de la intervención y de 75,9% después de la misma (p=0,02). Tras una pequeña intervención a varios niveles se ha logrado un aumento de adherencia al protocolo de manejo radiológico de los pacientes con lumbalgia que acuden a Urgencias, especialmente a expensas de realizar más radiografías indicadas en pacientes con algún signo de alarma y disminuir las no indicadas. Esta mejora en la adherencia al protocolo tras la intervención no ha modificado el tiempo de estancia media en urgencias de estos pacientes y el gasto hospitalario que ha supuesto es escaso.

AUTORES: Isabel Almendro-Martínez; JA Sevillano Fernández; C Fernández Álvarez; A Simón-Gozalbo; V Quesada Cubo; A Díaz Redondo.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 392

TÍTULO: NUEVO MODELO DE ASIGNACIÓN DE DESEMPEÑOS CON CRITERIOS POBLACIONALES PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE CENTROS DE SALUD

RESUMEN:
Desde 2010 la Gerencia de Atención Primaria aplica un modelo de valoración para conocer la contribución individual de los profesionales a los objetivos del contrato programa de centro (CPC) para el pago anual de incentivos. Los indicadores valorados para médicos y enfermeras no dependen de la categoría profesional sino de su desempeño. Así un médico de familia (MF) que tenga asignada y atienda población infantil tendrá un desempeño de pediatra (PE). Las enfermeras pueden tener desempeños de pediatría (EP), de adultos (EA) o de familia (EF) según atiendan población pediátrica, adulta o mixta. El Índice Sintético (IS) de Cartera de servicios (CSE) es el indicador que más pesa en CPC y el que más varía con el desempeño ya que evalúa los servicios prestados por tipo de población. Hasta 2016 el Director del Centro (DC) indicaba con qué desempeño había que valorar a cada miembro del equipo y solo utilizaba criterios organizativos; esto le suponía un trabajo extra que endentecía el proceso de valoración y producía errores
Definir criterios poblacionales para homogeneizar y automatizar la asignación de desempeños, previa a la valoración
Determinar la correlación entre los antiguos desempeños del DC y los obtenidos con criterios poblacionales
Conocer el impacto de los cambios en el IS de CSE en profesionales con desempeños previos distintos
Se obtiene la población asignada a CIAS médicos y enfermeros a 30/09/2017. Para cada CIAS se determinan 7 tramos etarios: hasta 2, 7 y 15 años; entre 16 y 20, 21 y 65, mayores de 65 y total. En grupo de trabajo se definen los criterios:
CIAS médicos: se crea desempeño MP (MF+PE): MF con al menos un 10% de niños menores 15 años y un 10% menores 7 años (sobre < 15).
CIAS enfermeros: EP: al menos 85% de niños, con < de 200 adultos en total, o < de 100 adultos de 21 años o más
•EA: al menos 90% de adultos y < de 10 niños menores de 7 años
•EF: NO cumplir criterios de EA o EP o trabajar en CS modelo asistencial de familia
Se obtuvieron desempeños de 7788 CIAS: 4487 médicos y 3301 enfermeros. De los médicos, 913 eran PE y 3516 MF. De las enfermeras: 286 (8,6%) eran EP, 1640 (49,7%) EA y 1375 (41,6%) EF. Se confirmaron el 98,7% de desempeños médicos y el 97,8% de enfermeros. Se reasignaron desempeños a 57 MF de zonas rurales que pasaron al modelo MP, y a 71 enfermeras: 11 pasaron a EP, 4 a EM y 56 (el 78,9%) a EF.
Impacto en IS: sube en el 66,5% de los nuevos desempeños una media de 6,5 puntos; sube en el 73,7% de los MP de 52,2 a 55,6 y en el 61% de las enfermeras de 43 a 51,6. Baja una media de 20 puntos en 19 enfermeras que pasan de EP a EF.
La aplicación de este modelo de asignación anual de desempeños con criterios poblacionales permite su aplicación de forma homogénea y centralizada, y conlleva una valoración individual más equitativa y cercana a la realidad asistencial. La elevada correlación con el desempeño del DC y la subida de los IS de CSE hará que este método automatizado sea mejor aceptado por los profesionales

AUTORES: Marianela Bayón Cabeza[1]; M Martí Argandoña[2]; I Mediavilla Herrera[3]; A Barberá Martín[4]; T Alonso Safont[5]; E Bartolomé Benito[6].

CENTRO DE TRABAJO: Dirección Técnica De Procesos Y Calidad. Gerencia Asistencial De Atención Primaria[1, 3, 6]; Grupo Esoap. Gerencia Asistencia De Atención Primaria[2]; Unidad De Apoyo Técnico. Gerencia Adjunta De Procesos Asistenciales. Gerencia Asistencial De Ap[4]; Dirección Técnica De Sistemas De Información. Gerencia Adjunta De Procesos Asistenciales. Gerencia Asistencial De AP[5].

ID: 393

TÍTULO: MEJORANDO LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN LOS PACIENTES EN UN PROYECTO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

RESUMEN:
Nuestra ONG lleva 18 años desarrollando proyectos de cooperación internacional de carácter sanitario en diversos países (Guinea, Camerún, Senegal, Mali, Sahara y Kenia). A partir de la campaña de 2016, en Senegal, realizamos evaluaciones de la percepción que nuestros pacientes quirúrgicos tienen de la calidad de la atención que les prestamos.
En la campaña de 2017 pusimos en marcha una intervención para mejorar nuestros resultados en relación con el dolor postquirúrgico.
Desde 2016 realizamos una encuesta cuyo diseño, por el contexto, buscaba la sencillez y rapidez en su realización. Fue traducida al francés por personal experto. Constaba de 11 preguntas y contemplaba las siguientes dimensiones de la calidad: Accesibilidad, Trato, Información, Calidad científico-técnica, Percepción del dolor y Valoración global de la atención recibida. Dada las dificultades para poder realizarla tras el alta del paciente, se decidió que el mejor momento es cuando el paciente se marchaba tras el alta con la intención de disminuir el efecto de "cliente cautivo". Para ello, se instruyó a una persona del país, voluntaria de Cruz Roja. Uno de los integrantes de nuestra ONG (médico internista) supervisó todo proceso. La encuesta se realizó al paciente y, en caso de niños, a alguno de sus progenitores. Tras analizar los resultados de 2016 respecto a la percepción del dolor modificamos el protocolo de dolor postquirúrgico en la campaña de 2017: en las intervenciones abdominales más complejas y en las tiredectomias se mantuvo sueroterapia durante las primera 24h con metamizol, y se incorporó rescate con AINES, manteniendo pauta oral con posterioridad.
En la campaña de 2016, el 22% de los pacientes refirieron que no sintieron dolor, el 65 % dolor leve, el 11% dolor moderado, y el 2% dolor severo. Durante la campaña de 2017 el 67% contestó que no sintió dolor, el 32% dolor leve y el 1% dolor moderado, ningún paciente refirió dolor severo. Tras la modificación del protocolo de atención al dolor postquirúrgico apreciamos una mejoría con un 13% de dolor moderado o severo en 2016 frente al 1% en 2017.

AUTORES: M Concepcion Martinez Romero; MD Sanchez De Amoraga Martinez; N Clavel Claver; M Torres Ganfornina; M March Sala; A Marin Yago.

CENTRO DE TRABAJO: ONG Cirugía Solidaria Murcia.

ID: 394

TÍTULO: PERCEPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES CRÓNICOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

RESUMEN: El envejecimiento trae cronicidad, pluripatología, cierta discapacidad e importante consumo de recursos. La relación profesional sanitario (PS) - paciente (P) es fundamental y la comunicación es un elemento esencial. Hay numerosos estudios en atención primaria, pero escasos en el ámbito hospitalario.
GENERAL: Conocer la percepción por parte de los PS y los P sobre la calidad de la comunicación entre ambos actores en el ámbito hospitalario.
ESPECIFICO: Elaborar estrategias para mejorar la comunicación entre los PS y P, en el ámbito hospitalario.
En primer lugar, se realizó un concept mapping workshop con PS y representantes de P, seguido de 12 entrevistas semiestructuradas y de un grupo nominal (n=7).
A partir de las entrevistas semi-estructuradas se recogió información sobre diferentes dimensiones como:
1-Naturaleza de la comunicación PS-P en el ámbito hospitalario
2-Actores y entorno en la comunicación
3-Efecto de la comunicación en el P y su familia, en el contexto hospitalario
4-Cualidades del PS para que exista una comunicación efectiva
5-El papel del P y la familia en el proceso de comunicación
6-Entornos y canales para una comunicación efectiva
7-Estrategias para valorar que el P ha entendido la información
8-Barreras para la comunicación efectiva entre PS-P
9-Estrategias para la comunicación efectiva entre PS-P
10-Elementos de refuerzo o de apoyo que ayuden al P y a la familia a retener la información tratada en la consulta (e.g. material escrito)
11-Comunicación a través de otros canales (tecnologías)
12-Formación en comunicación para los PS
Posteriormente el grupo nominal selecciono una serie de estrategias / recomendaciones para mejorar la comunicación entre los PS y los P / familiares:
1-Rediseñar el área de atención a la persona en los centros sanitarios, incluyendo humanización, calidad y responsabilidad social corporativa. Utilizar el método de la co-creación con los agentes implicados (e.g. desarrollar un nuevo plan de comunicación, plan de acogida…)
2-Formación continuada a los PS y socio-sanitarios en valores y aspectos comunicacionales, también en pre y postgrado
3-Aproximación humanista personalizada en el ejercicio de la profesión
4-Proporcionar canales para la formación e información del P, familia y cuidadores (e.g. material escrito, páginas web, redes de comunicación y AAPP)
5-Potenciar y motivar el papel de todos los PS
6-Incluir la evaluación de habilidades y destrezas en comunicación, de los estudiantes y de los PS del ámbito de la salud
7-Crear indicadores y evaluar la comunicación de los PS en activo
8-Asegurar la preparación de la visita por parte del PS y P
9-Continuidad asistencial de la comunicación y adecuar herramientas para que los PS se comuniquen entre sí

AUTORES: JL Baquero[1]; MD Navarro[2]; I Amo[3]; A Borrás[4]; ML Cervera[5]; P Gálvez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Foro Español de Pacientes[1]; Hospital Sant Joan de Déu[2]; Universidad Internacional de Cataluña[3, 4, 5, 6].

ID: 395

TÍTULO: RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS.

RESUMEN:
La Identificación inequívoca del paciente(IIP), es un buena práctica para la Seguridad del Paciente(SP basada en la evidencia, recomendada por organizaciones internacionales, e incluida nuevamente en la Estrategia Nacional de SP 2015-2020. Sin embargo, en la mayor parte de las organizaciones sanitarias(OS) se realiza la IIP en pacientes hospitalizados(PH), sin abordar el riesgo de pacientes ambulatorios(PA) que reciben tratamiento y pruebas diagnósticas invasivas con alta capacidad de producir daño en caso de error. La primera iniciativa para la implantación de las pulseras identificativas en nuestra OS, se limitó a la adquisición de recursos, y protocolización de la actividad sin una clara definición de responsabilidades, ni monitorización de la implantación. Dentro de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos, su grupo de IIP, detectó el escaso grado de implantación real de las pulseras identificativas, se diseño un proyecto de mejora ambicioso en cuyo alcance se incluyó el PA.
Presentar los resultados del primer estudio de campo(EC) para la monitorización del despliegue del Proyecto para la IIP hospitalizados y ambulatorios.
Fase 1: Diseño del proyecto, justificado en un EC para el diagnostico situacional.
Fase 2: Elaboración del protocolo y establecimiento del cuadro de responsabilidades, desde la solicitud de documentos IIP, hasta el mantenimiento preventivo de impresoras, en función de la vía de entrada del paciente a la OS:
Fase 3: Concienciación a los profesionales.
Fase 4: Resultados del EC tras implantación del protocolo.
Fase 1: El proyecto fue aprobado por la dirección al evidenciar que sólo se realizaba IIP exhaustivamente en el área materno infantil. No se realizaba a ningún PA.
Fase 2: Se presenta el cuadro de responsabilidades de 12 entradas orientado al paciente y no a las funciones tradicionales establecidas a cada colectivo profesional.
Fase 3: El Comité IIP realizó 19 sesiones de concienciación con asistencia de 327 profesionales, de todos los colectivos y áreas del hospital. Elaboraron una instruccion técnica y un video tutorial para la impresión de pulseras.
Fase 4: El ECO, se realizó en 17 áreas del hospital, 6 de ellas ambulatorias, el 100% contaba con los recursos materiales para la IIP, y el conocimiento de los profesionales implicados. Se revisó la IIP en 58 pacientes, 40 PH, 18 PA, 29(50%). El porcentaje PA que portaban la pulsera fue mayor que el de PH, 77,7%vs30%. Se eliminamos las unidades de cuidados críticos el porcentaje sube al 62%. Se pudo consultar pacientes si se les había informado sobre la pulsera y su importancia, sólo 8 (18%) pacientes habían recibido información. Se confirmó por identificación activa del paciente que los datos de la pulsera eran correctos en el 100%.
Los resultados se consideran muy positivos dado el punto de partida, se han implantado acciones de mejora para superar las barreras al despliegue identificadas, se ha planificado el segundo estudio para evaluar su impacto.

AUTORES: María Ángeles Tébar Betegón; MJ Blanco De La Rúbia; MP Rogríguez García; A Martos Sánchez; P Paloma Martinez Lara; A Jara Sánchez.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Atención Integrada De Ciudad Real.

ID: 396

TÍTULO: COMITÉS DE CALIDAD PERCIBIDA UN PUENTE ENTRE ASOCIACIONES Y PROFESIONALES, PARA FAVORECER EL CONOCIMIENTO MUTUO

RESUMEN:
Las Asociaciones de pacientes y familiares (ASPF) son uno de nuestros grupos prioritarios de interés de nuestra organización sanitaria(OS). Constituyen una estructura de participación del paciente y una fuente principal de información para la mejora de la calidad asistencial. Por ello, es fundamental que las OS sean permeables a la participación de las ASPF. El Comité de Calidad Percibida(CCP), de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real (GAI-CR) se constituye con el objeto de favorecer estructuras y espacios de cooperación, que potencien el diálogo entre profesionales y pacientes de cara a trabajar conjuntamente en beneficio del paciente.
Presentar los resultados del Proyecto de mejora del conocimiento y colaboración entre ASPF y profesionales, liderado por el Comité de Calidad Percibida.
Fase 1. Desde el CCP ser realiza un análisis del registro de necesidades expresas de ASPF gestionado por el Servicio de Atención al Usuario.
Fase 2. Realización de una encuesta dirigida a los Jefes de Servicio, Coordinadores y Responsables de Enfermería de los distintos dispositivos de la GAI-CR, para valorar su grado de conocimiento sobre la ASPF de nuestro área de influencia y sus recursos y prestaciones. Detección de propuesta de los profesionales para mejorar el conocimiento mutuo y colaboración.
Fase 3. Planificación y realización de visitas de las asociaciones a las sesiones clínicas de Servicios con patología bajo su alcance. Miembros del CCP acompañan a las ASPF en las visitas y recogen indicadores de proceso: asistentes, acogida, participación…
Fase 4 Evaluación de las visitas realizadas.
Fase 1. La principal necesidad expresada por las ASPF el mejorar la comunicación con los profesionales y el conocimiento que tiene sobre ellas.
Fase 2: A través de la plataforma Lyme survey se envía el cuestionario a 147 mandos intermedios. Tasa de respuesta 45%. El 70% conocen alguna ASPF de su ámbito de actividad asistencial., pero el 55% desconocen su cartera de servicios o canales de comunicación. El 98% reconocen el beneficio de la colaboración ASPF. Proponen mayoritariamente que se realicen visitas informativas a los servicios.
Fase 3. Se realiza un análisis para la vinculación de servicios y ASPF, de él deriva la planificación de 55 visitas. Se prepara una plantilla de presentación para las ASPF. En el momento actual se han realizado 32 visitas a un total de 23 servicios y con la participación de 428 profesionales. Se presentarán los resultados de la observación realizada durante las visitas.
Fase 4. Se ha diseñado un cuestionario de evaluación de la satisfacción e impacto que va a enviar tanto a ASPF como a profesionales.
El presente proyecto no sólo ha mejorado el conocimiento y abierto puentes para la comunicación entre profesionales y asociaciones, además ha dado visibilidad a la actividad desarrollada por el CCP de la GAICR, propiciando la solicitud de sesiones para difundir sus líneas de actividad.

AUTORES: Encarnación Añó Consuegra; MM Aldana Moya; MD Sanz Ortiz; MP Rodríguez Garcia; AA León Martín; MA Tébar Betegón.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Atención Integrada De Ciudad Real.

ID: 397

TÍTULO: PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS, ¿QUÉ OPINAN LOS MÉDICOS?.

RESUMEN:
En los últimos años surge la preocupación a nivel mundial acerca del creciente desarrollo de resistencias bacterianas derivado de un uso inadecuado de antibióticos, entre otros factores.
Conocer la opinión de los prescriptores sobre el tema es imprescindible para desarrollar proyectos que mejoren el empleo de los antimicrobianos.
Conocer la opinión de los prescriptores de Atención Primaria (AP) de un área sobre la utilización de antibióticos. Identificar variables asociadas a esa opinión.
Estudio transversal. La población origen de estudio la conforman los médicos y pediatras de AP de un área (N=412).
Se diseña un cuestionario tipo Likert para valorar la opinión de cada recomendación priorizada, en un rango que va del 1 al 5 (siendo 1:"Muy raramente", 2: "Ocasionalmente", 3: "Con cierta frecuencia", 4: "Con bastante frecuencia" y 5: "En la mayoría de los casos"). Se recogen variables de edad, sexo, ámbito, profesión, años de experiencia profesional, presión asistencial, y si realiza guardias.
El cuestionario se envía a todos los prescriptores por correo interno; una vez cumplimentado de forma anónima, lo remiten a la unidad de formación e investigación de la Gerencia de Atención Primaria.
Análisis: Se describe cada ítem y se agrupan las dos categorías más desfavorables y las dos más favorables. Se identifican cuatro dimensiones; mediante el coeficiente alfa de Cronbach se mide la consistencia interna.
Se identifican causas de prescripción inapropiada y actividades prioritarias para su mejora.
Se realiza un análisis bivariante para estudiar la asociación entre la opinión y las variables de estratificación, mediante métodos no paramétricos.
Contestan 215 (52,2%) de los prescriptores.
El 69,5% considera el sobretratamiento con antibióticos un problema y el 45,5% que se prescriben de forma innecesaria.
Más de la mitad opinan que, con mucha frecuencia, se prescriben antibióticos diferentes al de primera elección en faringoamigdalitis estreptocócicas, se pautan en infecciones del tracto respiratorio inferior sin sospecha de neumonía y se emplea fosfomicina trometamol con posología diferente a la aprobada en cistitis aguda no complicada.
En la dimensión de sobreprescripción se obtiene la mayor puntuación media (3,6) seguida de la dimensión otorrinolaringológica (3,2).
La opinión de los médicos acerca de la sobreprescripción es significativamente superior a la de los pediatras (74,8 frente a 47,3%).
El 76,6% de los profesionales identifica como causa principal de la prescripción inadecuada de antibióticos la presión de los pacientes, siendo la educación a la población la actividad prioritaria para mejorarla.
CONCLUSIONES:
Una amplia mayoría de profesionales cree que hay una sobreprescripción y mala utilización de antibióticos en AP.
La presión del enfermo es la causa principal, seguida de la mala protocolización.
Estos resultados pueden ser útiles para establecer acciones y actividades en cuanto a la mejora de la prescripción de antibióticos.

AUTORES: Cristina Alberte Pérez[1]; R Molina Mazo[2]; I Salado Valdivieso[3]; JC Alvarez Torices[4]; JL Palomo García[5]; JC Naveiro Rilo[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Atención Primaria[1, 2, 3, 5, 6]; C.S. Eras De Renueva[4].

ID: 398

TÍTULO: PROYECTO DE REGULACIÓN Y PERSONALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN TÉCNICO SANITARIA

RESUMEN:
A raíz del gran proceso de evolución tecnológico que se desarrolla en nuestros días, es necesario para todo aquel personal sanitario, ser consciente de la necesidad de comprender y manejar con amplios conocimientos técnicos el Equipamiento Electromedico aprendiendo de forma compresiva las bases en que se fundamentan (Conocimientos Científicos y Tecnológicos Generales) como herramienta propia del trabajo. Evaluando la importancia de las posibles repercusiones que puede sufrir tanto en primera persona como el paciente debido al uso incorrecto de los mismos, y naturalizando una actitud preventiva enfocada a garantizar y mejorar la calidad del servicio al paciente, haciendo especial hincapié en materia de P.R.L. (Prevención de Riesgos Laborales) para conseguir la reducción de Accidentes, Negligencias y costes adicionales derivados de estos últimos.
OBJETIVO GENERAL: Desarrollar las nuevas competencias de seguridad, técnicas, tecnológicas, en materia de PRL enfocada al uso y mantenimiento de equipos Tecnología y Alta Tecnología Sanitaria, mediante la instrucción específica de cada PSANI, concienciando, sensibilizando y fomentando el uso responsable del PSANI (Metodología de la Buena Praxis Médica) y concienciando al usuario final (trabajador) de la importancia de su buen mantenimiento frente a futuros problemas y riesgos derivados que pueda sufrir tanto el facultativo como el propio paciente a quien introduciremos como 'sujeto pasivo' del normal desarrollo de la praxis sanitaria.
OBJETIVOS:
Reducir el alto ratio de eventos adversos evitables acontecidos durante un procedimiento y relacionados con el uso de equipos de electromedicina.
Crear y regular el perfil del docente de formación profesional para el empleo en materia de tecnología sanitaria. Docente de Electromedicina.
Crear Guías de prevención de riesgos sanitarios - laborales derivados del uso de equipos de tecnología y alta tecnología sanitaria atendiendo a las necesidades personales de los profesionales sanitarios.
Material didáctico creado y aportado por el Docente FPE según las necesidades observadas a lo largo del la acción formativa y el proceso de aprendizaje.
Como prácticas de evaluación continua, realizaremos supuestos prácticos de diversa naturaleza, teniendo siempre como objetivo el descubrimiento del peculiar comportamiento de algunas tecnologías y la búsqueda de fomentar una menor interacción maquina-paciente, siendo prioridad la garantía del cumplimiento de calidad en post de la seguridad del paciente.
Conclusión:
La introducción de equipos de tecnología en la medicina está generando nuevos tipos de EA's para los cuales se requiere la adaptación de: nuevas estrategias, herramientas así como la introducción de nuevas figuras y modelos formativos. Buscando la máxima de dotar al personal sanitario con mejores recursos didácticos, los cuales fomenten la seguridad entorno al paciente a través de la naturalización de los procesos de la autoprotección tecnológica industrial.

AUTORES: Juan Alberto Toledo Blazquez.

CENTRO DE TRABAJO: Formación Tecno Sanitaria.

ID: 399

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE NOTIFICACIONES SINASP 2011-2018 EN LA EOXI DE FERROL

RESUMEN:
En el año 2011 se instaura en la EOXI de Ferrol el Sistema de Notificación y Aprendizaje de Eventos Adversos (SiNASP), en un principio únicamente en Atención Especializada.
Posteriormente se han ido incorporando de manera gradual al sistema Centros de Atención Primaria, estando incorporados 8 centros a fecha actual (!º semestre de 2018).
En la EOXI de Ferrol contamos con dos gestores generales (acceso a gestión de todas las notificaciones) y además existe un gestor en cada uno de los centros de AP.
Dar a conocer la evolución del Sistema de Notificación y Aprendizaje de Eventos Adversos en el Área Sanitaria de Ferrol en el período 2011-2018 (1º semestre), agrupada y segmentada entre Atención primaria y Especializada
Determinar la casuística de notificaciones clasificadas por SAC (Severity Assessment Code) en estos siete años transcurridos
Estudio observacional retrospectivo de siete años (período 2011-2018).
Análisis del total de notificaciones existentes en el período
Análisis del total de notificaciones del período segmentada por criterio SAC
Total de notificaciones en el período a estudio.- 939
Notificaciones estratificadas entre Especializada y Primaria:
- A. Hospitalizada.- 827
- A. Primaria.- 112

Categorización por SAC EOXI 2011 - 2018
SAC 1.- 9
SAC 2.- 47
SAC 3.- 180
SAC 4.- 266
SIN SAC.- 437
Conclusiones.-
- El Sistema se considera implantado y se ha generado cultura de la notificación entre los profesionales.
- Se seguirá implementando la notificación en el resto de los 22 Centros de Salud y 10 Consultorios existentes en AP
- Se debe seguir trabajando en la mejora continua y formación de los profesionales, a fin de seguir creciendo en el número de notificaciones.
- la existencia de notificaciones de los profesionales en SiNASP se demuestra como una herramienta excelente en el aprendizaje y la mejora continua respecto de la Seguridad de Pacientes y profesionales.

AUTORES: Jose Angel Pesado Cartelle; R Delgado Fernández; J Martínez Espiñeira; B Millor Sanesteban; A Fernández López.

CENTRO DE TRABAJO: EOXI Ferrol.

ID: 400

TÍTULO: MOTIVACIÓN PROFESIONAL EN ORGANIZACIONES PÚBLICAS. GESTIÓN DEL RECONOCIMIENTO A LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE MEJORA

RESUMEN:
Las organizaciones orientadas a la excelencia y gestionadas sobre la base de modelos de gestión, contemplan entre sus principales activos el tiempo y el talento de su capital humano. Sin embargo en las organizaciones públicas, mantener la motivación e implicación de los profesionales en proyectos que superen la estresante demanda asistencial supone un reto para los gestores.
En la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real(GAICR) existe un importante número de profesionales implicados en proyectos de mejora, estandarización de la actividad o formando parte de estructura funcional(EF): comisiones, comités y grupos de trabajo. En la Unidad de Calidad(UCAL) detectamos que no existía ningún proceso de gestión del reconocimiento institucional a esta participación con impacto en el desarrollo de la carrera profesional. Así en la revisión anual de nuestro mapa de procesos(MP), se incluye este subproceso.
Mostrar el diseño y resultados del despliegue del subproceso de reconocimiento a la implicación profesional que engloba en su alcance la participación en la estandarización de la actividad y la participación en la EF de la GAICR.
1º Documentación del procedimiento monitorización de la participación en la EF y autoría de documentación estandarizada.
2º IT de gestión de la documentación acreditativa
3º Base de datos para el registro y trazabilidad de la participación profesional.
4º Creación de un repositorio documental con todos los certificados expedidos y firmados por la dirección
5º Evaluación de resultados e inclusión en los indicadores de rendimiento de la UCAL.
Durante el primer semestre de 2018, se monitorizó la participación en proyectos de mejora de 130 profesionales dentro de la EF de la GAICR, compuesta en la actualizada por 14 comisiones y 26 Comités. De estos se gestionó a demanda la certificación de 69 profesionales.

En el mismo periodo se aprobaron 14 protocolos, con la participación de 105 profesionales, se expidió y certificó la participación del 100%.
En total monitoriza la participación de 235, se ha reconocido documentalmente la participación en proyectos de mejora de 174 profesionales, el 2,3 % del total de la GAICR. Desde la UCAL se difunde en la pantalla de entrada al portal del empleado cada protocolo que es aprobado y se mantiene la noticia durante tres días hábiles. Los certificados se remiten por correo electrónico a los profesionales y se archivan en el repositorio documental
La Gestión del reconocimiento institucional a los profesionales por parte de la UCAL, genera valor para estos y también equipo directivo que confía en nuestra Unidad y en la exhaustiva monitorización de la participación de los profesionales a la hora de ratificar y reconocer su implicación.

AUTORES: María Del Mar Aldana Moya; MA Tébar Betegón; FJ Gómez Romero; AA León Martín; M Armenteros Lechuga; FJ Redondo Calvo.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Atención Integrada De Ciudad Real.

ID: 401

TÍTULO: LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS COMO HERRAMIENTA DE DESARROLLO PROFESIONAL

RESUMEN:
La evaluación del desempeño a través de las competencias permite garantizar la calidad y la seguridad de los cuidados y establecer un proceso de desarrollo profesional flexible, continúo y adaptado a las necesidades del profesional y del sistema sanitario.
Las COMPETENCIAS son aquellas características personales y profesionales del individuo que le permite hacer de forma óptima las funciones de su puesto de trabajo.
Son una combinación de conocimientos (saber), habilidades (saber hacer) y actitudes (querer hacer) que facilitan la consecución de resultados
El evaluar que nivel de competencia tienen los profesionales que empiezan a trabajar en el Hospital que además suelen ser profesionales que acaban de ser recién graduados nos permite evaluar su capacidad para cuidar a los pacientes con los estándares de seguridad que establece nuestro hospital, evaluar la formación con la que salen de las Universidades y cuantificar el impacto que la formación continuada y la experiencia de trabajar en un Hospital de tercer nivel tiene sobre su capacitación
Evaluar el desarrollo profesional de profesionales de nueva incorporación a través de un sistema de evaluación de competencias
Se realizo un diseño observacional prospectivo y longitudinal. La población de estudio fueron todos los profesionales de enfermeria que fueron contratados para realizar las suplencias de verano en el Hospital y que tenían un contrato de al menos 3 meses.
Se realizó una primera autoevaluación al inicio del contrato, al mes y a la finalización del contrato. Tras cada evaluación se producía una reunión con la supervisora y se planificaban las actividades de formación e información que se consensuaban entre ambos para alcanzar el nivel de competencia que se consideraba óptimo para la realización del desempeño
Las competencias que se evaluaron fueron de dos tipos: competencias técnicas definidas por grupos de trabajo de profesionales que se han formado en el Hospital dentro de un modelo de gestión de Recursos Humanos que se está desarrollando y competencias transversales definidas por grupos de trabajo desarrollados por el Servicio Madrileño de Salud dentro de una estrategia central de evaluación de recursos de la Consejeria de Sanidad de la Comunidad de Madrid
El análisis de los datos ha sido un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes y medias con desviación estándar y un análisis analítico comparando las tres evaluaciones mediante test de Mac Nemar
Iniciaron la evaluación 290 profesionales. En todas las competencias tanto técnicas como transversales mejoraron su evaluación terminando todos los profesionales evaluados con las competencias adquiridas en la ultima evaluación. Se ha observado que el profesional es más auto exigente en la evaluación de las competencias técnicas sobre las transversales y ha permitido identificar áreas de mejora tanto para las Universidades, para las Unidades y para el propio profesional.

AUTORES: Ana Maria Garcia Pozo; RF Flores Garcia; M Medina Torres; G Fontan Vinagre; M Pañero Taberna; MN Moro Tejedor.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañon.

ID: 402

TÍTULO: ANÁLISIS DEL NÚMERO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

RESUMEN:
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la multimorbilidad como la «presencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona». En la población en general, la pluripatología se está convirtiendo en la norma y no la excepción.

Ante esta situación se propone una herramienta que permita medir la multimorbilidad y su impacto de una manera fiable, completa y adaptada a las características de la sociedad actual. Para ello, se utiliza el agrupador poblacional por Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) que asigna un valor de complejidad a cada persona. El número de enfermedades crónicas se obtuvo a partir de los códigos diagnósticos aportados por tres fuentes de información: Atención Primaria, Urgencias hospitalarias y CMBD que ofrecen información individualizada de población de Aragón. El nivel de renta se obtuvo a partir de la aportación farmacéutica extraído de la Base de Datos del Usuario.
El objetivo del estudio es analizar cómo el nivel de renta afecta al número de patologías crónicas, introduciendo como variables de ajuste la edad y el sexo.
La población objeto de estudio está constituida por 1.103.353 personas mayores de 14 años. El nivel de renta fue categorizado en 3 tramos según la aportación farmacéutica: < 18.000, entre 18.000-100.000 y >100.000 Euros anuales. Se ha utilizado una regresión binomial negativa con ceros inflados utilizando el paquete estadístico Stata 14.
El nivel de renta se asoció de forma significativa con el número de patologías crónicas. Tomando como referencia el grupo con una renta entre 18.000-100.000, tener una renta menor de 18.000 euros anuales aumentó de media un 9% (IC 95%: 1,087-1,094) las patologías crónicas. Tener una renta superior a 100.000 euros supuso una disminución del 28% del número de patologías crónicas (IC 95%: 0,707- 0,743).

Se han identificado diferencias significativas en salud entre los distintos grupos socioeconómicos, a medida que se incrementa el nivel de renta desciende el número de patologías crónicas diagnosticadas. Una posible limitación del estudio es el hecho de que ciertos diagnósticos de Atención Primaria escapen de nuestras bases de datos por ser diagnosticados en el sector privado, afectando posiblemente al grupo de renta más alto. Como señala la mayor parte de la evidencia disponible, el nivel de renta es un importante determinante de salud, y su mejora puede constituir una adecuada y eficaz política sanitaria.

AUTORES: Inmaculada Guerrero Fernández de Alba[1]; A Chaure Pardos[2]; A del Cura Bilbao[3]; J López-Mendoza[4]; K Bliek Bueno[5]; F Román Calderón[6].

CENTRO DE TRABAJO: Departamento de Sanidad Aragón[1, 2]; Hospital Universitario Miguel Servet[3, 5]; Hospital Universitario Lozano Blesa[4, 6].

ID: 403

TÍTULO: CALIDAD PERCIBIDA. UNA DÉCADA DE RECLAMACIONES, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES EN UN SERVICIO DE NEUROLOGÍA.

RESUMEN:
La calidad percibida manifestada por lo usuarios de un servicio sanitario a través de los circuitos establecidos dentro de los servicios de atención al paciente (SAP) constituyen una herramienta fundamental para la gestión de un servicio asistencial. Su análisis permite la aplicación de medidas encaminadas a la instauración de modificaciones en los procesos asistenciales en busca de la mejora continua de la calidad.
Nos proponemos analizar las reclamaciones, sugerencias y felicitaciones (RSF) dirigidas al Servicio de Neurología, su frecuencia, el motivo, el tiempo de respuesta y las características de los usuarios.
Análisis retrospectivo y descriptivo de las RSF recogidas en el SAP dirigidas al Servicio de Neurología, durante los 10 primeros años de funcionamiento de nuestro hospital (Marzo 2008 – Febrero 2018).
Durante el periodo analizado se realizaron 3311 hospitalizaciones, 140358 consultas y 28002 exploraciones complementarias. Se recibieron 343 RSF de las que 178 (52%) fueron gestionadas directamente por Servicio. Hubo 151 reclamaciones y 27 felicitaciones. Del ámbito de consultas se recibieron 100 reclamaciones (63,5%; 0,7 pmp), 24 en hospitalización (21,3%; 7.2 pmp), 22 en exploraciones complementarias (12,3%; 0,8 pmp) y 5 en urgencias (3%). El 58% eran mujeres. Edad media delos pacientes fue 60,2 años. El 53% se cumplimentaron por familiares. Los motivos de reclamación más frecuentes fueron por disconformidad con la asistencia (29,8%), demora en las consulta de resultados (13,9%), no haber sido atendido (11,2%) y por el trato recibido (9,3%). El 31,5% de las RSF estaban dirigidas a algún facultativo. El 82% se contestaron en el plazo reglamentario (< 30 días).

El número de reclamaciones recibidas en el Servicio fue muy reducido (0,88pmp). La acción directa del SAP soluciona directamente gran parte de las reclamaciones. El análisis de las reclamaciones permite dirigir medidas correctoras para mejorarel funcionamiento y la calidad percibida mediante la gestión de las agendas y lista de espera,y la gestión del personal de forma global e individualizada.

AUTORES: Ambrosio Miralles Martínez; R. Duro Perales; C. García Fernández; MJ Abenza Abildúa.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Infanta Sofía.

ID: 404

TÍTULO: CONTROL DE INCIDENCIAS Y RECHAZO DE MUESTRAS COMO MEDIDA EN PREANALÍTICA DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

RESUMEN:
Las incidencias preanalíticas en los laboratorios de diagnóstico clínico son las más frecuentes. Para la mejora de la calidad asistencial se requiere un control en la identificación de paciente y muestra así como en recogida, transporte, conservación y cumplimentación de peticiones, con especial relevancia en los laboratorios de Microbiología Clínica(LMIC) por la gran diversidad de muestras y especificaciones que conlleva.
Mejorar la eficacia clínica y eficiencia de un LMIC mediante registro de incidencias y rechazo de muestras en el área preanalítica del LMIC.
En abril de 2016 se elaboraron dos documentos en el área preanalítica-LMIC: a) registro de incidencias preanalíticas (IPA) para conocer causas relacionadas con paciente, muestra, petición y procedencia hospitalaria (H) o extrahospitalaria (EH), y realizar análisis posterior para implementar medidas correctoras y, b) documento con motivos de rechazo de muestras más habituales, comunicado y aprobado por la Dirección, para ser operativo. Desde entonces, ante una incidencia con motivo de rechazo, se devuelve al peticionario acompañada de una copia que la identifica.
En el periodo de estudio, abril de 2016 hasta diciembre de 2017(1 año y 9 meses) se procesaron 92.310 muestras, siendo EH el 54%. Se registraron un total de 2848(3.1%) IPA en el LMIC, siendo 1681(59%) de procedencia EH.
Las IPA observadas más frecuentes fueron:
Paciente: no identificación inequívoca(2,3%).
Muestra: inadecuada(3,4%), derramada/recipiente o conservación inadecuada(1,7%), transporte inadecuado(3,2%), muestras/volantes mal identificados(6,3%), más de una muestra por volante(2,8%).
Volante de petición: no indicación tipo de muestra(36,7%), tipo de estudio(38,2%), no correspondencia con muestra(2,8%), otro distinto de LMIC(2,6%).

De abril-diciembre 2016(9 meses) se encontraron 1588 IPA (61,6% EH). Según su procedencia, destacan dos tipos relacionados con cumplimentación de volante de petición: no indicar tipo de muestra(58,28%) en H ni tipo de estudio(37,31%) en EH.
De enero-diciembre 2017 se encontraron 1260 IPA(55,8% EH). Las más frecuentes encontradas fueron las mismas del periodo anterior: 22,4% H y 55,90% EH respectivamente.
En conclusión: hemos observado mayor número de IPA en ámbito EH(59%) y una tendencia descendente en los dos periodos de estudio comparados: de 177 a 105 incidencias/mes en 2016 y 2017 respectivamente lo que supone un descenso del 40.7% de IPA/mes. Persisten las IPA relacionadas con la incorrecta cumplimentación del volante de petición: no indicar el tipo de muestra ni el tipo de estudio, con predominio H y EH respectivamente.
Destacar la importancia de crear cultura en los peticionarios del valor de la petición analítica, ya que su finalidad es el diagnóstico clínico del paciente y minimizar las incidencias y rechazo de muestras repercutirá directamente en la eficiencia procesando lo correcto y con el menor tiempo de respuesta posible, para tomar decisiones clínicas acertadas y precoces.

AUTORES: Marta Arias Temprano; H Rodriguez Pollán; MD Pérez García; M Caño Herrero; T Marrodán Ciordia; I Fernández Natal.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario De León.

ID: 405

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE PACIENTES SOBRE INTERACCIONES ALIMENTARIAS CON ANTICOAGULANTES ORALES ANTI-VITAMINA K

RESUMEN:
La preocupación por las interacciones de los anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K (AVK) con los alimentos es de máxima importancia para lograr la estabilidad del control de la anticoagulación, optimizando así la efectividad del tratamiento y minimizando los efectos adversos. Hace un año, a raíz de varias notificaciones de incidentes de seguridad relacionados con estos medicamentos, se actualizó la guía para el manejo de anticoagulantes orales y se potenció la actividad formativa de los pacientes en las consultas hospitalarias de anticoagulación, facilitándoles información verbal detallada y personalizada, además de la incluida en la guía.
Evaluar el impacto de la nueva estrategia, comprobando el grado de conocimiento de los pacientes acerca de los condicionantes alimentarios.
Se realizó una evaluación interna prospectiva, mediante entrevista individual a una muestra aleatoria de pacientes citados a lo largo de 2 semanas a la consulta de anticoagulación del Servicio de Hematología. Se definieron los siguientes criterios para evaluar la eficacia de la implantación de la guía, desarrollados en 5 preguntas de un breve formulario diseñado ad hoc:
1: Conocimiento de la existencia de interacciones.
2: Disponibilidad y uso de la guía.
3: Conocimiento memorístico sobre alimentos que interaccionan.
4: Capacidad de distinguir alimentos que interaccionan de los que no, de una lista donde hay 7 de cada tipo.
5: Conocimiento de lo que debe hacer con los alimentos que interaccionan, tal y como se refleja en la guía.
Se analizaron las respuestas de 15 pacientes.
1) Conocimiento de interacciones: Sí = 11 (73,3%; 44,8 - 91,1 IC95%).
2) Dispone y hace uso de la guía: Sí = 9 (60%; 32,9 - 82,5 IC95%).
3) Menciona de memoria al menos un alimento correcto: Sí = 8 (53,3%; 27,4 - 77,7 IC95%). La media de alimentos recordados/paciente fue 1, 87.
4) Reconoce al menos un alimento que interacciona: Sí = 7 (47%; 22,3 - 72,6 IC95%). Media de alimentos reconocidos = 1.87, con 0,2 alimentos erróneos.
5) Sabe lo que debe hacer con los alimentos que interaccionan: Sí = 3 (20%; 5,3-48,6 IC95%). La contestación más frecuente fue “No tomarlos nunca” (33%), seguida por NS/NC (26,7%).
Pese a la actualización y difusión de la nueva guía y del mayor esfuerzo informativo llevado a cabo en los últimos meses, se ha detectado un amplio margen de mejora en el grado de conocimiento que tienen los pacientes sobre las interacciones de algunos alimentos con los AVK. Aunque la mayoría de nuestros pacientes son conscientes de la existencia de interacciones, los resultados de este estudio indican que no logran memorizar adecuadamente los alimentos implicados y que muchos no hacen un buen uso de las guías. Difundir la información en otro soporte, como tarjetas de tamaño reducido con la lista de alimentos para poder llevarlas consigo o pegarlas al frigorífico, o disponer de una APP en el móvil, puede facilitar el reconocimiento de los alimentos que interaccionan.

AUTORES: Juan Abellón Ruiz; I Talsi Hamdani; A González Serna; C Martínez Redondo; P Cerezuela Martínez; C Contessotto Spadetto.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Los Arcos Del Mar Menor.

ID: 406

TÍTULO: EFICACIA DE LA METODOLOGÍA GLOBAL TRIGGER TOOL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA CON INGRESO

RESUMEN:
La cirugía supone una de las áreas de alto riesgo para la aparición de efectos adversos (EA).
El objetivo es conocer el porcentaje de EA en pacientes quirúrgicos con ingreso mediante la metodología Global Trigger Tool (GTT), el tipo de EA más frecuente y la gravedad del daño
Estudio retrospectivo, observacional, analítico, unicéntrico en un hospital universitario de tercer nivel.
Selección aleatoria y representativa de 120 episodios cerrados de pacientes de Cirugía Mayor con ingreso del 1 de enero al 30 de junio de 2017
Criterios de inclusión: mayores de 18 años con cirugía de ingreso durante el periodo de estudio
Criterios de exclusión: menores de 18 años, cirugía obstétrica, trasplante, dermatología y oftalmología
Para la identificación de EA, se utilizaron 3 de los 6 módulos de la GTT publicada por el Institute of Healthcare Improvement (IHI): cuidados, medicación y cirugía.
Se formaron dos equipos, el primero de revisores que evaluaron los Trigger de los 120 episodios determinando si hubo EA; el segundo de expertos, que verificó la presencia de EA y categorizó el daño, según la taxonomía de National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) y su evitabilidad.
Se analizaron 120 episodios quirúrgicos de pacientes intervenidos en cirugía con ingreso, correspondientes a 12 especialidades quirúrgicas. El 53,33% eran hombres, la edad media fue de 61,8 años (Desv. Típica 15,5 años). 103 pacientes (85,83%) fueron ingresados de forma programada y 17 (14,17%) urgente. La estancia media fue de 6,97 días (Desv. Típica 7,9) El riesgo quirúrgico fue ASA I en el 8,1% de los pacientes, ASA II 50%, ASA III 32,7% y el 10% tenian un ASA IV y V. La mediana de tiempo de cirugía fue de 103 minutos (15-750). El servicio de COT realizó el mayor número de intervenciones 22,5%
La herramienta GTT detectó un total de 420 detonadores en 111 pacientes, prevalencia del 92,5% de los pacientes con al menos un detonador. El rango de detonadores por paciente oscila entre 0 y 13 (mediana 3)
Se encontraron 9 episodios sin detonadores (8%). El modulo de cuidados es el que presentó mayor número de detonadores
Se detectaron un total de 86 EA en el 59 pacientes (49,1%) con uno o más EA, prevalencia 49,1 EA /100 pacientes y 10 EA /100 días de estancia
Los EA más frecuentes fueron: lesión de un órgano (9,42%), úlcera por presión y caída (8,24%). En relación a la gravedad se clasificaron el 18,3% EA en la categoría E, 21,6% en la F, 1,6% en la G y el 5,8% en la H. Los expertos consideraron como evitables el 72% de los E.A

Conclusiones
La prevalencia de EA es más alta de lo estimado en otros estudios. La mayoría de los EA detectados están relacionados con complicaciones en los procedimientos quirúrgicos y de cuidados y más de la mitad son evitables
La metodología Global Trigger Tool adaptada ha demostrado ser altamente eficaz y eficiente para la detección de EA en cirugía, identificando todos los EA graves

AUTORES: Angélica Pocino Campayo[1]; M Ballester Roca[2]; J Roca Antonio[3]; J Julian Ibáñez[4]; D Parés Martíne[5]; E Montané Esteva[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Germans Trias i Pujol.

ID: 407

TÍTULO: REPERCUSIONES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: CONSEJOS ÚTILES PARA PRESCRIPTORES Y PACIENTES.

RESUMEN:
La implantación de la cirugía bariátrica en nuestro hospital, nos indujo a reflexionar sobre distintos aspectos a considerar a la hora de administrar medicamentos por vía oral a estos pacientes. Tras la intervención quirúrgica, las modificaciones en la dinámica intestinal afectan a la activación química, liberación/disgregación, absorción y eliminación de determinados medicamentos, con repercusiones sobre su eficacia, por exceso o defecto, y toxicidad. Así pues, consideramos conveniente elaborar una guía que pudiera orientar las decisiones terapéuticas del facultativo y un documento informativo específico para los pacientes.
El objetivo principal del trabajo es prevenir posibles problemas de salud derivados del uso de medicamentos orales, relacionados con la nueva dinámica farmacocinética de estos pacientes.
Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el efecto de la cirugía bariátrica en el proceso de liberación, absorción, metabolismo, distribución y eliminación de medicamentos orales.
A partir de la lectura de los artículos identificados, se ha elaborado una guía para profesionales y un folleto para pacientes, que se han difundido en nuestro hospital y Área de Salud, cuyo contenido se resume a continuación:
a) La principal recomendación para los profesionales es de reevaluar atentamente la pauta de los siguientes medicamentos, si el paciente los estaba tomando antes de la intervención: antiulcerosos, enalaprilo, amiodarona, ciprofloxacino y otras quinolonas, anticonceptivos, levotiroxina, ácido acetilsalicílico para prevención cardiovascular, ketoconazol, bisfosfonatos, lamotrigina, digoxina, metformina, metoprolol, simvastatina, niacina, ácido valproico, quetiapina, zolpidem, AINEs, acenocumarol, warfarina, olanzapina, rifampicina, ramiprilo, dabigatrán, rivaroxabán, edoxabán, apixabán, ciclosporina, fenitoina, calcio.
b) Recomendaciones para los pacientes:
•Los medicamentos que tomaba antes de la operación para la diabetes, tensión, corazón, epilepsia, etc.) necesitarán un ajuste de dosis, o incluso puede que alguno ya no lo necesite. Revise la medicación de su domicilio y consulte a su médico o farmacéutico en caso de duda.
•Si piensa que un medicamento ya no le hace el efecto suficiente o tiene demasiado efecto o presenta efectos adversos, consulte con su médico o farmacéutico.
•A partir de ahora, siempre que vayan a prescribirle una nueva medicación, informe al médico de que está operado.
•Evite tomar medicamentos efervescentes.
•Tenga especial cuidado con fármacos retard o de liberación prolongada/controlada/sostenida.
•Evite tomar antiinflamatorios no esteroideos (aspirina, ibuprofeno, etc.).
•Etc...
Con esta guía se ha completado la atención del paciente sometido a cirugía baríatrica desde el punto de vista farmacoterapéutico, suponiendo un avance en la seguridad del paciente y en la calidad de la asistencia que recibe, haciendo especial hincapié en la coordinación interniveles, lo que se ha tenido en cuenta en su difusión.

AUTORES: Juan Abellón Ruiz; JM Alonso Herreros; JC Ruiz Ramírez; MM Soler Soler; M Muñoz Sánchez; C Contessotto Spadetto.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Los Arcos Del Mar Menor.

ID: 408

TÍTULO: RESULTADOS EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO CLÍNICO EN UN ÁMBITO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA

RESUMEN:
Desde el año 2010 el Hospital está certificado con la UNE- 179003 de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente en todo el ámbito de hospitalización médica, quirúrgica y médico-quirúrgica (450 camas). Trás 8 años de implantación,hoy podemos evaluar a tiempo real la implementación de planes de tratamiento , y su efectividad sobre los pacientes
Reducir el riesgo de sufrir un evento adverso en el paciente hospitalizado
Descrbir la implantación de la Gestión de Riesgos, y el desarrollo de una solución informatizada para el seguimiento a tiempo real de la implantación de los planes de acción, y su efectividad
En el 2007 se incorpora la Seguridad del Paciente como un objetivo estratégico, planificando un Sistema de Gestión de Riesgos Clínicos en la Política del Hospital
Se aborda la implantación progresiva de una Cultura de Seguridad, promoviendo la sensibilización de los profesionales en la detección de eventos, aplicación de prácticas más seguras y el rediseño de procesos para minimizar las condiciones latentes.
Se evalúa la implementación de las acciones a través de monitorización de indicadores y seguimiento de eventos notificados.
Se crea un Núcleo de Seguridad en el que participa la dirección y servicios médicos y de enfermería. Simultáneamente se conforma un equipo de mejora en el ámbito Médico-Quirúrgico cuyas funciones incluyen
- el diseño y desarrollo específico del mapa de riesgos con la identificación, apreciación y ponderación de cada uno de ellos
- establecimiento de planes de reducción y/o erradicación del riesgo
- evaluación de la efectividad de los planes

La metodología que hemos implantado incluyó:
- abordaje proactivo en base al know-how de los profesionales, requerimientos normativos, y sugerencias de profesionales o pacientes.
- abordaje reactivo empleando sistemas de comunicación y análisis de incidentes através de SiNASP
- Monitorización de la efectividad de los planes a través de indicadores

Para ello, se desarrolla una herramienta informática que permite hacer en tiempo real el seguimiento de la priorización de los riesgos y la implantación de sus planes de tratamiento.
A día de hoy:
69 riesgos identificados relacionados con: evaluación y atención de pacientes, educación de pacientes, uso seguro de medicamentos, identificación inequívoca, comunicación efectiva, prevención de infecciones, equipamiento y derechos y deberes del paciente y familia.
1.074 acciones de las que 170 siguen en curso, 47 están pendientes de iniciar y 16 pendientes de análisis.
Las acciones procedieron de los equipos de mejora, del análisis de tendencias de los indicadores, y del análisis de incidentes de SiNASP. Entre estas acciones, 109 fueron actividades formativas.
Trás la aplicación de los planes de acción diseñados, de 69 riesgos identificados 36 (52%) disminuyen el IPR (índice de priorización del riesgo), se mantiene en 23 (33%) y aumenta en 4 (6%). Los 6 riesgos restantes son de nueva identificación.

AUTORES: Ignacio Enríquez de Salamanca Holzinguer; M Muñoz Mella; M Falagan Mota; V Quintela Porro; S Faccio López; P Ferreira Rodriguez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital POVISA S.A.

ID: 409

TÍTULO: PROPUESTA DE INDICADORES DE CALIDAD PARA LAS UNIDADES DE CEFALEA

RESUMEN:
La cefalea es el motivo de consulta en Neurología más frecuente y es la segunda enfermedad neurológica en pérdida de calidad de vida. Además, un porcentaje de pacientes requieren de atención especializada en Unidades de Cefalea por el aumento de la frecuencia que genera un gran impacto y discapacidad, requiriendo de tratamientos invasivos y de precisión.
Elaborar indicadores para medir la calidad de las Unidades de Cefalea.
Un grupo de 15 expertos en Cefalea o en Gestión de Calidad Asistencial crearon un grupo de trabajo. Primero se realizó una revisión de la literatura (PubMed, Scopus, Índice Médico Español), sobre indicadores de calidad en cefalea. Se aplicó la técnica Metaplan en una reunión para la identificación de áreas claves y elaboración de una propuesta inicial. Finalmente, se realizó una conferencia de consenso en la que se evaluó la importancia y factibilidad de los indicadores definidos. La propuesta final fue aprobada por todos los expertos tras seis rondas de consenso. Estudio financiado por Allergan.
En la revisión inicial de la literatura se consultaron 28 estudios. La propuesta inicial de indicadores partió de 15 elementos que finalmente se concretaron en 13, agrupados en las siguientes dimensiones: (i) efectividad (n = 3); (ii) atención centrada en el paciente (n = 3); (iii) seguridad del paciente (n = 4); (iv) accesibilidad (n = 2); y (v) adecuación (n = 1). La mayoría de los indicadores fueron de proceso (61,5%, n = 8), aunque la propuesta también incluyó cuatro de proceso y uno de estructura.
A partir de ahora, los indicadores seleccionados se van a evaluar en la práctica clínica diaria en varias Unidades de Cefalea en España para poder asegurar que son prácticos, medibles y permiten detectar los problemas de calidad y asegurar una atención de Calidad en Unidades de Cefalea. Además, permitirán establecer una estándar de calidad que sea medible y comparable.

AUTORES: José Joaquín Mira Solves[1]; A Martínez García[2]; P Pozo-Rosich[3]; E Ignacio García[4]; M Guilabert Mora[5]; J Pascual Gómez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Hospital Provincial-Pla DS Alicante-Sant Joan; Universidad Miguel Hernández[1]; Universidad Miguel Hernández[2, 5]; Hospital Universitari Vall d'Hebron; Universitat Autònoma de Barcelona[3]; Universidad de Cádiz[4]; Hospital Unversitario Marqués de Valdecilla e IDIVAL[6].

ID: 410

TÍTULO: MEJORAMOS LA CRONICIDAD, EXPERIENCIA DE LA GESTIÓN DE CASOS.

RESUMEN:
La atención a la cronicidad es una necesidad acuciante para los sistemas de salud por su elevada prevalencia y los retos organizativos que su atención genera. Diferentes países resuelven la complejidad de la atención a la cronicidad mediante la gestión de casos a través de la profesión enfermera, con buenos resultados. El progresivo envejecimiento de la población y el incremento de la esperanza de vida conllevan al aumento de las patologías crónicas. Su control y asistencia representan uno de los principales retos a los que debe hacer frente el sistema para cumplir .Dentro de nuestra comunidad autonoma y en el marco del Plan de Salud 2016-2020 del Departamento de Salud de Cataluña avanzamos hacia la implementación de la atención integral y centrada en la persona. Por ello, necesitamos una reorientación en el abordaje integral de las situaciones de complejidad, dependencia y fragilidad, desarrollando prácticas avanzadas y dando respuesta a las necesidades crecientes de la población.
1.- Implementación de la figura de la gestora de casos en un equipo de atención primaria (EAP).
2.-Conseguir el abordaje integral de la cronicidad, alta complejidad clínica y social, dependencia y fragilidad, asegurando la continuidad asistencial.
3.-Ofrecer una atención personalizada de los pacientes incluidos en el programa;
4.-Disminuir ingresos y reingresos, consultas a urgencias, priorizando recursos.
5.-Mejorar coordinación con servicios sociales y con la residencia de ancianos.
6.-Promocionar la calidad de vida de pacientes, familiares y cuidadores
Estudio descriptivo y análisis de la situación para implantar el programa de gestión de casos en el EAP:
1.DAFO
2.Acciones (cronograma) Activación del módulo de gestión casos en la historia clinica de atención primària (e-cap). Estancias formativas en la gestora. Formación al equipo en cronicidad y gestión de casos. Reuniones periódicas con el equipo
3.Indicadores de evaluación 2018-2019. Disponer y presentar al EAP el procedimiento. Formación profesionales del EAP. Documento de referentes. Número de pacientes atendidos, seguimiento telefónico y domicilios
Iniciamos el proyecto finales del 2017 por lo que todavía no disponemos de resultados. La gestora lleva una media de 15 usuarios en cartera, este año estamos iniciando una evaluación de las valoraciones y del perfil de pacientes que asume la gestora. Los profesionales lo han recibido bien y entre todos los referentes intentan favorecer el seguimiento de estos usuarios.
La gestora también ha facilitado la información y soporte a las familias y cuidadores. Es la persona referente en la residencia de ancianos, y es un enlace directo entre la residencia, hospital y el centro de atención primaria.
La implantación de la enfermera gestora de casos al EAP nos asegura la continuidad asistencial de pacientes de alta complejidad, y da respuesta a las descompensaciones mediante la detección precoz aumentando así la calidad asistencial de la población.

AUTORES: Claudia Curto Romeu[1]; Mt Irigoyen Garcia[2]; N Brunet Reverte[3]; J Lucas Noll[4]; I Izquierdo Zaragoza[5]; A Navasquillo Calderon[6].

CENTRO DE TRABAJO: Equipo Atencion Primaria Amposta. Gerencia Territorial Ics Terres De L'ebre[1, 2, 3]; Equipo Atención Primaria Sant Carles De La Ràpita. Gerencia Territorial Ics Terres De L'ebre[4, 5]; Gerencia Territorial Ics Terres De L'ebre[6].

ID: 411

TÍTULO: INTERVENCION EN LA COMUNIDAD Y EN PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD ANTE EL AUMENTO DE CASOS DE SARNA.

RESUMEN:
La Sarna es una enfermedad ocasionadas por el Sarcoptes Sacabei, perteneciente a la familia de los Artrópodos.
A principios del año 2018 hubo en nuestro municipio y en municipios cercanos, un aumento de casos de sarna, que afectaron a ciudadanos, pacientes y trabajadores de nuestro Centro de Salud, con la consiguiente alarma social.
1,. Disminución incidencia de casos de Sarna.
2.- Informar a la comunidad sobre cómo actuar en caso de sospecha de Sarna.
La Comisión de Comunitaria y los referentes de Enfermedades Infecciosas de nuestro Centro de Salud , se plantearon una intervención transversal y multidisciplinar, solicitando colaboración a los profesionales sanitarios de nuestro Centro de Salud y a las Oficinas de Farmacia y Centros Educativos de nuestra localidad, para dar una respuesta rápida al aumento de casos de sarna e informar a la población en qué consiste dicha enfermedad.
Las propuestas fueron:
1,- Realización de una intervención en colaboración con las Oficinas de Farmacia de nuestra localidad, consistente en la elaboración de un Tríptico Informativo sobre Sarna, que cuenta con el logotipo del Colegio Farmacéutico de nuestra provincia. El tríptico contiene los siguientes apartados informativos: Agente causal de la Sarna, Distribución de la enfermedad, Reservorio y Mecanismos de transmisión, Período de incubación, Clínica, Período de transmisión, Diagnóstico y Tratamiento.
El Tríptico se distribuyó en todas las oficinas de Farmacia, Centros Educativos y Sanitarios de nuestro municipio.
2.- Se realizaron Sesiones Formativas al personal del Centro de Salud sobre Sarna.
3.-Los Referentes de Infecciosas de nuestro Centro de Salud elaboraron un Protocolo de Actuación ante la sospecha de Sarna y crearon un registro de personas afectadas (tanto de personal del Centro de Salud, como de usuarios), consistiendo que ante toda sospecha de Sarna, ésta ha de ser comunicada a los referentes de Enfermedades Infecciosas de forma inmediata.
4.- Los referentes de Enfermedades Infecciosas realizarán el diagnóstico, seguimiento y control de todos los casos índices y de los posibles contactos (estudio de contactos), de forma personalizada. Se notificarán los casos de los trabajadores del Centro de Salud que han estado en contacto con casos de Sarna al Servicio de Medicina Laboral, también de forma inmediata.
Con la elaboración de los Trípticos sobre Sarna y su difusión en las Oficinas de Farmacia , Centros Educativos y Sanitarios y con la creación del Protocolo de Actuación para Personal del Centro de Salud se ha logrado reducir el número de casos de Sarna. Durante los meses de enero y febrero del 2018 se registraron 10 casos índice de Sarna y 40 personas fueron tratadas de forma profiláctica. Desde hace 2 meses no hay constancia de ningún otro caso de Sarna, por lo que concluimos que la intervención en la comunidad ha sido satisfactoria.

AUTORES: Javier Torres Sanjuan; I Rovira Marti.

CENTRO DE TRABAJO: ABS VILA SECA.

ID: 412

TÍTULO: TALLERES DE LACTANCIA MATERNA EN UNA UNIDAD DE PUERPERIO

RESUMEN:
Si dispusiéramos de una nueva vacuna que previniese un millón o más de muertes de niños al año, y además fuera barata, segura, de administración oral y sin requerir cadena
de frío, se convertiría en un objetivo esencial de salud publica. La lactancia materna puede hacer todo eso y mucho más.
En el Programa de Promoción de la Lactancia Materna de la Comunidad Autónoma el objetivo general es restaurar la cultura de la lactancia materna. Se debe acompañar, aconsejar y orientar, en los primeros días especialmente, a las madres que deciden amamantar, para conseguir una lactancia exitosa. Una buena Lactancia Materna es la desarrollada durante 6 meses de manera exclusiva y mantenerla junto con alimentación complementaria posterior durante 2 años.
Para conseguirlo desde la unidad de Puerperio del Hospital a través de talleres de
lactancia materna se pretende:

- Transmitir a las madres mensajes correctos y unificados con relación a la lactancia
materna.

Dar confianza a la futura madre sobre su capacidad para lactar.
Realizar Educación para la Salud en base a la lactancia materna.
Dar apoyo a las madres que deciden lactar durante su estancia en la unidad.
Eliminar falsos mitos.
Resolver las dudas que puedan surgir.
Se realizarán diariamente talleres de 45 minutos de duración en la unidad de Puerperio a
madres, padres, familiares y personal sanitario interesado.
Los temas a tratar durante estos talleres serán 3: “Prácticas de buena alimentación”, “Ingurgitación mamaria” y “Grietas”.
Estas sesiones serán impartidos por una enfermera y una matrona de manera diaria incluyendo los fines de semana y festivos.
La realización de talleres de lactancia materna durante el ingreso de las madres, en las primeras horas de vida del recién nacido, ayuda a resolver muchas de las dudas surgidas, además de motivar a las madres en su decisión de lactar.
El hecho de que padres y demás familia se involucren en los talleres permite unificar criterios en el hogar.
La interrelación entre madres en el taller fomenta que se compartan experiencias que enriquecen éste y se normalicen los problemas surgidos durante el comienzo de la lactancia.
Su continuidad en talleres de lactancia materna desarrollados en Centros de Salud hacen que la lactancia materna sea más exitosa, promoviendo la Continuidad de Cuidados.

AUTORES: Silvia Sedano Silvestre; S Porras Hidalgo; L Benito Merino; S Echave Sedano; A Arribas Santamaría.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Burgos.

ID: 413

TÍTULO: EL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS, MÁS IMPORTANTE AÚN SI SE TRATA DE UN CRIBADO POBLACIONAL: SON PERSONAS SANAS!

RESUMEN:
Un programa de cribado poblacional se ofrece a personas a las que, sin ninguna sintomatología, se les invita a la realización de una prueba (en el cribado de cáncer colorrectal, un Test de Sangre Oculta en Heces, TSOH) que, si bien es poco agresiva, tiene importante trascendencia por las consecuencias que un resultado positivo conlleva (realización de otra prueba que no es inocua: una colonoscopia).
Cualquier fuente de incidentes supone una amenaza para la seguridad de los ciudadanos que son invitados y participan voluntariamente (tanto por sobre como por infradiagnóstico y/o tratamiento). Por esta razón, cuando se produce un incidente que puede tener estas consecuencias, es obligado su análisis.
Nuestro objetivo es describir el abordaje de la gestión de riesgos en el programa de cribado a través del análisis de incidentes concretos.
Se ha designado un responsable en cada gerencia que realiza un seguimiento de cada caso positivo, siendo los Servicios Centrales los que recepcionan las incidencias no resueltas.
En este proceso se advirtió que, en el Protocolo existente en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, donde debe volcarse el resultado del TSOH, una vez realizada su determinación en el laboratorio de Análisis Clínicos, el resultado visualizado no era adecuado. En un caso con TSOH positivo se visualizaba un resultado negativo y en varios TSOH positivos, el resultado no se reflejaba en el protocolo.
Se decidió el análisis mediante un Protocolo de Londres con la participación de profesionales de los servicios y áreas implicadas de cara a detectar de la forma más sistemática posible los fallos y áreas de mejora. Se efectuó una investigación detallada de lo sucedido, se construyó una espina de pescado y tras el análisis del proceso habitual y del proceso tal como transcurrió, se estudiaron las discrepancias, los factores contribuyentes y las acciones inseguras.
Tras el análisis fueron localizadas 4 causas ligadas a las tareas, 3 relacionadas con las máquinas, 3 con factores personales, 4 con la institución y los recursos, 2 con la formación y 2 con la comunicación.
Se estudiaron factores contribuyentes y acciones inseguras y, con ello, se localizaron 6 áreas de mejora a implementar por parte de Atención Primaria, Análisis Clínicos y los Servicios Centrales. De ellas, cuatro claramente relacionadas con la comunicación, una de ellas con la formación y otra con la necesidad de protocolización.
Conclusiones:
-La cultura de seguridad en los líderes de la institución, consciente de la importancia aún mayor si cabe, de la gestión de los riesgos en este caso, está siendo clave para el conocimiento y análisis de este tipo de incidentes.
-El punto más débil detectado en el proceso está relacionado con la comunicación efectiva en la institución.
-A pesar de que se detectó que, con las barreras existentes dentro del proceso, el riesgo de evento adverso es mínimo, se hace necesario abordar cada incidente en este programa.

AUTORES: María Luisa Torijano Casalengua[1]; J López Díaz[2]; C Cano Masa[3]; C Tapia Ruano Quetcuti[4]; I Navarro López[5]; J Lucendo Fernández[6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicios Centrales de SESCAM[1, 2]; Gerencia Atención Primaria Toledo[3]; Complejo Hospitalario de Toledo[4]; Proyecto Turriano[5]; Gerencia Atención Integrada Alcázar de San Juan[6].

ID: 414

TÍTULO: APRENDIENDO DE LOS ERRORES: A PROPÓSITO DE UN CASO CENTINELA

RESUMEN:
El error humano se puede considerar como el principal factor causal de los eventos adversos durante la asistencia sanitaria. Su identificación ha de ser el punto de partida del análisis y no su fin.
Es necesario disponer de herramientas que nos permitan evaluar las causas que llevaron al error y la variabilidad en el comportamiento de los profesionales.
Responder de una forma adecuada en tiempo y forma a este tipo de situaciones es un reto para cualquier organización.
1.Analizar las causas que llevaron al error a través de la creación de un grupo interdisciplinar
2. Establecer planes de mejora que eviten su repetición
En marzo del 2017 se realiza por error un lavado a un lactante con clorhexidina en lugar de con suero fisiológico, el lactante sufre un broncoespasmo y es trasladado al hospital de referencia. A partir de este momento se crea un grupo funcional para averiguar qué y cómo ha sucedido utilizando la técnica de Análisis Causa Raíz.
Los participantes son profesionales que no están relacionados directamente con el caso pero si conocen los hechos. Participan un médico, una enfermera, una auxiliar de enfermería y un técnico de calidad.
En la primera parte del análisis se hace una descripción exhaustiva de los hechos, teniendo en cuenta lo que se hizo bien y lo que no se hizo bien. Seguidamente se realiza la técnica de los cinco por qué, se agrupan las causas, se realiza una votación por pares entre todos los participantes, se priorizan las causas y se realiza un Diagrama de Pareto. Finalmente se establece un Plan de Acción con fechas y responsables de cada una de las tareas.
Las causas que el equipo de trabajo consideró que llevaron al error fueron por orden de impacto: similitud entre las dos presentaciones , falta de espacio de trabajo y falta de comunicación entre los dos niveles asistenciales
Para cada una de las causas se tomaron las siguientes medidas: se cambió la presentación de la clorhexidina a una mucho más diferenciada de la de suero fisiológico, además se implantó un sistema de etiquetado con pegatinas amarillas de medicaciones similares en todas aquellas presentaciones que se parecían. Por otra parte se habilitó un espacio específico para preparar la medicación, se puso en marcha el protocolo de órdenes verbales , en el que además de escribir en la historia clínica los profesionales debían de informar durante la transición asistencial.
La complejidad de la atención al paciente y la interrelación entre los distintos profesionales y niveles asistenciales hacen que la posibilidad de cometer un error sea alta durante la atención. El hecho de no ocultarlos y utilizarlos de forma productiva y no punitiva puede disminuir su aparición.
La utilización del análisis causa raíz permite entender las causas de los sucesos así como construir barreras para que no vuelvan a suceder.

AUTORES: Elena Burdeos Palau; D Cuesta Peredo.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De La Ribera.

ID: 416

TÍTULO: "PAQUETE DE MEDIDAS" PARA REDUCIR EL SONDAJE VESICAL Y PREVENIR LAS INFECCIONES URINARIAS RELACIONADAS.

RESUMEN:
Dentro de los programas de garantía de calidad, la seguridad del paciente no es una moda, sino una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado. Los objetivos de la estrategia en seguridad, se orientan a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias, incorporar la gestión del riesgo sanitario, formar a profesionales y pacientes en aspectos básicos de seguridad, implementando prácticas seguras, implicando a ambos.
El paciente hospitalizado, aunque constituye el centro de nuestra atención, está sujeto a un riesgo sanitario, como son las infecciones nosocomiales, relacionadas con intervenciones del equipo.
Evaluar una intervención para reducir las infecciones urinarias relacionadas con la inserción de sondaje vesical. Según estudios, sobre infecciones del tracto urinario asociadas al catéter, estas constituyen más del 30% de las infecciones originadas. Tras 7-10 días de sondaje vesical, el 50% de los pacientes presentará bacteriuria; el 20-30% de ellos desarrollará infección; y entre 1-4%, una bacteriemia secundaria a sondaje. El factor de riesgo más importante para desarrollarla, es el uso prolongado del catéter urinario. Las investigaciones sugieren que quizá hasta 50 a 70 por ciento de estos episodios pueden prevenirse.
Se realiza estudio cuasi-experimiental, creación de equipo multidisciplinar, con formación específica sobre sondaje vesical/cuidados, intervenciones de enfermería, recordatorios, evaluación y retroalimentación de resultados, para disminuir el sondaje vesical, las tasas de infección del tracto urinario asociado al sondaje, y los días de permanencia del catéter, a través de una herramienta de registro electrónico de cuidados, consulta multidisciplinar diaria.
Se incluyeron y monitorizaron 252 pacientes con catéter urinario (1298 días, y 5005 días de estancia). Reducción significativa de: días de sondaje (12.7 a 6.7), de tasa de sondaje media (31.4% va 25.9%), del riesgo de infección asociada a cateterismo (21.7% a 4.4%) y de Infección del tracto urinario asociada a sondaje vesical (28 vs 11). Reducción significativa de complicaciones inherentes al sondaje y su retirada, como hematuria post sondaje (9 vs 2), o la retención aguda de orina tras retirada de sondaje vesical.
Los profesionales han de tener una visión científica, preocupados por el bienestar del paciente, capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad, cómo el asegurar unas intervenciones libres del riesgo, ya que estamos directamente implicados en promover tanto un ambiente seguro, en el que puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban la sensación de seguridad.

AUTORES: Emilia Ruiz Antúnez; A Vicente Sánchez; A Sanz Vicente; Ma García Alonso; Ml García Prieto; S Martín Francisco.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario Salamanca.

ID: 417

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA SEPTICEMIA POSTQUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: COMPARÁNDONOS PARA MEJORAR

RESUMEN:
Entre los indicadores hospitalarios que publica anualmente el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), se evalúa la septicemia postquirúrgica. Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes que pueden asociarse una sepsis son los realizados sobre válvulas cardiacas, intestino delgado y grueso y los procedimientos para obesidad.
El RME (Ratio de Morbilidad Estandarizada) para el período 2015-16, que refleja la relación entre casos observados y esperados para el hospital, ha sido de 1,59 (IC 95% 1,06-2,30), significativamente por encima del conjunto de hospitales de igual nivel de complejidad de la Comunidad de Madrid.
Verificar las posibles causas que han podido asociarse a la desviación negativa de este indicador y establecer un plan de acciones de mejora a partir de los resultados obtenidos.
Se analizan los casos incluidos en el numerador del indicador, de acuerdo al algoritmo definido por AHRQ -Agency for Healthcare Research and Quality- (28 casos entre los años 2015 y 2016). La base de la información es el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (C.M.B.D.) del hospital. El análisis ha sido llevado a cabo por facultativos independientes de las áreas implicadas mediante revisión de informes de alta.
Se identifican 31 casos de sepsis en el período 2015-16, que cumplen los criterios recopilados en el indicador (3 más que los 28 casos incluidos en el cálculo del Observatorio). Este resultado corresponde con una tasa de 7,61‰ (frente al 3,33‰ de la media del Observatorio). De ellos, se confirma sepsis postquirúrgica en el 58,1% (18 casos, asociados a cirugía de colon -8-, cirugía gástrica y traumatológica -3 cada uno, y cirugía vascular y urológica -2 cada uno-). Sin embargo, el 16,1% (5 casos) son sepsis asociadas erróneamente a procedimiento quirúrgico y el 25,8% (10 casos) son errores de codificación (en 8 casos no figura un marcador POA que identifique este diagnóstico como presente al ingreso, y en los otros 2, se produce error en la clasificación diagnóstica). Ajustando el resultado a los casos confirmados tras la evaluación, la tasa de septicemia desciende hasta el 4,42‰, ligeramente encima de la media.
Se pone en marcha un plan de mejora que incluye:
1. Auditorías internas periódicas de codificación en CMBD de indicadores críticos en relación, especialmente, a la codificación de diagnósticos presentes en el ingreso (POA).
2. Promover la revisión de casos de sepsis ocurridos en pacientes sin patologías de base de alto riesgo (ASA 1-2) y/o intervenidos con procedimientos de cirugía limpia o limpia-contaminada, e impulsar su notificación al sistema de gestión de riesgos –CISEM- para su adecuada gestión como eventos centinela.
Debe prestarse especial cuidado en la clasificación de episodios asociados a los códigos descritos para la sepsis postquirúrgica puesto que se trata de un indicador con un numerador muy reducido y, por tanto, muy sensible a pequeños cambios en su cálculo.

AUTORES: César Llorente Parrado; C Bravo Villaseñor; D Molina Villaverde; I Almendro Martínez; A Díaz Redondo; A Rodríguez Quirós.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 418

TÍTULO: EXPERIENCIA E IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UCI TRÁS 8 AÑOS DE CERTIFICACIÓN EN UNE 179003

RESUMEN:
Desde el año 2010 nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (20 camas polivalentes) está certificada con la UNE-179003 de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente.Trás 8 años de implantación,hoy podemos evaluar a tiempo real la implementación de los planes de tratamiento del riesgo, y su efectividad sobre los pacientes
Reducir el riesgo de sufrir un evento adverso en el paciente crítico
Descrbir la implantación de la Gestión de Riesgos, y el desarrollo de una solución informatizada para el seguimiento a tiempo real de la implantación de los planes de acción, y su efectividad
Se aborda la implantación progresiva de una Cultura de Seguridad, promoviendo la sensibilización de los profesionales en la detección de eventos, aplicación de prácticas más seguras y el rediseño de procesos para minimizar las condiciones latentes.
Se evalúa la implementación de las acciones a través de la de monitorización de indicadores y seguimiento de eventos notificados.
Se crea un Núcleo de Seguridad en el que participa la dirección y servicios médicos y de enfermería. Simultáneamente se conforma un equipo de mejora en el ámbito del Servicio de Anestesia y UCI cuyas funciones incluyen

- el diseño y desarrollo específico del mapa de riesgos con la identificación, apreciación y ponderación de cada uno de ellos
- establecimiento de planes de reducción y/o erradicación del riesgo
- evaluación de la efectividad de los planes

La metodología que hemos implantado incluyó:

- abordaje proactivo en base al know-how de los profesionales, requerimientos normativos, y sugerencias de profesionales o pacientes.
- abordaje reactivo empleando sistemas de comunicación y análisis de incidentes através de SENSAR
- Monitorización de la efectividad de los planes a través de indicadores

Para ello, se desarrolla una herramienta informática que permite hacer en tiempo real el seguimiento de la priorización de los riesgos y la implantación de sus planes de tratamiento.
26 riesgos identificados en Anestesia, 21 en la UCI y 19 bloque quirúrgico.
Para cada uno se establece su plan de tratamiento y los indicadores de seguimiento para la reducción del riesgo. La efectividad de los planes desarrollados se constata en la reducción progresiva de los IPR de los riesgos estudiados: El IPR medio global se ha reducido de 124,5 al 67,23 actual . Sólo en la UCI se redujo de 84,4 a 42,2.

AUTORES: Rafael Cabadas Avión; M Muñoz Mella; A Vazquez Lima; C Pazos Jardón; I Enriquez De Salamanca Holzinger; V Quintela Porro.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital POVISA S.A.

ID: 419

TÍTULO: SUPERANDO VIEJOS PARADIGMAS: PROYECTO PACIENTE ALIADO

RESUMEN:
El abandono progresivo del paternalismo médico y la importancia creciente del principio de autonomía, han favorecido la figura del paciente como sujeto informado y empoderado, capaz de adquirir las competencias necesarias para gestionar su enfermedad, incorporar estilos de vida saludables y conseguir una mejor calidad de vida, siempre en colaboración con los profesionales sanitarios. Las instituciones sanitarias deben escuchar las opiniones y sugerencias de los usuarios de sus servicios y programas, considerando al paciente del siglo XXI el mejor de nuestros aliados.
Integrar las experiencias y expectativas de los pacientes que han requerido asistencia frecuente y prolongada en nuestro centro y la de sus familias, como fuente de información dentro de un proyecto de mejora del mismo.
El Proyecto Paciente Aliado supone un conjunto de experiencias que buscan establecer puentes y facilitar diálogos entre los grandes pilares de una asistencia satisfactoria y de calidad: pacientes, familiares y profesionales.
Este estudio, enmarcado en dicho proyecto, presenta un enfoque de investigación cualitativo y emplea el grupo focal como método principal para generar información. A partir del registro hospitalario del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) se realiza un muestreo aleatorio estratificado entre los pacientes con 3-5 ingresos en un hospital de tercer nivel durante el año 2017. Los familiares son seleccionados de la cohorte inicial de pacientes, por muestreo intencional. Las variables de segmentación principales son: edad, sexo y servicio de ingreso.
La muestra definitiva se compone de un grupo de pacientes jóvenes (3 varones y 3 mujeres con edades entre 18 y 60 años), un grupo de pacientes mayores (3 varones y 4 mujeres con edades entre 61 y 80 años) y un grupo de familiares (4 hombres y 4 mujeres).
La visión de los pacientes respecto a los servicios prestados por nuestra organización incluyó aspectos muy positivos como la formación y experiencia de los profesionales, la relación médico-paciente basada en la confianza, el sentimiento de seguridad durante el ingreso y el estrecho seguimiento tras el alta hospitalaria. Las áreas de mejora detectadas se centraron en las instalaciones y restauración, la masiva afluencia de pacientes junto con la atención recibida principalmente por médicos residentes en la urgencia, y las dificultades para conciliar el sueño debido al ruido durante el ingreso.
Los familiares reiteraron los discursos de los pacientes, extendiéndose en el déficit de confort y en la necesidad de limitar las visitas para mejorar la intimidad.
La relevancia de la figura del paciente experto, las nuevas tecnologías y las asociaciones de pacientes varió en función del grupo: para los mayores carecían de importancia, mientras que para los pacientes y familiares más jóvenes eran elementos clave.
Los resultados arrojados por esta experiencia se traducirán en acciones de mejora, seguidas de nuevos estudios dentro del Proyecto global.

AUTORES: Alicia Díaz Redondo[1]; V Quirós González[2]; M Alonso García[3]; A Rodriguez Quirós[4]; I Almendro Martínez[5]; C Llorente Parrado[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital G.U. Gregorio Marañón[1, 4, 5, 6]; Complejo Asistencial Univesitario De Salamanca[2]; Hospital Universitario Fundación Alconcón[3].

ID: 420

TÍTULO: EN BUSCA DE LA EXCELENCIA PARA LOS MÁS PEQUEÑOS: GRUPO FOCAL CON MADRES Y PADRES DE PREMATUROS EN REHABILITACIÓN.

RESUMEN:
Conocer la calidad percibida por los pacientes y rediseñar las prestaciones sanitarias teniendo en cuenta sus necesidades, es una tarea fundamental en la búsqueda de la excelencia clínica. Por este motivo, desde una Unidad de Rehabilitación Infantil se plantea el objetivo de estudiar la satisfacción en el proceso de rehabilitación con niños nacidos pretérmino, a través de sus padres. En el presente trabajo se exponen los resultados de la aplicación de la metodología del grupo focal para conocer de forma abierta las necesidades de los pacientes y superar las limitaciones de las encuestas.
Conocer las experiencias y opiniones de madres y padres de niños prematuros con el proceso asistencial, detectando áreas de mejoras.
DISEÑO DEL ESTUDIO. Estudio cualitativo basado en la elaboración de grupos focales.
ÁMBITO DE ESTUDIO. La población objetivo de nuestro estudio son las madres y padres de los niños nacidos con un peso inferior a los 1500 gramos o nacidos con una edad gestacional menor a 24 semanas que hayan sido seleccionados para recibir atención sanitaria en una Unidad de Rehabilitación Infantil de un hospital de tercer nivel.
MUESTRA. Se realiza un muestreo intencional, para la realización de dos grupos focales formados por entre 5 y 8 participantes cada uno: uno de padres cuyos hijos permanecían ingresados en el centro; y otro de padres cuyos hijos han sido dados de alta del centro hospitalario y se encuentran en seguimiento ambulatorio.
DESARROLLO GRUPO FOCAL. Los grupos se moderan con personal ajeno a la asistencia prestada a los pacientes, grabándose el audio de las conversaciones de los familiares para su posterior transcripción y análisis, mediante su clasificación por categorías temáticas.
Efectuándose la convocatoria a través de profesionales con relación con los participantes, para facilitar la misma, se consigue la participación de 5 familiares por grupo, siendo el 90% madres. Tras la realización de los grupos focales se organizó la información en cinco áreas temáticas: vivencia de la prematuridad, valoración de la atención que recibieron, expectativas con el proceso de alta y seguimiento, satisfacción con la información que se les proporcionó y experiencia con la estancia en el hospital. Además, se extrajeron diferentes áreas de mejora. Los participantes señalaron cómo la experiencia de la asistencia y la evolución de la prematuridad se desarrollan en dos etapas diferenciadas, que además condicionan las necesidades de información. Primeramente, una fase precoz -de día a día-, donde priman las preocupaciones sobre la estabilidad clínica de sus hijos; y un segundo proceso relacionado con la evolución y el desarrollo psicomotriz a largo plazo. En general, la satisfacción con los profesionales fue muy alta, especialmente con la preparación a lo largo del ingreso, que les hacía afrontar de forma positiva la pérdida de monitorización diaria tras el alta. Por último, el área de mejora más demandada fue el incremento de apoyo psicológico.

AUTORES: Alejandro Rodríguez-Quirós[1]; C Llorente-Parrado[2]; MC Borrella-Cobos[3]; MI Rodríguez-Fernández[4]; V Quirós-González[5]; O Arroyo-Riaño[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón[1, 2, 3, 4, 6]; Complejo Asistencial Universitario de Salamanca[5].

ID: 421

TÍTULO: HIPERFRECUENTACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

RESUMEN:
En las últimas décadas, la demanda de atención urgente hospitalaria se ha incrementado de forma notable, conllevando un importante consumo de recursos y una mayor presión asistencial. En algunos estudios previos, se ha establecido la denominación "hiperfrecuentador" al paciente que acude en 10 o más ocasiones en un año a los servicios de urgencias hospitalarios. En el caso de las Urgencias Pediátricas (UP) de la Comunidad de Madrid, los hiperfrecuentadores llegan a generar el 3,93% de las consultas, siendo los menores de 2 años el grupo de edad más prevalente. Además, se observa que un 86,4% estos pacientes no presentan patología de base relacionada con el motivo de consulta y, en la mayoría, se clasifican como poco urgentes, presentando unas tasas de ingreso similar a las de la población general pediátrica.
En el presente estudio se desea conocer las valoraciones, motivaciones y experiencias que tienen los padres hiperfrecuentadores acerca de las Urgencias de Pediatría (UP) de un hospital de tercer nivel, para así poder abordar de forma más eficiente este problema de salud pública.
La muestra se selecciona de padres/madres que han acudido con sus hijos e hijas en 10 o más ocasiones a las UP del hospital en el periodo comprendido entre el 1 abril de 2016 y el 31 marzo de 2017.
Como técnica de producción de datos se utiliza una metodología cualitativa basada en 2 grupos focales. Un grupo con padres de niños diagnosticados de patología crónica y otro con padres de niños sin patología crónica (considerando que las posibles percepciones, motivaciones, expectativas y necesidades de uno y otro grupo podrían diferir.
La asistencia a las sesiones fue mayoritariamente femenina (relación 8:2). Varios de los participantes reconocen que, en ocasiones, la patología de su hijo no reviste la gravedad o los criterios para acudir a un servicio de Urgencias hospitalario. Las principales motivaciones detectadas para hacerlo se relacionan con la percepción de que los centros de salud no disponen de los medios suficientes; expectativas de mayor resolutividad en la solución a los problemas; cercanía física; y percepción de buen trato y de no sentirse juzgados en los momentos de atención en UP.
Entre los PUNTOS FUERTES detectados, destaca el trato "excepcional", y la disposición de ayudar y buena coordinación entre los profesionales del equipo de UP. Las principales DEBILIDADES percibidas fueron: sala de observación limitada en espacio, preocupación por contagios en áreas comunes (cuadros infecciosos respiratorios y digestivos), insuficiente fluidez de información entre UP y los centros de salud, sensación de escucha insuficiente a los padres por parte de los profesionales de la Unidad sobre las necesidades de su hijo/a, o la escasa formación que refieren para responder a casos potenciales de urgencia en el domicilio.

AUTORES: Cesar Llorente Parrado; A Simón Gozalbo; A Mora Capín; P Vázquez López; I Almendro Martínez; D Molina Villaverde.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 422

TÍTULO: LA SOSTENIBILIDAD COMIENZA EN LA PUERTA: ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE INGRESOS URGENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

RESUMEN:
El aumento de la demanda asistencial y la limitación de los recursos sanitarios hacen necesario el estudio de su optimización, siendo la tasa de ingresos hospitalarios, cuya puerta de entrada principal son los Servicios de Urgencias, uno de los indicadores más afectados. Además, evitar ingresos inadecuados implica una forma de asistencia más segura, pues disminuye riesgos derivados de la hospitalización y mejora la atención de los pacientes ingresados de forma adecuada.
Valorar el impacto del cambio de la gestión de camas sobre la adecuación de los ingresos urgentes en especialidades médicas cursados desde Servicio de Urgencias Generales de un hospital de tercer nivel.
DISEÑO DEL ESTUDIO. Estudio descriptivo transversal.
POBLACIÓN. Ingresos en hospitalización cursados por un Servicio de Urgencias Generales de un hospital de tercer nivel por un especialista de unidades médicas. Durante el mes de enero de 2017 y 2018.
MUESTRA. Tomando de la bibliografía, como referencia, una proporción de ingresos inadecuados del 20%, para una precisión teórica del 3% y un nivel de confianza del 95%, se calculó un tamaño muestral de 427 y 487 ingresos urgentes, para el año 2017 y 2018. No se han considerado pérdidas, puesto que todos los ingresos registrados se encuentran disponibles para su consulta en la historia clínica electrónica.
VARIABLE RESULTADO. Dicotómica: ingreso adecuado / ingreso no adecuado. Para categorizar los ingresos como adecuados o no adecuados se siguieron los criterios de la versión española de Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). El ingreso se considera inadecuado si no cumple ninguno de estos criterios.
Se estima un porcentaje de inadecuación de los ingresos en la población estudiada en 2017 del 6,32% (IC 95%: 4,21-9,07) y en 2018 del 6,36% (IC 95%: 4,37-8,91). De este modo, se puede concluir que los cambios de gestión de camas implantados en 2017 (reducción de la capacidad de un 5,4% -69 camas-) no afectaron al grado de adecuación de los ingresos urgentes durante el año 2018. No existieron diferencias de inadecuación entre hombres y mujeres. Hubo más de 5 años de diferencia (p=0,074) en la media de edad de los ingresos adecuados y no adecuados (72 y 78 años de media respectivamente). Esto puede deberse a la mayor morbilidad y fragilidad asociada a una edad más avanzada, que se puede reflejar en una práctica asistencial más proteccionista.

AUTORES: Alejandro Rodríguez-Quirós[1]; D Toledo-Bartolomé[2]; C Llorente-Parrado[3]; I Almendro-Martínez[4]; V Quirós-González[5]; A Díaz-Redondo[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón[1, 2, 3, 4, 6]; Complejo Asistencial Universitario de Salamanca[5].

ID: 423

TÍTULO: GESTIÓN DE LA DEMANDA URGENTE MEDIANTE UN PROCESO ORGANIZATIVO DE TRIAJE DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
La inadecuada gestión de la demanda asistencial urgente en las consultas de Atención Primaria (AP) genera tiempos de espera no siempre adecuados a su grado de gravedad y retrasos y desorganización de las consultas, que pueden afectar a la seguridad del paciente, con la consecuente falta de satisfacción tanto de pacientes como de profesionales sanitarios.
Nuestra solución fue implantar un sistema innovador y eficiente de gestión de la demanda urgente que implicase a los profesionales de enfermería, materializándose en el diseño de un Proceso de Triaje de Enfermería.
Evaluar la gestión de la demanda asistencial urgente en las consultas de AP, tras casi cinco años de implantación del Proceso de Triaje de Enfermería.
En el marco de la gestión por procesos, se diseñó un Proceso organizativo consensuado de Triaje de Enfermería, elaborando asimismo un Procedimiento y unos Protocolos de Actuación. Entre los indicadores de proceso se consideraron el tiempo de demora en la atención y el número de reclamaciones.
Dicho Proceso se implantó en 2013 en 3 Centros de Salud (CS), incorporándose otros en 2017. Se analizan datos de 4 CS referentes a 56 meses (3 CS) y 11 meses (1 CS). Como sistema de registro y fuente de información se utilizó la historia clínica electrónica de AP.
Enfermería trió 45197 demandas urgentes (64,10% mujeres) con edad media: 53,21 años (DE: 21,02) [14-39 años (31,79%), 40-65 años (33,40%), > 65 años (34,81%)]. La media diaria de demandas urgentes atendidas osciló entre 7,13 a 18,97, según CS; los días de mayor frecuentación fueron lunes (25,46%) y viernes (19,57%), siendo el jueves el de menor (17,73%); los meses con mayor demanda fueron enero (11,50%) y diciembre (11,14%) y el de menor, agosto (6,25%).
Los problemas de salud más frecuentes (CIE-9-MC) fueron Enfermedades del aparato respiratorio (25,60%), Síntomas, signos y estados mal definidos (25,04%) y Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo (11,04%).
La mediana de la demora en la atención fue de 9,15 minutos (RI: 14,54), registrando oscilaciones proporcionales a la frecuentación; en el 53,07% de las demandas el triaje comenzó antes de 10 minutos. Se derivaron al médico el 71,93% de las demandas (68,49% el mismo día y 3,44% demoradas), resolviendo enfermería el 28,07% restante.
Únicamente se recibieron 5 reclamaciones relacionadas con el Proceso. En uno de los CS, se realizaron dos pequeñas experiencias de valoración de la satisfacción, tanto de pacientes como de profesionales, con buenos resultados.
Conclusiones: Algo más de la mitad de las demandas urgentes se atendieron antes de 10 minutos, siendo resueltas por enfermería más de 1/4. El Proceso ha sido bien acogido tanto por profesionales como por pacientes, originando muy pocas reclamaciones; actualmente está perfectamente consolidado e integrado en el conjunto de actividades que se desarrollan en los CS donde está implantado, contribuyendo a mejorar la calidad de la gestión de la demanda sanitaria urgente.

AUTORES: Tomás Maté Enríquez[1]; E Hernández Ortega[2]; MV Mediavilla Sesmero[3]; MD De Arriba Gómez[4]; E Merchán Cecilia[5]; J Gajate Martín[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este[1, 2, 6]; Centro de Salud Tórtola[3]; Centro de Salud San Pablo[4]; Centro de Salud Gamazo[5].

ID: 424

TÍTULO: EL ENEMIGO SILENCIOSO: COMBATIENDO LA GRIPE NOSOCOMIAL A TRAVÉS DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EN TIEMPO REAL

RESUMEN:
Los virus gripales están considerados la tercera causa de muerte entre las enfermedades infecciosas en los países desarrollados, superada tan sólo por el VIH y la tuberculosis. Su elevado impacto en la atención sanitaria especializada requiere estrategias preventivas específicas, que incluyen la vacunación (de pacientes y profesionales) y el uso de las precauciones ampliadas de transmisión respiratoria por gotas para los pacientes con sospecha o gripe confirmada. Los sistemas de monitorización y vigilancia garantizan una respuesta ágil y coordinada, que se traduce en la mejora de la seguridad de nuestros pacientes.
Analizar el impacto de la implementación de un sistema de monitorización, vigilancia y prevención en tiempo real en la transmisión nosocomial de gripe en un hospital de tercer nivel.
Estudio cuasiexperimental antes-después, en el que se comparan los casos de gripe durante la temporada 2016/2017 y tras la implementación de un sistema de vigilancia en tiempo real en la temporada 2017/2018.

El Servicio de Microbiología notifica el resultado positivo de gripe detectado por PCR (reacción en cadena de la polimerasa) a Medicina Preventiva, que procede de manera inmediata al aislamiento respiratorio por gotas y agrupación de pacientes, registro en base de datos y envío de informe a la Dirección del centro.

Las variables analizadas han sido: sexo, edad, estado de vacunación para la temporada correspondiente, tipo de infección (nosocomial/comunitaria), ingreso en Cuidados Intensivos, días de estancia desde el diagnóstico microbiológico de la infección hasta el alta y situación al alta (mejoría/éxitus).
En la temporada 2017/2018 se notificaron 820 casos nuevos de gripe confirmados por PCR, requiriendo ingreso hospitalario 534 pacientes (65,1%). Entre los ingresados, 52 casos cumplían criterios de infección nosocomial (9,7%), 40 pacientes fallecieron (7,6%) y 30 ingresaron en Cuidados Intensivos (5,6%). La implementación del sistema de vigilancia en tiempo real supuso una reducción estadísticamente significativa en la mortalidad asociada a la gripe (9,1% en la temporada 2016/2017 frente a 7,6% en la 2017/2018) y en la transmisión nosocomial del virus (14,3% en la temporada 2016/2017 frente a 9,7% en la 2017/2018). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre temporadas en la proporción de pacientes ni de profesionales vacunados.

Las comparaciones interanuales sobre el impacto de la gripe permiten poner en valor las estrategias más coste-efectivas. El cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones, situando la vacunación en un lugar fundamental, disminuye la transmisión nosocomial del virus y su mortalidad asociada. Esta mejora en la seguridad de nuestros pacientes resulta especialmente acentuada cuando se emplean sistemas de monitorización y vigilancia en tiempo real.

AUTORES: Víctor Quirós-González[1]; MM Jiménez-Rodríguez[2]; AM Haro-Pérez[3]; JL Mendoza-García[4]; MP Rodríguez-Pérez[5]; JM Eiros-Bouza[6].

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario De Salamanca[1, 2, 3, 5]; Hospital Universitario Del Vinalopó[4]; Hospital Universitario Río Hortega[6].

ID: 425

TÍTULO: 5'S HERRAMIENTA LEAN PARA LA MEJORA DE LA ESTANDARIZACIÓN. VISIÓN ESTRATÉGICA

RESUMEN:
Las 5'S es una herramienta Lean que se basa en la mejora del entorno de trabajo a través de 5 Etapas perfectamente definidas. El impacto va dirigido a la eliminación de todo aquello que no es necesario, consiguiendo un entorno de trabajo ordenado y limpio, gracias a la estandarización y el mantenimiento por medio de auditorías mensuales que aseguran la mejora continua.
En el Consorci Sanitari Integral, se inició la implantación de esta herramienta en el 2011 únicamente en procesos asistenciales, ampliando posteriormente a procesos de soporte y estratégicos, con un total de 158 personas formadas.
Se ha conseguido de manera continuada que un mínimo del 70% de los procesos consiga superar sus objetivos en las auditorias mensuales.
Actualmente, cada mes se realizan 63 auditorías y cada año se cierran unas 1.000 acciones de mejora 5'S.
Se establece como objetivo el disponer de una herramienta que mejore el orden operativo de los procesos y que esté integrada en la estrategia del Hospital
El Check-List que se utiliza para la realización de las auditorías, se revisa periódicamente cada dos años para potenciarlo con nuevos requerimientos y eliminar los que ya están consolidados.
Hasta ahora se ha revisado dos veces con previsión de una tercera. La revisión siempre ha tenido un enfoque estratégico definido con la Dirección.

- Primera versión: mejora del estándar funcional de los espacios de trabajo
- Segunda versión: nuevos estándares para la mejora de la seguridad del paciente
- Tercera versión: nuevos estándares para la mejora de la seguridad de los profesionales
- Cuarta versión (prevista para el 2019): nuevos estándares para el cumplimiento de la Joint Commission International

El hecho de tener la herramienta estandarizada y arraigada en la cultura de nuestros centros, permite la incorporación de nuevos conceptos definidos conjuntamente con la Dirección. Los profesionales se vuelven a formar en estos nuevos requerimientos y aparecen nuevas acciones que mantienen activa el círculo de la mejora continua.
Resultados:

- 6.256 acciones de mejora cerradas
- Más de 1.000 acciones de mejora cerradas por año en los últimos 5 años
- 63 auditorías mensuales
- Más del 70% de los procesos consiguen la meta definida
- Incorporación de nuevos requerimientos en cada revisión, adaptados a los objetivos estratégicos de los centros

Conclusiones:
Gracias a que la herramienta 5'S está tan consolidada permite utilizarla para desplegar la estrategia de aquellos estándares que queremos trabajar. De esta manera se impacta de mayor manera en los procesos y profesionales sin mucha dificultad.
Nos permite avanzarnos en la definición de los estándares que trabajaremos.

AUTORES: David Pumar Delgado; C Mompó Avilés.

CENTRO DE TRABAJO: Consorci Sanitari Integral.

ID: 426

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA VOZ DE LAS PERSONAS COMO EJE ESTRATÉGICO VERTEBRADOR DE UN PLAN DE HIGIENE DE MANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
Previamente a la implantación y despliegue de un Plan de Higiene de Manos (HM) en Atención Primaria (AP), y para favorecer su máximo rendimiento, estimamos que resultaría conveniente recoger y analizar las percepciones, realidades cotidianas, opiniones y preferencias de los profesionales sanitarios de este ámbito asistencial, con respecto a esta parcela de la seguridad del paciente.
Implicar y hacer partícipes a los profesionales sanitarios en la Estrategia de HM en AP, incrementando su adherencia a las recomendaciones establecidas en esta materia.
Cuestionario anónimo autoadministrado on-line sobre HM dirigido a todos los profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en el ámbito de AP. La secuencia de pasos a seguir será: 1) Diseño del borrador, validación técnica y pilotaje del cuestionario; 2) Diseño del formulario definitivo en plataforma on-line; 3) Difusión de la encuesta e invitación a la participación; 4) Análisis y difusión de los resultados a los profesionales; 5) Implantación del Plan de HM teniendo en cuenta dichos resultados y 6) Evaluación de los resultados del Plan.
El cuestionario recogerá la siguiente información: 1) Datos sociodemográficos imprescindibles (sexo, edad, categoría profesional, ámbito, vinculación y experiencia laboral); 2) Formación previa en HM y tiempo transcurrido; conocimiento de los 5 momentos de la OMS, de la técnica de la HM y del correcto uso de los guantes; necesidades de formación y mejor modo de satisfacerlas; 3) Práctica de la HM e importancia que le concede (percepción del riesgo); 4) Barreras que impiden o dificultan la HM y sus posibles soluciones; 5) Disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA) en el puesto de trabajo (incluyendo formato de tamaño adecuado para avisos domiciliarios/residencias); 6) Preferencias sobre tipo de dispensadores de PBA (móviles/fijos en la pared), su ubicación en el puesto de trabajo en caso de estar anclados a la pared y su presentación (líquido, gel, espuma); 7) Utilidad de los recordatorios (carteles, folletos, imágenes al iniciar sesión en el equipo informático, otros), tanto generales como específicos (5 momentos, técnica correcta de la HM) y sus preferencias; 8) Sugerencias para mejorar la HM y comentarios adicionales.
Para la evaluación del Plan se prevén, entre otros, los siguientes indicadores de resultados: 1) Evaluación del cambio de actitudes, hábitos, percepciones y conocimientos (mediante encuesta específica diseñada para valorar dichos cambios pre-post) y 2) Consumo de PBA (comparación pre-post).
Consideramos que recoger la voz de las personas en la fase previa a la implantación de un Plan de HM en AP podría ser efectivo, ya que proporcionaría información real y útil para el Plan, permitiendo identificar barreras concretas y sus posibles soluciones, sondeando las preferencias de los profesionales al respecto. Además, estos percibirían que su voz es escuchada y tenida en cuenta, facilitando su implicación como actores en su Plan de HM.

AUTORES: Tomás Maté Enríquez; J Gajate Martín; ML Bennasar Matesanz; MA Prado Prieto; AM Ruiz San Pedro; MC García Casas.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

ID: 427

TÍTULO: ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA: CONDENADOS A ENTENDERNOS POR EL BIEN DE NUESTROS PACIENTES

RESUMEN:
La coordinación asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada es imprescindible para ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona, tal como merecen nuestros pacientes. La complejidad y la estanqueidad organizativa de nuestro sistema sanitario hacen que esto no sea siempre fácil de cumplir.
Identificar áreas de mejora en continuidad asistencial entre nuestro hospital y los centros de salud de referencia, mediante una encuesta para conocer las necesidades y expectativas de los médicos de Primaria de nuestra área de influencia.
Se diseñó un cuestionario de 19 preguntas cerradas con una escala tipo Likert 1 a 10, y 11 preguntas abiertas. Se recogieron datos sociodemográficos de los encuestados.
Las encuestas se enviaron por correo electrónico a los responsables de los 11 Centros de Salud del área de influencia del hospital, para ser cumplimentadas on line por los médicos de familia (159) y pediatras (35) de la plantilla. El enlace permaneció abierto durante un mes (abril 2018).
Se realizó un análisis descriptivo de las preguntas cerradas, determinando la media y la mediana. Las respuestas de las preguntas abiertas fueron presentadas con una metodología cualitativa, citando las más relevantes y repetidas.
Un total de 60 médicos completaron la encuesta (30,9%). El porcentaje de respuesta fue heterogéneo entre centros (entre 46,7% y 10,0%).
La relación entre el Hospital y Atención Primaria se valoró como insuficiente (3,7/10), al igual que el esfuerzo de Especializada para mantener una buena cooperación con Primaria (4,3/10). La accesibilidad de los médicos del hospital fue valorada con 4,4.
La figura de la enfermera de enlace es poco conocida (4,5/10), así como los protocolos clínicos sobre los criterios de derivación desde Atención Primaria (4,1/10).
Se pide mayor accesibilidad de información hospitalaria como informes de alta, resultados de pruebas, listas de espera para derivación a Especializada.
Los médicos de Primaria estarían interesados en recibir formación. Así mismo, invitan a que los especialistas hospitalarios y residentes conozcan mejor el trabajo que se realiza en Atención Primaria, mediante rotaciones y/o sesiones.
Se percibe un gran interés en generar redes cooperativas de trabajo, mediante la mejora de los canales de comunicación y acciones formativas bidireccionales.
La relación, la accesibilidad y la coordinación entre Hospital y Atención Primaria se perciben como escasas entre estos últimos profesionales. Para mejorarlo, y con ello la continuidad asistencial recibida por nuestros pacientes, se propone:
Promover que los profesionales de ambos niveles asistenciales conozcan la forma de trabajar de unos y otros
Mejorar los canales de comunicación entre ambos niveles, integrando los sistemas de información, de manera que todos los profesionales puedan acceder a los datos relevantes de la historia clínica del paciente.
Ya están en marcha estrategias para mejorar las carencias detectadas.

AUTORES: Alicia Díaz Redondo; I Wijers; I Almendro Martínez; D David Sanz Martín De La Mota; E Elena Plans Beriso; A Rodríguez Quirós.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital G.U. Gregorio Marañón.

ID: 428

TÍTULO: MEJORA DEL CÓDIGO ICTUS CON HERRAMIENTAS LEAN

RESUMEN:
Las herramientas Lean, muy utilizadas y sistematizadas en la industria, se están empezando a aplicar en ámbitos de servicios como son los hospitales.
La filosofía de las herramientas es el incremento de la satisfacción de los usuarios a través de la identificación y eliminación de los derroches.
Existen herramientas para reducir la variabilidad a través de la estandarización, incrementar la satisfacción a través de la mejora de la calidad y la mejora de eficiencia a través de los análisis de los flujos de trabajo.
Abordamos en este caso la mejora del tiempo del Código Ictus (mejora del tiempo desde que el paciente llega a las puertas de urgencias hasta que se inicia el tratamiento de la fibrinólisis, tiempo puerta-aguja).
En el momento de iniciar el proyecto (finales del año 2016) el tiempo de puerta-aguja era de 48 minutos y una variabilidad (sigma) de 57 minutos. El plan director del Ictus nos marca un objetivo de tiempo puerta-aguja por debajo de los 40 minutos.
Se trabaja el proyecto con 4 herramientas:
-Kaizen (herramienta de calidad) tiene por objetivo la resolución de un problema con las siguientes características: trabajar en equipo, con pequeñas mejoras, con prueba inmediata y con el uso de herramientas de análisis estandarizadas.
-Hoja de trabajo estandarizada (herramienta de estandarización) tiene por objetivo regular las actividades que se realizan.
-Set-Up (herramienta de flujo) tiene por objetivo cuestionarnos si las actividades son necesarias y cuál es su mejor ubicación dentro del flujo global para realizarlas.
-Diagrama Spaguetti (herramienta de flujo) tiene por objetivo identificar el mejor recorrido que realiza el paciente dentro de nuestro proceso.
RESULTADOS
-Se han realizado cambios de ubicación física que mejoran el recorrido de los pacientes en el Código Ictus (por ejemplo cambio de ubicación del Box del Ictus).
-Se han identificado que hay actividades que se pueden realizar antes de que llegue el paciente (por ejemplo tener un kit de fibrinólisis preparado).
-Se han identificado que hay actividades que no hacer falta hacer (por ejemplo colocar una segunda Via o desvestir al paciente)
-Se han identificado que hay actividades que se pueden hacer después de haber dado la fibrinólisis (por ejemplo hacer un segundo TAC).
-Con todos los cambios realizados, se ha mejorado el tiempo puerta-aguja, pasando de 48 minutos (dato de todo el 2016) hasta los 28 minutos (dato del tercer cuatrimestre del 2017)
-La variabilidad de los Códigos Ictus tratados ha pasado de los 57 minutos (2016) a los 11 minutos (tercer cuatrimestre del 2017).

CONCLUSIONES
Las herramientas Lean nos han permitido trabajar en dos direcciones:
-reducir la variabilidad, gracias a la estandarización de qué se ha de realizar, en qué momento y con qué herramientas.
-reducción del tiempo, gracias a la identificación de aquello que no agrega valor o la identificación de cuál es el mejor momento para su realización.

AUTORES: DAVID PUMAR DELGADO.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI INTEGRAL.

ID: 429

TÍTULO: ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL REGISTRO DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE COLÓN

RESUMEN:
Baja incidencia diagnóstica de cáncer colorrectal en la población asignada a dos centros urbanos de atención primária del área de Tarragona en relación con la incidencia del territorio, tras la incorporación hace un año de estos equipos a la red de detección precoz existente en el territorio.
Mejorar el conocimiento de aquellos aspectos que puedan influir en la detección del cáncer colorectal en nuestra población, evaluando la percepción de los profesionales al respecto.
Posteriormente poder desarrollar intervenciones de prevención y diagnóstico precoz que faciliten el apoyo y seguimiento de estos enfermos.
Análisis de la incidencia de cancer de colón en población adulta asignada a dos centros urbanos de atención primaria del área de Tarragona mediante el estudio de los registros diagnósticos de cáncer de colón según la clasificación internacional de enfermedades 10°
Evaluación mediante encuesta autorrellenada con preguntas mixtas (abiertas y cerradas) de la percepción que tienen los facultativos médicos de ambos centros, sobre el grado de conocimiento y registro de nuevos casos de cáncer de colón y los posibles factores influyentes.
Resultados: La percepción de los profesionales consultados es que se registran correctamente los casos diagnosticados pero no se conocen todos por falta de comunicación eficaz entre centros y otras instituciones sanitarias, fundamentalmente privadas.
Conclusión:
La baja incidencia detectada obedecería a un problema de infradiagnóstico por pérdida de información durante el proceso diagnóstico.
Mejorar o desarrollar vías de comunicación entre distintos niveles asistenciales y proveedores y estrategias para implicar al paciente como transmisor de información sanitaria entre distintos proveedores.

AUTORES: Maria Calonge Bonilla[1]; T Martínez Blesa[2]; N Nievas Diaz[3]; S Folch Pujol[4]; Y Fernández Pagés[5]; [6].

CENTRO DE TRABAJO: Jaume I[1, 2, 5, 6]; Tarraco[3, 4].

ID: 433

TÍTULO: ATENCIÓN BASADA EN EL VALOR. LA IMPORTANCIA DE MEDIR LOS RESULTADOS QUE IMPORTAN A LOS PACIENTES.

RESUMEN:
El nuevo modelo de la atención sanitaria basada en el valor, requiere una medición correcta de los resultados que importan a los pacientes, entre ellos los PREM (patient reported experience measures), o resultados relativos a su experiencia durante todo el ciclo de atención. En colaboración con el International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) hemos querido definir los outcomes más valiosos para los pacientes diagnosticados y tratados de cáncer de próstata localizado.

- Empoderar a los pacientes para que sean ellos los que informen de los resultados que más les importan
- Definir los indicadores que aportan valor a los pacientes para el cáncer de próstata localizado.
- Sensibilizar a los profesionales sobre cómo se siente el paciente, y hacerles partícipes de la metodología que identificará los aspectos que aportan valor.
- Aplicar estos resultados en el rediseño del proceso asistencial.

Con la metodología Design Thinking y herramientas como el mapa de empatía y el mapa de experiencia del paciente, se realizó un grupo de trabajo en el que participaron profesionales sanitarios, pacientes y familiares que habían sido tratados de un cáncer de próstata localizado, para definir qué outcomes son los más valiosos según su experiencia. Pacientes y familiares narraron sus experiencias en presencia del equipo sanitario que se mantuvo como observador durante la sesión. Se reservó un tiempo al final de la misma para que pacientes, familiares y profesionales pudieran interactuar, lo cual aportó mayor dinamismo a la sesión y facilitó la empatía de los profesionales en relación con los sentimientos y emociones de los pacientes.
Los pacientes nos describen experiencias relacionadas con su sexualidad, con la información en relación al tratamiento idóneo obtenida de diferentes fuentes, el deseo de tomar decisiones compartidas o el impacto en su entorno sociofamiliar de las consecuencias del tratamiento. Piden más información en relación a los efectos secundarios del tratamiento, poder compartir experiencias con otros pacientes y verbalizan la inseguridad que sienten en el momento de ser dados de alta por las posibles complicaciones en los días inmediatos.
Este grupo de análisis de resultados importantes para los pacientes, ha sido el punto de partida de conversaciones y decisiones compartidas entre profesionales, pacientes y familiares, lo cual ha contribuido a mejorar sus relaciones.

AUTORES: Gloria M. Gálvez Hernando; C Peña Gallardo; Y Cossio-Gil; M Martínez Jiménez; E Blanco Vázquez; M Gascón Martí.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Vall d'Hebron.

ID: 434

TÍTULO: ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: 2012-2017.

RESUMEN:
La seguridad del paciente es una prioridad en las organizaciones sanitarias y responde al compromiso de prestar una asistencia de calidad, minimizando los riesgos sobre los pacientes. Así en nuestro centro el plan estratégico +Sophia, marca que la calidad y la seguridad constituyen nuestras señas de identidad, fijando entre sus líneas prioritarias la seguridad del paciente.
Describir la estrategia de seguridad del paciente desarrollada en un hospital de segundo nivel en el periodo 2012-2017.
La estrategia de seguridad del paciente en nuestro hospital se enmarcó en los objetivos de seguridad que fija el contrato de gestión anual del centro. Dicho contrato una vez analizado por el equipo directivo se traslada a los diferentes servicios/unidades y a las comisiones consultivas implicadas, para la puesta en marcha de las actuaciones marcadas. La gestión de riesgos se realiza a través de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) que analiza y propone actuaciones de mejora en función de los incidentes notificados. Como marco complementario disponemos de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) que se despliega en nuestro centro.
Durante el periodo de análisis se plantearon 58 indicadores relacionados con la seguridad del paciente en los contratos de gestión, alcanzando un cumplimento global de 94,8%. En las diferentes unidades y servicios se han puesto en marcha 151 acciones de mejora en seguridad, el 96,3% de las pactadas en los objetivos firmados con las direcciones asistenciales. Se han realizado 33 rondas de seguridad con directivos, en las cuales se detectaron problemas de seguridad que han sido resueltos en el 69,3% de los casos. En relación a la higiene de manos se han realizado 16 planes de acción, una media de 22 sesiones formativas con más de 400 profesionales formados anualmente. Se han implantado los Proyectos Zero en la UCI, cumpliendo los estándares marcados en los dos últimos años. Se han desarrollado estrategias de vigilancia de infección nosocomial, participando en el proyecto EPINE y en la vigilancia de infecciones quirúrgicas según el protocolo de nuestra Comunidad Autónoma. En la vigilancia de riesgo de heridas crónicas el 99% de nuestros pacientes son evaluados con la escala Norton en las primeras 24 horas del ingreso. La identificación de pacientes mediante pulseras superó el 98%, incluyéndose además la identificación de los pacientes alérgicos con una pulsera específica. Se comunicaron 352 incidentes a la UFGR, de los que fueron analizados implantando acciones de mejora el 76,2%. La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del SERMAS fue revisada, de las 297 actuaciones propuestas nos aplican 176 actividades que han sido desplegadas en comisiones y unidades. Disponer de una apuesta por la seguridad en nuestro plan estratégico y desplegar los indicadores marcados en objetivos en las diferentes unidades, ha permitido mejorar la seguridad del paciente en nuestro hospital.

AUTORES: Cristina García Fernández; L Diez Izquierdo; VM Cañadas Franco; E Benito Burillo; M Perez García; CM Saa Requejo.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Infanta Sofía.

ID: 435

TÍTULO: DESPUES DE 5 AÑOS DE IMPLANTAR UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE¿SE SIGUE NOTIFICANDO?

RESUMEN:
Desde 2013 en la Dirección de Atención Primaria de nuestro territorio y enmarcado en el proyecto de las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente (UFSP) apostamos, como estrategia reactiva en la Seguridad del Paciente (SP), por la implantación de una plataforma que permita notificar y gestionar los incidentes relacionados con la SP (TPSC-cloud). Como refleja la bibliografía sólo se notifica el 5 % de los incidentes de Seguridad del Paciente (ISP).
Definir, implantar y evaluar una estrategia que nos permita identificar el máximo número de ISP producidos en la atención primaria de un territorio para diseñar prácticas seguras y mejorar en la SP
Definir un plan de formación, crear una UFSP Territorial, identificar gestores de SP en cada centro de Salud (CS), crear una comisión de SP, implantar un sistema de notificación ISP que permita notificar, gestionar y analizar los ISP, edición de alertas y boletines y definir la estrategia de benchmarking.
Resultado: Se han notificado 5000 incidentes desde la instauración del TPSC-cloud (plataforma para la gestión de los ISP)
2013: 195; 2014: 452; 2015: 893; 2016: 1269; 2017:1404; 5 primeros meses del 2018: 665 La media de notificaciones mensuales 2013: 28 y 133 durante este año.
Respecto a los profesionales notificantes ha aumentado la participación de enfermería (36,3% en 2015; 45,7% en 2017). El nivel de riesgo más notificado es el bajo y muy bajo: 70%, se mantienen los niveles alto y extremo: 2,6% - 3,5%. Según clasificación APEAS los incidentes más notificados son: gestión (35%) seguidos de comunicación (variando según los años del 29% al 40%).Según la clasificación del modelo de acreditación de nuestra comunidad: procesos administrativos (32,4-22,3), laboratorio (13,5-20,2) y uso seguro del medicamento (13,2-15,7). Los factores contribuyentes más identificados son profesional (33,3-27,4%) y organización (19-15,5%). La mayoría de las notificaciones se resuelven en el mismo CS a través de la dirección o con acciones formativas (61,5- 58,6%).
La evaluación de todos estos incidentes nos ha permitido poner en marcha diversas prácticas seguras: formación en calidad y seguridad de nuestros profesionales, talleres de uso seguro del medicamento, creación de 12 equipos de mejora multidisciplinares y 13 Grupos de Trabajo en procesos clave, publicación de 5 boletines informativos y 4 alertas sanitarias, creación aplicación proactiva en SP, creación de las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente Transversales con los diferentes hospitales y creación de la unidad de segundas víctimas.
Des del inicio, hemos podido comprobar una clara progresión ascendente del nivel de notificación. En un nivel de cultura más elevado, los profesionales están más sensibilizados respecto a las notificaciones de ISP. Pensamos que es clave el enmarcar estos sistemas de notificación dentro de una estrategia global para mejorar la SP.

AUTORES: Montserrat Gens Barbera[1]; E Vidal Esteve[2]; I Hospital Guardiola[3]; N Hernadez Vidal[4]; F Bejarano Romero[5]; Y Mengibar García[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Del Camp De Tarragona[1, 4, 5, 6]; Car Saloi[2]; Eap Valls[3].

ID: 436

TÍTULO: E-LEARNING: HACIENDO SENCILLA LA NORMA ISO 9001:2015

RESUMEN:
Una vez finalizado el plazo de transición a la nueva versión de la norma ISO 9001:2015 (septiembre de 2018), los sistemas de gestión de calidad de toda organización certificados han de adecuarse a cambios relevantes en los requisitos de la norma, destacando el liderazgo de la alta dirección, la consideración estratégica del contexto, la gestión del riesgo y la gestión del cambio. Sin embargo, en el ámbito de un hospital, la concreción de estos nuevos requisitos (junto con el resto) supone un reto para su implementación en servicios o unidades asistenciales, por parte de profesionales sanitarios no familiarizados con el lenguaje de la norma.
Diseñar un método de enseñanza que, empleando un lenguaje sencillo y adaptado al ámbito hospitalario, permita a los profesionales sanitarios conocer y aplicar los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
Utilizando una herramienta de gestión del aprendizaje (Moodle), se ha diseñado un curso de acceso libre para profesionales sanitarios, disponible dentro del portal e-learning de un hospital de tercer nivel.

El material didáctico se ha distribuido en siete grandes bloques temáticos: Introducción a la norma ISO 9001:2015, Alcance, liderazgo y mapa de procesos, Procesos estratégicos: contexto de la organización, Procesos estratégicos: planificación, Procesos operativos, Procesos de apoyo, Evaluación y mejora. La estructura interna de los temas se mantiene constante: inicio con “¿Qué dice la norma?” y explicación sencilla basada en ejemplos reales en “Aplicación Práctica”, con plantillas o herramientas prácticas para su puesta en marcha en cada servicio o unidad.

Se realiza pilotaje de la herramienta mediante evaluación cualitativa con participación de los referentes de calidad de los 26 servicios y unidades certificados en el hospital (con representación de los 3 estamentos, enfermería, médicos y personal no sanitario). Además, se valoran los resultados de las preguntas de autoevaluación diseñadas para cada unidad temática.
Tras la fase inicial de pilotaje, se concluye que los profesionales usuarios destacan como puntos innovadores de la herramienta su carácter ameno y su accesibilidad para la resolución de dudas de manera permanente. Como propuesta, plantean su uso en el hospital para facilitar la descentralización de la gestión entre los profesionales de cada servicio o unidad. Los resultados preliminares de las autoevaluaciones muestran que la herramienta ha sido útil para la traducción a la práctica de los requisitos de la norma.

Desde una perspectiva práctica, con esta iniciativa, podremos superar los miedos iniciales que suscitan los modelos de gestión de la calidad, en general, y la norma ISO 9001:2015, en particular, entre los profesionales de un servicio sanitario.

AUTORES: Víctor Quirós-González; A Rodríguez-Quirós; A Díaz Redondo; I Almendro Martínez; D Sanz Martín De La Mota; C Llorente Parrado.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 437

TÍTULO: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR DURANTE SU INGRESO

RESUMEN:
El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Salud, con una notable influencia tanto en la salud percibida como en la calidad de vida de los pacientes, y con gran repercusión en el ámbito personal, social, económico y laboral.
Con el propósito de mejorar la calidad asistencial y la calidad percibida del paciente hospitalizado, en nuestro centro, se realiza anualmente una auditoría interna para establecer acciones de mejora.
Analizar la percepción del grado de dolor de los pacientes durante el ingreso hospitalario.
Se llevaron a cabo dos estudios tranversales, uno en octubre de 2016 y otro en Junio de 2017. Se incluyeron pacientes que llevaran un mínimo de 48 horas ingresados en 19 Unidades de Hospitalización Médica y Quirúrgica de un hospital universitario de alta complejidad.
Teniendo en cuenta que se dispone de 463 camas en estas unidades, con una proporción esperada del 90% sobre el manejo adecuado del dolor en pacientes ingresados durante más de 24 horas, con un nivel de confianza del 95% y una precisión de 2,5%, el tamaño muestral mínimo debería ser de 253 sujetos.
El Grupo de Seguridad de Enfermería visitó en un día concreto del mes (seleccionado de forma aleatoria) cada una de las unidades para recoger la información siguiendo un procedimiento predeterminado y consensuado con la Unidad de Calidad. La selección de los pacientes se realizó al azar y se entrevistaba como mínimo, al 60% de los pacientes ingresados en ese momento. Mediante entrevista directa se les preguntaba si habían tenido dolor durante su ingreso. Si la respuesta era afirmativa se solicitaba que puntuaran de 0 (nada dolor) a 10 (máximo dolor) su grado de dolor según la escala visual analógica (EVA). Por último, se les preguntaba si consideraban que el tratamiento administrado había sido efectivo. Análisis: descriptivo y univariante por Unidad y Global.
En 2016 se estudió una muestra de 292 pacientes. El 69,9% refirió haber tenido dolor durante el ingreso y la media de dolor fue de 6,6 en la escala EVA, contestando el 90,4% que el tratamiento administrado fue efectivo.
En 2017, la muestra fue de 266 pacientes. El 65,4% afirmaron haber tenido dolor durante su estancia hospitalaria. La media de dolor fue de 7,1 en la escala EVA, contestando el 95,4% que el tratamiento administrado fue efectivo.
Un porcentaje alto de pacientes padecieron dolor durante su ingreso hospitalario (superior al 65% en ambos periodos). El dolor percibido fue alto, en ambos cortes la media superaba los 6 puntos. Dado que lo datos reportados son globales y no describen perfil de pacientes, no son comparables, pero es relevante observar que la percepción de los pacientes sobre la efectividad del tratamiento para controlar el dolor fue mayor en el año 2017 (95,4%), que en el 2016 (90,4%).
El estudio ha mostrado niveles de satisfacción muy elevados con respecto al tratamiento del dolor en la hospitalización. Con lo cual los esfuerzos deben continuar dirigidos en esta línea.

AUTORES: Pablo Cazallo Navarro; D Montserrat Capella; B De Andrés Gimeno; M Solis Muñoz; N Quiñones Higuero; S Martín Perea.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda.

ID: 438

TÍTULO: DESCENTRALIZACIÓN DE LA TERAPIA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL: GESTIÓN DEL CAMBIO... LUCES Y SOMBRAS.

RESUMEN:
Entre diciembre de 2017 y junio de 2018 se aborda el proceso de descentralización de la terapia de anticoagulación oral a los centros de salud del área sanitaria. En el presente trabajo intentamos analizar la experiencia desde los planteamientos de gestión del cambio de John P. Kotter, experto mundial en gestión del Cambio. Kotter refleja que los 8 errores que suelen cometer las organizaciones a la hora de afrontar un cambio importante. Analizaremos al experiencia vivida desde esa óptica.
Analizar la gestión del cambio a propósito de un caso (Descentralización de la TAO) siguiendo las fases de J.P. Kotter.
El Área Sanitaria tiene 23 equipos de atención primaria con 59 centros sanitarios, más de 600 médicos y enfermeras de AP. En el área existía un proyecto piloto de más de 7 años en 1 centro de salud. El CS solicitó que extendiéramos el proyecto. Se creo un grupo de trabajo multidicisplinar y se diseño un proyecto en 6 fases para la descentralización a todos los centros. Se impartía un curso previo al arranque por hematólogos y médicos de familia, se elaboró un protocolo y se difundió, se definieron 2 líneas de teléfono de apoyo, se doto de coagulómetros. El primer bloque se arranco en diciembre de 2017 y el último en mayo de 2018.
Realizamos dos cortes en abril y junio de 2018. En el momento actual en AP se realizan el 39,7% de los controles. Los equipos que iniciaron el proceso en diciembre realizan el 91% de los controles frente a los que se iniciaron a finales de mayo de 2018 que están en un 7,39%. En todos los bloque se ha crecido desde abril a junio de 2018. J.P. Kotter define 8 fases para dirigir un proceso de cambio: 1. Imprimir carácter de urgencia. 2. Crear un coalición rectora. 3. Desarrollar una visión y una estrategia. 4. Comunicar la visión del cambio. 5. Capacitar a los profesionales. 6. Generar éxitos a corto plazo. 7. Consolidar logros y generar más cambio. 8. Anclar los nuevos puntos de vista en la cultura de la organización. En nuestro caso, la mayor parte de los profesionales consideraba innecesario el proyecto. La coalición rectora se desintegro ante las primeras resistencias, y los profesionales de AP de prestigio se diluyeron. Las presiones generaron que se diluya la visión, de ser un servicio obligatorio a voluntario. Se visitaron todos los equipos para anunciar el proyecto, pero según avanzaba la resistencia se debilitaba el mensaje. Los cursos diseñados para capacitar no fueron del agrado de los profesionales, generando incertidumbres. Estamos en la fase de generar éxitos a corto plazo, como ver ya el porcentaje de controles que se realizan en AP y presentarlo en jornadas locales. Conclusiones: hemos cometido numerosos errores en este proceso, algunos prevenibles y otros no. Llegados a este punto es preciso reorientar el proceso y entender que aún queda mucho por hacer.

AUTORES: Ricardo Dios Del Valle[1]; B Prieto Carrocera[2]; A Baltar Barrio[3]; I Soto Ortega[4]; Ja Vecino González[5]; C Martín López[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Área Sanitaria IV[1, 2, 3, 5]; Hospital Universitario Central Asturias[4]; Centro De Salud El Cristo[6].

ID: 439

TÍTULO: PROGRAMA PROSP: CONTROL DE LOS CARROS DE PARADA CARDIORESPIRATORIA

RESUMEN: Durante la realización de una auditoria de señalización en un centro hospitalario se detecto un área de mejora en los carros de parada cardio respiratoria PCR, había una amplia diversidad de tipo de carros y no todos estaban sellados. Todo esto suponía un riesgo en cuanto a la seguridad ya que aunque las revisiones se hicieran correctamente no podíamos asegurar que el carro estuviera en condiciones óptimas si había una PCR.
Durante la atención en una emergencia vital, es necesario garantizar que se disponga del material imprescindible y en óptimas condiciones, por ello, se debe consensuar su contenido y sistematizar la metodología de las revisiones, reposiciones y mantenimiento de ésos; así como un correcto sellado entre revisión y revisión.
OBJETIVOS:
Generales
- Describir situación actual de los carros de PCR.
- Garantizar que todos los carros de PCR estén siempre en condiciones idóneas de calidad .

Específicos
- Definir el mapa y las ubicaciones de los carros de paros.
- Establecer una metodología de revisión mantenimiento y reposición del carro de parada cardiorespiratòria.
- Normalizar, en toda la institución, el sellado que garantice la existencia de todo el material necesario en caso de urgencia.
- Implantar el listado de verificación de Carro de paros en el aplicativo ProSP que, permitirá realizar el control de los carros de parada cardiorespiratória de forma rápida y segura, detectando la falta o deficiencia del material, antes de su utilización.

Se crea un grupo de trabajo en el cual se incluye la dirección de centro, unidad de calidad, servicios generales y dirección de enfermería.
Se revisa el mapa de ubicaciones y carros de RCP del centro y se planifica una auditoria específica que se le pasa a todos los carros definidos en el mapa.
El grupo elabora un plan de acción de mejoras que presenta a la dirección para su aprobación.
Se definieron y evaluaron 33 carros de PCR y los resultados fueron los siguientes:
- El 60% estaban correctos y sellados.
- Del 40% restante, el 30% se les podía incorporar un sistema de sellado y el 10% había que reponerlo, eso suponía 3 carros nuevos.

Plan de mejoras:
- Comprar tres carros nuevos.
- En 10 carros adaptar un sistema de sellado.
- Definir las ubicaciones correctas.
- Implantación de chek-list de carro PCR en el programa ProSP ya que con la utilización de las nuevas tecnologías, que evalúan de manera proactiva, podremos mejorar la seguridad del proceso. Además de ser una herramienta de fácil acceso y rápida acción, en caso de ser necesaria. Par ello adaptamos los controles realizados en papel a la nueva aplicación.
- Realizar auditorías desde la unidad de calidad mensuales para controlar el plan de mejoras.

Las auditorias son un elemento útil para la detección de áreas de mejoras, incluso sin ser el objeto de esa auditoría.

AUTORES: Olivia Hernandez Villen; E Rodriguez Gias; M Olona Cabases; R Jimenez Cerezuela; C Flores Moya; P Barberan Oliet.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Joan XXIII Tarragona.

ID: 440

TÍTULO: PRESENTACIÓN DE PROYECTOS PARA ABORDAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

RESUMEN:
Las comunidades autónomas e instituciones, impulsan y promueven las Estrategias de Seguridad del Paciente, recomendadas por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, buscando integrar las aportaciones de profesionales sanitarios y pacientes, involucrando a ambos. Enfermería interviene junto a otros profesionales, en mejorar la mediante formación, la asistencia, la investigación y la gestión, para contribuir a la máxima seguridad posible.
Los programas de garantía de calidad, y objetivos estratégicos de la institución, se orientan a promover y mejorar la cultura de seguridad/calidad, incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y pacientes en aspectos básicos de seguridad; implementar prácticas seguras e implicar al mayor número de profesionales posibles
Promover desde las diferentes comisiones, proyectos basados en prácticas seguras, y calidad, implicando al mayor número posible de profesionales.
Desde la dirección del complejo y a través de la unidad de calidad y formación, se plantearon proyectos relacionados con la seguridad y la calidad. Para ello se marcan líneas de trabajo y preparación de los profesionales, para liderar el cambio y brindar cuidados oportunos, libres de riesgo.
Se propone la renovación de las diferentes comisiones del hospital, e integrantes multidisciplinares de calidad por servicio/unidad, como estrategia, a los que se apoya con formación: calidad, calidad percibida, gestión, procesos, formación de formadores, etc, a través de los diferentes grupos de trabajo, con el objetivo de aumentar la seguridad/calidad y propuestas de cambio.
Se consigue al menos 80 integrantes impulsores de calidad, además de la renovación de las diferentes comisiones, con profesionales para formación específica. Formación de apoyo: 2 Jornadas, 14 cursos, y sesiones por unidades de refuerzo. Revisión de todos los procedimientos y protocolo: con la renovación de más de 30 procedimientos, protocolo de continuidad asistencial, protocolo de código sepsis, protocolo de atención al morir, protocolo de atención al paciente quirúrgico, entre otros.
La estrategia ha sido posible gracias al trabajo de comisiones/ grupos, que han seguido una línea de trabajo, asumiendo el compromiso de afrontar esta actualización de una manera rigurosa y exhaustiva, con gran esfuerzo para actualizarse, participar con sus aportaciones y compromiso, que junto a los expertos han desarrollado todo un trabajo por la seguridad del paciente.

AUTORES: Yolanda Fuentes Lopez; E Ruiz Antúnez; V Sánchez Romero; B Sánchez Grande; C Diaz Castro; MR Montejo Del Arco.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario Salamanca.

ID: 441

TÍTULO: ISO 9001:2015: MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO

RESUMEN:
Los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) son áreas de alta complejidad y el paciente crítico requiere un abordaje multidisciplinar. Por ello buscamos organizarnos y comunicarnos mejor para evitar o reducir la variabilidad y obtener los mejores resultados para nuestros pacientes.
Afianzar y mejorar las actividades propias del SMI y las interacciones entre los diferentes profesionales y servicios que intervienen, mediante la implantación de un sistema de gestión de la calidad de acuerdo a la Norma ISO 9001:2015.
Alcance: el SMI de un hospital de tercer nivel, con 34 camas, unidad de intermedios y Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI). En noviembre de 2015 se elaboró un plan de trabajo en varias fases aplicando el ciclo de mejora continua PDCA: 1. Partida: evaluación del funcionamiento actual; 2. Desarrollo sesiones de trabajo e identificación de acciones de mejora (AM); 3. Análisis y cierre: implementación del plan de acciones y evaluación. Se creó un grupo multidisciplinar de profesionales con un calendario de sesiones programado que, con la metodología de un grupo focal, realizó el análisis de situación, la propuesta de mejoras, implantación y seguimiento de las AM.
Describimos el mapa de proceso de la atención al paciente crítico con su diagrama de flujo. Se realizó una matriz de riesgos dividida en siete bloques, de los cuales destacamos las principales AM: 1. Organización y definición de competencias y responsabilidades: composición y matriz de competencias del equipo. 2. Criterios homogéneos de funcionamiento: elaboración/revisión de protocolos asistenciales y tratamientos médicos y planes de cuidados y procedimientos. 3. Optimización de la coordinación entre profesionales del SMI: pases de visita conjunto de médicos y enfermeras, cambios de turno. 4. Coordinación con profesionales de apoyo: protocolos de perfusiones unificados para anestesia, cardiología e intensivos. 5. Política de información a pacientes y familiares: implantación del proyecto de Humanización de la UCI (HU-CI), actualización de consentimientos informados, política de información. 6. Sistemas de información y comunicación: implantación de la historia clínica electrónica, organización de la información en red del SMI. 7. Recursos humanos y materiales: plan de formación en seguridad clínica, acondicionamiento de nuevos espacios.

Se establecieron una serie de Indicadores de Calidad para medir y analizar el proceso: Indicadores de Actividad: estancias, reingresos no programados, razón de mortalidad estandarizada; Indicadores de Seguridad: “Proyectos Zero”, tasa de necropsias, consentimientos informados, rondas de seguridad; Indicadores de satisfacción: reclamaciones, agradecimientos, satisfacción (HU-CI).

Finalmente se obtuvo la Certificación ISO 9001:2015. El proceso de mejora continua implantado ha permitido protocolizar la atención al paciente, homogeneizar el trabajo y mejorar la calidad y la seguridad en el proceso de asistencia al paciente crítico.

AUTORES: María José Domínguez Artiga; AM Ruiz Ruiz; MJ Mantilla Gordovil; V Flor Morales; JC Rodriguez Borregan; MC Fariñas Alverez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marques de Valdecilla.

ID: 442

TÍTULO: PRÁCTICAS SEGURAS: PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN DE LA NUEVA GUÍA, COMO ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

RESUMEN:
En la gestión de calidad del cuidado que brindamos, la seguridad del paciente ha de constituir una prioridad, y un compromiso de las instituciones y profesionales, prevenir la concurrencia de eventos adversos, y establecer acciones que garanticen una práctica segura, y de calidad.
El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) impulsa y promueve la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollada en colaboración con las Comunidades Autónomas, y que integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones. Entre estas, se encuentra la seguridad relacionada con la prescripción, preparación y administración de medicamentos por parte del profesional de enfermería.
Medir las prácticas seguras, en la preparación y manejo de los medicamentos, por parte de los profesionales, antes de su administración.
La Dirección del Hospital, desarrolló un programa de mejora para preservar la seguridad, en preparación y administración de medicación en aspectos prácticos. Con el fin de estandarizar los cuidados, hacia un nuevo hospital, a través de la comisión de farmacia, el grupo de trabajo del medicamento seguro, inició 2017-2018, la renovación de la: "Guía práctica de preparación y administración de medicamentos inyectables", (elaborada en 2007), con nuevos contenidos y formato digital, para hacerla más asequible a los profesionales del Complejo, para abordar las áreas de mejora y que ha servido de referente y gran apoyo a los profesionales a nivel asistencial.
Se diseña una encuesta para pasar a los profesionales, con 16 items: sobre aspectos de seguridad que recoge la guía: Edad, sexo, años de ejercicio profesional, área de trabajo, y aspectos relacionados con la seguridad de la preparación de medicación: adecuada higiene de manos, uso de guantes, desinfección de ampollas, utilización de monodosis, preparación adecuada, modos de dilución, cambios de sistemas…etc. Puntuando escala de liker: 1/siempre -5/nunca.
Sobre 10 Unidades de estudio encuestadas: 108(99 mujeres-9 hombres), con media 27 años de ejercicio profesional, 88% realiza higiene de manos siempre; 68 % utiliza guantes para la preparación de medicación siempre, sólo 30% desinfecta las ampollas o superficies elastoméricas de los viales, el 80% administra al paciente en menos de 1h o 2h desde la preparación, entre otros resultados….
El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos.
La enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente.

AUTORES: Soledad Alonso García; E Ruiz Antúnez; J Gorjón Hernández; Mt De Manueles Fuentes; P Monzalvez Hernández; B Rodriguez Martín.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario Salamanca.

ID: 443

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PROSP: CADENA DE FRIO DEL MEDICAMENTO. RESULTADOS

RESUMEN:
La gestión de fármacos es uno de los aspectos clave en la gestión del riesgo en seguridad del paciente pues los efectos adversos relacionados pueden tener un elevado impacto en la morbi mortalidad de los pacientes

Según la OMS, la seguridad de los pacientes, es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, hasta un mínimo aceptable. El enfoque de la prevención del riesgo (proactiva) y la detección de incidencias de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, se debe integrar entre las herramientas de gestión.

En los últimos años la seguridad del paciente, se ha convertido en la esencia de la calidad asistencial, por éste motivo, es importante la adaptación de las nuevas tecnologías para aumentar la calidad de la atención a los pacientes.
Evaluar los resultados después de 6 meses post implantación de la aplicación inteligente (proSp).
Evaluar el grado de satisfacción de los profesionales.
Diseñar un plan de mejoras.
La aplicación proactiva en seguridad de los pacientes (proSp) nace para la mejora de la seguridad de los pacientes. Esta aplicación informatiza listas de verificación de actividades preventivas de procesos relacionados con la seguridad de los pacientes, dispone la información a tiempo real para el control y mejora del proceso, cuenta con alertas visuales que dan información en relación con el grado de control del proceso y realiza el seguimiento en caso de incidencias.
Recogidos los datos del cuadro de mando obtenidos a través del BO (Busines One), del programa proSp, se ha realizado un estudio longitudinal del periodo estudiado (6meses) post implantación.
Se han contabilizado 57 neveras y 6 congeladores.

En el periodo estudiado se han realizado el 83,29% de las verificaciones planificadas.
El número de incidencias han sido de 287 que suponen el 4,14% .
El grado de solución ha sido del 94%%.

La implantación del programa proSp, ha permitido analizar y resolver de manera rápida las incidencias relacionadas con el mantenimiento de la cadena de frio.

El programa se ha ido adaptando a las necesidades de los servicios y profesionales, consiguiendo una buena aceptación por parte de éstos y nos ha permitido estandarizar el control de temperaturas en la gestión de la medicación termolábil
Alto grado de satisfacción y buena acogida de la herramienta por parte de los profesionales.

AUTORES: Carmen Jimenez Jimenez; O Hernandez Villen; M Olona Cabases; J Reverte Calull; N Hernandez Vidal; M Abasolo Jauregui.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

ID: 444

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA COMPOSICIÓN DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

RESUMEN:
Las comisiones clínicas son órganos de asesoramiento a la Dirección de un centro en la gestión de la calidad asistencial. Están formadas por equipos de profesionales de distintos campos, quienes evalúan incidencias y recomiendan actuaciones.

La composición de las comisiones clínicas se realiza a partir de las candidaturas presentadas por profesionales motivados; su selección está sujeta al cumplimiento de un perfil adecuado a los objetivos de cada comisión.

En los objetivos de calidad pactados por cada servicio médico con la Dirección, se incluye evaluar la participación de los facultativos en las comisiones.
1. Evaluar las especialidades médicas presentes en las comisiones clínicas de un hospital de segundo nivel
2. Describir el grado de participación global y específico por especialidad
Estudio descriptivo retrospectivo de la composición de las comisiones en relación al personal facultativo a fecha 31 de diciembre de 2017. Excluimos del análisis las comisiones que forman parte de los órganos de representación de los trabajadores y los órganos de representación social, así como a los grupos de trabajo, por su carácter ad hoc. Elaboramos indicadores descriptivos y representamos gráficamente los resultados en forma de mapas y diagramas de árbol.
Se identificaron 32 comisiones clínicas, en las que participan un total de 152 facultativos, lo cual representaba un 42.6% de la plantilla estructural del centro. De ellos, un 61.2% eran mujeres.

De las 32 comisiones, los servicios con mayor representación fueron: Anestesia y Pediatría (presentes en 16 comisiones cada servicio) y Medicina Preventiva (en 15 comisiones). Medicina Preventiva asume esta participación con muy pocos recursos humanos, a razón de 7,5 comisiones por facultativo (c/f). Le siguieron en orden: Psicología, con una razón de 4 c/f; Geriatría, con 2.25 c/f; y Pediatría y Urología, ambos con 2 c/f.

Servicios como Radiología y Anatomía Patológica presentaban una participación exclusiva en todos los comités de tumores dependientes de la Comisión de Tejidos y Tumores. Esta, junto a las Comisiones de Atención al Dolor y Formación Continuada, fueron las comisiones con mayor número de miembros.

Se demuestra una alta representatividad de los facultativos en las comisiones clínicas, sobre todo en determinadas especialidades.

AUTORES: Guillermo Pérez-García; I Pena-Yáñez; M Gálvez-Fernández; AB Jiménez-Muñoz; B Martínez-Mondéjar.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Severo Ochoa.

ID: 445

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES REALIZADAS A URGENCIAS GENERALES DURANTE UN AÑO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

RESUMEN:
En los últimos años, la saturación de los Servicios de Urgencias Hospitalarias no ha dejado de crecer. Los recortes en medios y en personal han comprometido la capacidad para responder ante picos de la demanda en la atención, a la vez que se debate sobre el inadecuado uso de las urgencias y el aumento de la medicina defensiva. Las consecuencias suponen un deterioro de la calidad asistencial en la cara más visible de un centro hospitalario. En este contexto, se ha planteado este trabajo para conocer la percepción de los usuarios en la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalarias.
1. Analizar los principales motivos de reclamación de los usuarios atendidos en el Servicio de Urgencias Generales
2. Establecer áreas de mejora
Estudio retrospectivo de las reclamaciones llegadas al Servicio de Atención al Usuario (SAU) y dirigidas al Servicio de Urgencias Generales entre marzo de 2017 y marzo de 2018. Descripción de las características sociodemográficas de los reclamantes y de los principales motivos de reclamación.
El número de reclamaciones en el periodo de estudio fue de 287. Un 48% procedieron del propio paciente, un 30% de los hijos, un 11% de la pareja y el resto de otros acompañantes. Entre los pacientes, encontramos una menor proporción de mujeres (57%) que en el conjunto de los otros grupos (70%), así como una edad media menor (41 años en el grupo de pacientes frente a 47 años en los acompañantes). Un 18% de los reclamantes residían en municipios distintos al del hospital.

El 61% de las reclamaciones fueron por retraso en la atención. En el 73% de éstas se especificaba un tiempo de espera de 3.4 horas de media. La mayoría procedían de pacientes atendidos en Consultas de Urgencias (patología ambulatoria), quienes frecuentemente refieren que no se respeta el orden de llegada, que sólo hay un médico atendiendo las consultas y que nadie les ha informado de cuándo serán atendidos.

El segundo motivo de reclamación se debe a desacuerdos con la organización del centro (17%), que surgen principalmente de pacientes pendientes de ingreso en planta (con hasta 4 días de espera). Seguidamente, se reclama por disconformidades con la asistencia prestada (12%), el trato personal (4%) y la falta de información o recursos (4%).

El 79% de los reclamantes realiza una solicitud expresa: el 24% pide más personal sanitario, el 8% la asignación de una cama y el 4% solo espera una respuesta. El 5% refieren hacinamiento en la sala de espera.

Conclusión: El principal motivo de queja se refiere a la atención en patología ambulatoria, por lo que sería conveniente realizar acciones de educación sanitaria sobre el uso adecuado de las urgencias y su organización. Otras medidas a implantar podrían ser el refuerzo en la plantilla y la mejora estructural de la sala de espera.

AUTORES: Guillermo Pérez-García; I Pena-Yáñez; J Muñoz-Romero; M Gálvez-Fernández; AB Jiménez-Muñoz; B Martínez-Mondéjar.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Severo Ochoa.

ID: 446

TÍTULO: ADECUACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX, DENTRO DEL ESTUDIO PREOPERATORIO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

RESUMEN:
Es necesario desarrollar actuaciones para evitar o reducir prácticas innecesarias y para ello se disponen, entre otras, de las Recomendaciones de "no hacer" de la SERAM.
Se realizó un estudio descriptivo, de carácter prospectivo a partir de los listados de citaciones de radiografías de tórax preoperatoria desde el 20 de septiembre al 20 de octubre de 2017. Las variables analizadas se volcaron a una base de datos para su posterior análisis. Los criterios que se utilizaron para evaluar la adecuación fueron los consensuados por el Sº de Anestesia y Radiología en 2015.
El número total de estudios radiológicos evaluados fue de 205, solicitados por 9 servicios quirúrgicos. Traumatología fue el servicio más representado con el 50,75% de las solicitudes. El 97,6% estaban informados. En el 23,9% de las peticiones de la prueba, constaba como único dato clínico la palabra "preoperatorio". En el 56% de los informes realizados el resultado fue "Radiografía sin alteraciones significativas". De acuerdo a los criterios utilizados para evaluar la adecuación de la solicitud de la radiografía, en el 60,9% de los casos, la indicación fue adecuada, pero en el 39% restante, no constaban datos clínicos en la solicitud de la petición que justificasen su realización. No se encontró, en ningún caso, la presencia de hallazgos relevantes que pudieran modificar la actitud terapéutica o suspender la cirugía.
En la mayor parte de las solicitudes evaluadas no constan datos clínicos del paciente, lo cual dificulta establecer la adecuación de la indicación. De acuerdo a los criterios utilizados, un 39% de los estudios no estarían justificados. Es necesario difundir entre todos los profesionales los resultados de este estudio y los criterios de NO hacer de la SERAM en relación a la solicitud de Radiografía de tórax preoperatoria.

AUTORES: Guillermo Pérez-García; J Álvarez-Cuenca; I Pena-Yáñez; V Guadaño-Salvadores; AB Jiménez-Muñoz; B Martínez-Mondéjar.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Severo Ochoa.

ID: 447

TÍTULO: LA REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HUAC

RESUMEN:
La buena comunicación entre los miembros de un equipo de trabajo es fundamental para que los procesos de tratamiento y cuidados establecidos se desarrollen con seguridad y calidad .Nos permite modificar y verificar las actuaciones implementadas en la atención a los usuarios.
Antecedentes : En nuestra unidad las reuniones multidisciplinares se habían abandonado ya que el personal percibía que no eran eficaces.
En 2017 se certifica la Unidad con la Norma ISO 9001:2015 . En el plan de necesidades desarrollado por el equipo de trabajo se señala la falta de comunicación entre los profesionales como área de mejora. Fruto de ello, se retoman las reuniones multidisciplinares.
Valorar la eficacia de las reuniones desde su puesta en marcha en el año 2018
Valorar los logros obtenidos y la percepción de satisfacción del personal .
En el 2018 se inician las reuniones multidisciplinares con los siguientes objetivos:
Verificar los tratamientos y cuidados.
Promover acciones de mejora continua.
Mejorar los conocimientos sobre los pacientes que atendemos .
Planificar las actuaciones a seguir teniendo en cuenta la continuidad en la atención .
Mejorar la comunicación de los miembros del equipo.
Resolver dudas.
Se celebran todos los martes a las 8:30h en la sala de reuniones de la unidad con una duración aproximada de 30-45 minutos.
Participan siempre el jefe de servicio, la supervisora ,los médicos de la Unidad (2 cirujanos plásticos y un intensivista); el personal de enfermería (enfermeras y TCAE) de turno y ocasionalmente el psicólogo
Estas reuniones se afrontan desde el respeto, la reciprocidad y la relevancia .
Sentarse entorno a una mesa en grupo, facilita y mejora la comunicación.
Los profesionales se apoyan y se refuerzan .Se enriquecen las aportaciones individuales, lo que mejora los conocimientos sobre los pacientes,mejorando la calidad asistencial y la satisfacción de los profesionales.
Han permitido introducir las siguientes mejoras a nivel asistencial y organizativo:
- Modificación procedimiento de cura tras aplicación Bromelaína.
-Desarrollo del protocolo de alergia al látex en el quirófano de la unidad.
-Mejorar la prescripción farmacológica de Oftalmólogos (en vías de solución).

AUTORES: Maria Carmen Nión Seijas; Emma LOUSA GARCIA.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario A Coruña.

ID: 448

TÍTULO: INTOXICACIÓN VITAMINA D EN PREMATURO PRETÉRMINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN:
Los niveles insuficientes de vitamina D en nacidos pretérmino pueden producir alteraciones en el desarrollo. El aporte exógeno de vitamina D es la mejor estrategia para asegurar su aporte adecuado. El uso inapropiado de preparaciones de vitamina D se ha asociado a intoxicaciones.

- Determinar si los niveles plasmáticos de vitamina D de un paciente pretérmino están en rango óptimo.
- Evaluar si el fármaco usado (25-Hidroxicolecalciferol) es el más adecuado en estos pacientes.

Paciente prematuro de 27 semanas de gestación (SG) y con peso 500g. Antecedentes de retraso en el crecimiento intrauterino y enfermedad metabólica ósea severa. Para estos pacientes, las necesidades diarias de vitamina D recomendadas son de 400UI/día según la Sociedad Española de Pediatría. Según el protocolo de nuestro centro, los prematuros de menos 32 SG deben recibir 25-hidroxicolecalciferol 240 UI y tratamiento polivitamínico (Hidropolivit) que contiene colecalciferol (200 UI).
Colecalciferol es un precursor inactivo que debe convertirse a 25-hidroxicolecalciferol a nivel hepático, sufriendo una segunda hidroxilación a nivel renal dando lugar a 1,25-dihidroxicolecalferol. Ambas formas hidroxiladas son activas, siendo 1,25-dihidroxicolecalferol la más activa. 1,25-dihidroxicolecalferol presenta una semivida muy corta (4-6 horas), por lo que 25-hidroxicolecalciferol es la forma que predomina en el torrente sanguíneo. Por este motivo se realizan las determinaciones plasmáticas con 25-hidroxicolecalciferol.
Al inicio, el paciente es tratado con 440UI de vitamina D (colecalciferol + 25-hidroxicolecalciferol). A los 15 días, los niveles de 25-hidroxicolecalciferol son de 83ng/dl, valor por encima del límite superior aceptado (rango óptimo: 20ng/dl-80ng/dl). Se orienta como una posible intoxicación y se decide suspender el 25-hidroxicolecalciferol. Pasados 15 días, los niveles son de 27ng/dl. Se introduce de nuevo 25-hidroxicolecalciferol y a las 3 semanas de tratamiento llega a 106ng/dl. Se suspende 25-hidroxicolecalciferol y el polivitamínico (colecalciferol + otras vitaminas). Al dar el alta al paciente se decide prescribir colecalciferol (vitamina D3) 400UI/día. Después de tres meses en tratamiento la determinación de niveles de 25-hidroxicolecalciferol fue de 30.59ng/dl.
En vista de estos resultados, se estudian los diferentes fármacos comercializados que contienen vitamina D para la población pediátrica. Tanto colecalciferol como 25-hidroxicolecalciferol tienen la indicación para el tratamiento de las deficiencias vitamínicas D, pero solo colecalciferol tiene la indicación para prevención de la deficiencia vitamina D. A parte, las dosis en el tratamiento son diferentes en función de la forma de vitamina D utilizada.
Para concluir, es necesario realizar determinaciones plasmáticas de 25-hidroxicolecalciferol debido a la variabilidad inter e intraindividual y es importante conocer la población diana e indicación del fármaco para seleccionar el más adecuado.

AUTORES: Anna De Dios López; M Martín Marqués; J Del Estal Jiménez; PA López Broseta; M Albújar Font; L Canadell Vilarrasa.

CENTRO DE TRABAJO: Hosital Universitari de Tarragona Joan XXIII.

ID: 449

TÍTULO: INDICADORES DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA: MEDIR PARA MEJORAR

RESUMEN:
los servicios de Medicina Intensiva (SMI) son áreas de alta complejidad y la estandarización de la medición de sus procesos permite analizar y establecer acciones para mejorar la calidad asistencial.
establecer un cuadro de mando de indicadores adecuados a nuestra actividad en una UCI de tercer nivel.
SMI de un hospital de tercer nivel (34 camas). La Comisión de Calidad del SMI, en 2016 elaboró una propuesta inicial de indicadores, estableciendo su fuente, periodicidad y responsable, que incluyó: 1. Indicadores de actividad: estancias, reingresos no programados < 3 días y mortalidad global. 2. Indicadores de seguridad según recomendaciones de la SEMICYUC y datos de ENVIN y SiNASP: bacteriemia asociada a catéter, neumonía asociada a ventilación mecánica (VM), inicio precoz de antibioterapia en sepsis grave, transfusión inadecuada de concentrados de hematíes, donantes reales, higiene de manos, eventos adversos notificados, úlceras por presión y caídas. Información recogida en las Rondas de Seguridad (realizadas por personal médico y de enfermería mensualmente): posición semiincorporada de la cabecera en pacientes con VM, prevención de la enfermedad tromboembólica, nutrición enteral precoz, profilaxis hemorragia gastrointestinal en pacientes con VM, sedación adecuada y manejo de la analgesia en pacientes no sedados. 3.Indicadores de calidad percibida: satisfacción del paciente, reclamaciones/agradecimientos, uso del protocolo de apoyo psicológico a la familia. En 2016 se recogieron retrospectivamente, a partir de 2017 prospectivamente. Análisis: definición de estándar según guías SEMICYUC/bibliografía, cálculo de la desviación y representación gráfica.
Durante 2017 se incluyeron indicadores de actividad nuevos como la razón de mortalidad estandarizada ajustada por gravedad y vimos la necesidad de contar con un registro propio actualizado. En los indicadores de seguridad se difundieron los resultados y se suprimieron indicadores por adecuación al estándar, que pasaron a monitorizarse como incidencias (inicio precoz de antibioterapia). Se incorporó la tasa de necropsias y se reiniciaron las sesiones de mortalidad. De los indicadores obtenidos por Rondas de Seguridad, los había con cumplimiento superior al estándar: prevención de enfermedad tromboembólica, inicio de nutrición enteral precoz, sedación adecuada y profilaxis de hemorragia gastrointestinal. Otros,como posición semiincorporada de cabecera en pacientes con VM y uso de las escalas de analgesia, mejoraron su cumplimiento tras incrementar la formación y sensibilización. Indicadores de satisfacción: se sistematizó el análisis de las reclamaciones, y se obtuvieron datos de satisfacción a través del proyecto HU-CI. La medición es un proceso dinámico que nos permite adecuar los indicadores a nuestra actividad, detectar desviaciones y establecer acciones de mejora. Aprendemos de lo que hacemos, cambiamos nuestra actividad diaria y mejoramos la seguridad y calidad de la asistencia a nuestros pacientes.

AUTORES: Ana Maria Ruiz Ruiz; MJ Dominguez Artiga; V Flor Morales; MJ Mantilla Gordovil; JC Rodriguez Borregan; MC Fariñas Alvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marques De Valdecilla.

ID: 451

TÍTULO: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA

RESUMEN:
La prescripción electrónica asistida (PEA) es una estrategia que permite reducir errores de medicación, mejorar la atención al paciente y reducir tiempo y costes. La satisfacción del profesional sanitario es necesaria para el éxito de la implantación.
Evaluar los resultados de las encuestas de satisfacción obtenidos durante la implantación de la PEA en el Servicio de Pediatría.
Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre cómo valorar la satisfacción del personal sanitario en la implantación de la PEA. Se decide seleccionar una encuesta validada que se modifica para adaptarla a las necesidades de la implantación. Esta encuesta de opinión se realiza a enfermería y pediatras de forma anónima antes y después de la implantación de la PEA.

La encuesta previa se compone de dos preguntas multirespuesta sobre los inconvenientes y las ventajas de la PEA; una pregunta sobre si la PEA es mejor que la prescripción manual.

En la encuesta posterior a la implantación, se incluyen 5 preguntas sobre las desventajas de la PEA, las ventajas de la PEA, el grado de satisfacción con las sesiones formativas realizadas por el Servicio de Farmacia, el grado de satisfacción del seguimiento realizado por el farmacéutico y el grado de satisfacción de la PEA. Las dos primeras preguntas son multirespuesa y el resto se puntúan del 1 (mínimo) al 10 (máximo).
Fueron encuestados 25 profesionales sanitarios, 22 (88%) fueron mujeres. La media de edad fue de 39±12 años. Las categorías profesionales fueron: 12 (48%) pediatras y 13 (52%) enfermeras.

En la encuesta previa, los inconvenientes más reportados fueron: 19(76%) problemas informáticos y 13(52%) manejo del programa (Silicon®). Las principales ventajas seleccionadas fueron: 22(85%) disponibilidad del tratamiento actualizado, 22(85%) menos errores de intrerpretación de la escritura a mano y 22(85%) menos errores de transcripción. 18(72%) de los profesionales consideraron que la PEA era una mejor opción.
En la encuesta posterior a la implantación, los inconvenientes más reportados fueron: 15 (60%) falta de ordenadores y 9 (36%) fallo del sistema informático. Las principales ventajas fueron: 22 (85%) disponibilidad del tratamiento actualizado y 22 (85%) disminución de los errores de interpretación de escritura a mano. El grado de satisfacción con las sesiones formativas fue 8,5 (± 1,9), sobre el seguimiento por parte del farmacéutico 9 (± 1,5) y sobre la prescripción electrónica 8,9 (± 1).

Las conclusiones que se derivan de este estudio son:
- Las opiniones de los profesionales sanitarios respecto a la implantación de la PEA coinciden con las ventajas y desventajas encontradas una vez realizada la implantación.
- Pediatras y enfermeras están satisfechos con la implantación de la PEA y con la formación y el apoyo del Servicio de Farmacia durante el proceso.

AUTORES: Anna De Dios López; M Martín Marqués; J Del Estal Jiménez; PA López Broseta; L Canadell Vilarrasa.

CENTRO DE TRABAJO: Hosital Universitari de Tarragona Joan XXIII.

ID: 452

TÍTULO: PRECAUCIONES ESPECÍFICAS A EXAMEN: ¿ESTAMOS SEGUROS FRENTE A LAS INFECCIONES MULTIRESISTENTES?

RESUMEN:
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) constituyen un importante problema de seguridad de pacientes en los hospitales de todo el mundo. En España, las IRAS son el segundo efecto adverso hospitalario más frecuente, después de los fallos relacionados con la administración de medicación. En el HGU. Gregorio Marañón durante el año 2017 ingresaron 66262 pacientes, requiriendo instauración de precauciones específicas 2732 (4,12%) por IRA, ya que se considera una medida eficaz para evitar situaciones de infecciones cruzadas o brote epidémico en el ámbito hospitalario.

- Evaluar el cumplimiento por parte de profesionales sanitarios de las precauciones de aislamiento en pacientes colonizados/infectados con microorganismos
- Alcanzar nivel de adherencia al protocolo de precauciones indicado en al menos el 90% de los pacientes.

Estudio observacional longitudinal prospectivo desde marzo de 2018 a marzo de 2019. Se aloja en la intranet del hospital hojas informativas sobre los tipos de precauciones específicas y las medidas a seguir. Se imparten sesiones formativas en una muestra de unidades. Se diseña e implementa una lista de comprobación ad hoc para verificar el correcto cumplimiento de dichas precauciones con variables de estructura (recursos materiales), cumplimiento de los profesionales de las precauciones e información a pacientes/familiares. Se realiza pilotaje en 20 unidades.

Se realizan 60 monitorizaciones. El 80% son precauciones de contacto. En las unidades donde se ha implementado la lista de comprobación se ha obtenido un cumplimiento del 96% de los casos. La dirección por objetivos ha permitido plantear como estrategia de gestión, en las unidades de hospitalización, la mejora en el cumplimiento de las precauciones específicas

Esta experiencia nos ha permitido confirmar que las estrategias llevadas a cabo favorecen un cumplimiento más efectivo de las medidas de precauciones específicas en la organización y a generalizar el modelo de implementación de la lista de comprobación al resto de unidades. También nos ha demostrado que la intervención periódica mejora el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios, especialmente de los profesionales de enfermería y TCAE.

AUTORES: Diana Molina Villaverde; A Sanchez Lopez; E Martínez De Albeniz; C Bové Ortega; P Alberquilla Menéndez-Asenjo; F Grande Fariñas.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 453

TÍTULO: ¿INFORMAMOS BIEN?

RESUMEN:
Conocer la opinión y el grado de satisfacción de los pacientes que están pendientes de realizar una intervención quirúrgica y son avisados vía telefónica por el servicio de admisión para comunicarles el lugar, día, hora de su ingreso, documentación a aportar (Tarjeta Sanitaria y DNI), si tienen que venir en ayunas y necesidad de venir acompañados (requisito de quirófano).
Identificar los aspectos que requieran una mejora continua, coordinar y concertar acciones conjuntas para garantizar la calidad en el servicio de Admisión en todo lo relativo a la llamada telefónica que reciben los pacientes pendientes de intervención quirúrgica.
El estudio se ha realizado mediante encuestas personales y anónimas el día del ingreso después de haber sido atendidos por el servicio de admisión, el estudio se realizó durante una semana.
Los pacientes respondían a un cuestionario que consistía en 8 preguntas (las respuestas son puntuadas en una escala del 0 a 10 donde 0 es completamente insatisfecho y 10 es completamente satisfecho)
Contestaron la encuesta 97% de los pacientes que estaban programados para intervención quirúrgica.
En cuanto a la identificación del centro desde el cual se le avisa, comprensión de la información facilitada y amabilidad mostrada por la persona que los llamaba, los resultados han sido muy satisfactorios (media de 9,6 sobre 10).
El único indicador en el que los pacientes no se han mostrado del todo satisfechos ha sido en la antelación con la que se les avisa para la intervención quirúrgica (media de 8,6 sobre 10).
El 17% de los pacientes, estima que se debe de avisar con una antelación mínima de 15 días, el 10% con 10 días y el 6.% con 8 días, el 19% con 7 días.
Observando estos porcentajes, se realizó un estudio, por servicios, del tiempo medio de aviso. Los resultados son los siguientes:
 Neurocirugía: 20 días
 Dermatología: 13 días
 Cirugía General: 9 días
 Traumatología: 7 días
 Oftalmología: 6 días
 Cirugía Plástica: 5 días
Se observa que en dos servicios se avisa con menos de 7 días de antelación.
La satisfacción de los pacientes encuestados sobre la atención recibida por parte del Servicio de Admisión ha sido muy positiva.
En la reunión del bloque quirúrgico se presentan las conclusiones del trabajo y se incide en la importancia de mejorar el indicador del tiempo medio de aviso haciendo especial hincapié en los Servicios con peores resultados (C. Plástica, Oftalmología).
Al ser un hospital con una cultura muy arraigada de ISO, se puede valorar la posibilidad de incluir un estándar mínimo de" x "días para programar en los procedimientos de servicios quirúrgicos y admisión.

AUTORES: Isabel Fernández Fernández; J Monteserín Barcia; I Fernández Suárez; E Sommer Álvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Monte Naranco.

ID: 454

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS EN HUMV

RESUMEN:
Los procesos de trasplante pulmonar, hepático y renal están certificados por la Norma ISO 9001:2015 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). En dicha norma se contempla la necesidad de conocer la satisfacción de los pacientes.
Conocer y analizar la satisfacción de pacientes trasplantados de pulmón, hígado y riñón en el HUMV para mejorar la calidad percibida. Como objetivo secundario, analizar las diferencias en satisfacción con la información ofrecida a los pacientes en base a la edad y el nivel de estudios.
Se ha utilizado una encuesta propia elaborada a partir del SERVQHOS, donde se valoran 12 preguntas con escala Likert con 5 niveles de respuesta y 3 con escala numérica. El período de estudio ha sido desde 2014 hasta 2017. La encuesta se facilitó al alta y se recogió en la primera consulta de revisión post-trasplante. Se analizaron dos dimensiones de la calidad asistencial: información y trato recibido. Se ha utilizado las pruebas de Chi-Cuadrado y ANOVA para analizar si existen diferencias en la satisfacción con la información en base al nivel de estudios del paciente, edad y sexo.
Resultados:
Se analizaron 173 encuestas de pacientes trasplantados de pulmón, 60 de trasplantados hepáticos y 49 de trasplantados renales. El 65’48% de los encuestados eran mujeres frente al 34’52% hombres. El 51’25% carecían de estudios o tenían estudios básicos, frente al 48’75% que poseían estudios de Bachiller o universitarios. La edad media de la muestra fue de 54’1 (DE=11’9) años y mediana de 58 años.
Las 6 preguntas que valoran la información recibida consideran en más del 76’26% que fue mejor o mucho mejor de lo esperado; del trato recibido dicho porcentaje está por encima del 87%. El cuestionario concluía con tres preguntas (evaluadas de 0 a 10): si recomendaría los servicios de HUMV, satisfacción global de la estancia y si volvería al hospital. En las tres el valor modal y mediana fue 10 para los tres tipos de trasplante, con valores medios mínimos superiores a 9’5. Se analizó la existencia de diferencias en la satisfacción con la información en base a la edad, el sexo y el nivel de estudios mediante las pruebas de Chi-Cuadrado y ANOVA, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones:
La información y trato recibido han superado las expectativas de los pacientes trasplantados en HUMV. La evaluación ha permitido detectar áreas de mejora del proceso, que se han traducido en acciones como la edición de una guía de información para pacientes. No se han encontrado diferencias con la satisfacción en base al sexo, edad y nivel de estudio. La satisfacción global con el hospital es sobresaliente y todos volverían y recomendarían los servicios del hospital.

AUTORES: Marcos Hernández Pereña; V Flor Morales; JM Cifrián Martínez; A Cuadrado Lavín; JC Ruiz San Millán; C Fariñas Álvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

ID: 455

TÍTULO: LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL EN UN HOSPITAL CONCESIONADO. PROS Y CONTRAS.

RESUMEN:
El modelo PFI admite diferentes formatos, se ha optado mayoritariamente por la modalidad DBFO(diseño, construcción, financiación y operativo), en virtud de la cual, la entidad concesionaria construye la infraestructura sanitaria y la pone a disposición del servicio público de salud, a cambio de la gestión de los servicios no clínicos. La Sociedad Concesionaria (SC), así como aquellas empresas contratadas por ésta, están obligadas al cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia de Medioambiente, siendo responsables de disponer las medidas en esta materia exigidas por tales disposiciones. Además debe acreditar la calidad y el medio ambiente de todos sus servicios. Por ello inicialmente no surgió la necesidad de la implantación de un Sistema de Gestión Ambiental (SGA) en el hospital. Con el paso del tiempo, tras analizar el impacto en el Medioambiente de la actividad asistencial, aquella formula resultaba incompleta. Es entonces cuando surge la necesidad de la implantación de un SGA para el hospital que comprendiera la parte asistencial. Algo que a priori parecía fácil pues parte de la implantación estaba hecha por la SC.
El objetivo del SGA es garantizar una mejora en el desempeño ambiental, así como la minimización de impactos. Por lo tanto parece lógico que el alcance del mismo sea la actividad asistencial ya que es la que va a generar un importante impacto sobre el medioambiente.
Lo primero fue la concienciación y formación del personal que pertenecía a la parte pública. Además de la colaboración con la SC ya que a pesar de que el alcance era la actividad asistencial al final existe un vinculo entre dicha actividad y la que desarrolla la SC(complementarias). La SC debía dotar de los recursos necesarios a la parte asistencial p. ej para la segregación de los residuos. Así mismo colaborar en el control de consumos tales como electricidad, agua, luz. Es aquí dónde se detectaron las principales dificultades. A la parte pública le surgen una serie de necesidades para su actividad asistencial que la SC debe valorar por estar dentro de su alcance, esto supone una importante dilación en el tiempo. Todo ello produce malestar por ambos lados y hace ardua la labor de implantación del SGA.
Una vez se analizaron los resultados obtenidos de las mediciones consumos, segregación de residuos, la gestión de estos, incidencias medioambientales, auditorías, etc. Surgieron una serie de acciones que se debían acometer para la mejora del desempeño ambiental y la disminución impactos. Algunas de ellas eran exclusivamente del alcance de la SC y otras de alcance de la actividad asistencial de ahí que la implantación de aquellas acciones en la parte asistencial al ser de manera directa era más rápida mientras que todas aquellas que dependían de la SC se demoraban en el tiempo. Con la nueva ISO14001:2015 cobraba una mayor importancia el contexto de la organización en la implantación del SGA y todos estos aspectos debían quedar contemplados en el análisis de riesgos.

AUTORES: Patricia Abejaro Sánchez; A Carrascoso Camacho; A Somolinos Martinez; D Montserrat Capella; P Cazallo Navarro.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda.

ID: 456

TÍTULO: PASE DE MODELOS. HAGA USTED MISMO SU SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADA, A MEDIDA.

RESUMEN:
'Vuestra misión es implantar un sistema de gestión integrado para dar evidencia de conformidad con los requisitos de Calidad, de Gestión de Riesgos y Seguridad de Pacientes, Ambientales, de Seguridad y Salud Laboral, y de cumplimiento legal para una red asistencial enfocada en cuidados post-intensivos para pacientes que precisan ventilación mecánica permanente, en establecimientos sanitarios o en el propio domicilio'.
La red, en el momento de iniciar el proyecto, estaba presente en seis países en tres Continentes, y debía tener en cuenta:
- Que la oferta asistencial en cada país no era exactamente igual a los otros.
- Que el marco regulatorio en cada país era distinto; en ocasiones mucho.
- Que al mismo tiempo, se expandía la actividad en los países presentes, y a más países, y había que contribuir también al desarrollo y crecimiento del modelo asistencial.
Al recibir este mandato de nuestra organización, también estaba implícito que todo ello debía ser coherente con los valores éticos y de negocio, así como con el acervo de sistemas ya existente.
Comunicación restrospectiva. Descripción del diseño, implantación, resultados y acciones de mejora derivadas de la implantación de un modelo de gestión integrado para una red asistencial compleja.
Herramientas y sistemas ya existentes en la organización, que hasta entonces habían estado enfocadas a las otras áreas de negocio: Ingeniería, producción y distribución de gases (incluyendo gases medicinales bajo normas de farmacopea) y servicios de asistencia sanitaria domiciliaria de baja complejidad.
Modelo asistencial ya definido y funcionando en seis países. El área de desarrollo y expansión tenía otros seis en cartera. Entre los países ya operativos, los modelos de servicio, sistemas de calidad, estructura organizativa, minería de datos, etc. habían sido organizados 'ad hoc', y con el fin fundamental de satisfacer los requerimientos mínimos de cada país, que habían dado en una certificación ISO 9001, un sistema basado en requerimientos ISQUA/Joint Commission, y diversos requisitos mínimos de autorización de funcionamiento por parte de las autoridades sanitarias locales.
Coordinados por un grupo de gobernanza global, se estableció un modelo de gestión integral basado en el modelo EFQM, que diera cumplimiento a los requisitos mínimos de cada entorno regulatorio local, y permitiera la armonización entre los países existentes, así como la rápida replicación del modelo en nuevas localizaciones, en esos países, y en nuevas aperturas.
Se obtuvo un modelo integrado de gestión, desarrollado en colaboración con los expertos locales de cada área.
Se definió un itinerario madurativo.
Evaluación y seguimiento: herramienta de autoevaluación con una calificación numérica y visual.
Estandarización, Formación y Auditorías.
Objetivos anuales, locales y de grupo.
Resultados de armonización de sistemas y resultados en seis años, con crecimiento a 6 nuevos países.
Mejor cumplimiento de la normativa local, mayor satisfacción.

AUTORES: Luis Alberto Ramos Neira; VM Garcia Gomes; M Muschert; R Redert; B Butzke; M Kubitschek.

CENTRO DE TRABAJO: Linde Healthcare - Global Governance Centre.

ID: 457

TÍTULO: PACIENTES EN LEQ MÁS DE SEIS MESES = 0

RESUMEN:
El servicio de Admisión no tiene influencia directa en la programación de las intervenciones quirúrgicas pero sí, sistemas de alerta para supervisarla a través de varios mecanismos de control
Todos los pacientes que se encuentren en LEQ, sean operados antes de 180 días desde su fecha de inclusión.

- A principio de mes se envía a cada servicio quirúrgico un listado de la población diana del mes en curso, en el que se refleja qué pacientes se deben programar de forma prioritaria en ese periodo. Se necesita una comunicación permanente y recíproca con los servicios para poder mantener esta información actualizada.
- Es necesario llevar un control de las programaciones quirúrgicas y activar alarma en el momento en el que se detecte que se están programando pacientes que no son población diana, salvo que sean preferentes o que ya este resuelta la población diana de ese mes. Si se detectase se avisaría a los servicios correspondientes para que desprogramen dichas intervenciones
- A mediados de mes se convoca una reunión a la que asisten los representantes de los distintos servicios quirúrgicos, subdirector médico quirúrgico, supervisor de quirófano y servicio de admisiones.

En estas reuniones se ajustan las sesiones quirúrgicas de cada servicio planificando el mes siguiente. Si algún servicio necesita más sesiones de las que tiene habitualmente para poder finalizar con 0 pacientes con más de 180 días en espera, se le adjudica en detrimento de otro servicio que no las necesite, obligando a veces a reajustar las consultas externas del hospital, añadiendo o suprimiendo días de consulta.

- Un indicador que nos permite predecir el comportamiento del número de pacientes en LEQ superior a 180 días en el futuro consiste en comprobar en la actualidad que la espera media sea siempre superior a la demora media.
- Y el porcentaje de pacientes que están en lista de espera en el intervalo de de 3 a 6 meses va disminuyendo, nos indica que el comportamiento de la LEQ va a ser el adecuado.

Desde Nov-17 solo en Enero-18 quedó un paciente con más de 180 días.
Así mismo en el último año, la EM es superior a la DM excepto el mes de Agosto que coincide con el periodo vacacional y solamente hay un quirófano funcionando para las intervenciones preferentes.
También se observa que en los primeros 5 meses del año 2018 el % de pacientes que están en espera en el intervalo de 3 a 6 meses va disminuyendo de forma progresiva.
En la reunión del bloque quirúrgico se comentan los resultados obtenidos para implantar acciones de mejora con respecto a los parámetros obtenidos.
Con la aplicación sistemática de los mecanismos de control y de alerta a futuro por parte del servicio de Admisión, se contribuye a conseguir el objetivo institucional de pacientes con más de seis meses en LEQ = 0.
Después del verano se hará un nuevo control para ver si conseguimos mantener o mejorar los resultados.

AUTORES: Isabel Fernández Fernández; J Monteserín Barcia; I Fernández Suárez; E Sommer Álvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Monte Naranco.

ID: 458

TÍTULO: COMPARACIÓN DE LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOL Y ANÁLISIS DEL CMBD PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA

RESUMEN:
La herramienta Global Trigger Tool (GTT) ha demostrado su eficacia en la detección de eventos adversos (EA) en pacientes hospitalizados, con prevalencias muy superiores a las detectadas por estudios como el ENEAS. Pero es una herramienta que requiere mucho tiempo de equipos de revisores entrenados, de manera que es costoso utilizarla de manera regular en los hospitales. En cambio, el análisis del CMBD puede ser automatizado mediante herramientas de business intelligence para ofrecer regularmente resultados útiles para la gestión de los riesgos para la seguridad del paciente.
Comparar la eficacia del análisis del CMBD con la de la herramienta GTT en la detección de EA en pacientes quirúrgicos con ingreso
Estudio retrospectivo, observacional, analítico, unicéntrico en un hospital universitario de alta tecnología.
Selección aleatoria de 120 episodios de cirugía mayor con ingreso entre el 1 de enero al 30 de junio de 2017.
Criterios de exclusión: menores de 18 años, cirugía obstétrica, trasplante, dermatología y oftalmología
Para la identificación de EA, se utilizaron 3 de los 6 módulos de la GTT del Institute for Healthcare Improvement: cuidados, medicación y cirugía.
Se formaron dos equipos de revisores que identificaron los detonadores en los 120 episodios; un segundo nivel de expertos determinó la presencia de EA, categorizó el daño según la taxonomía de National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) y su evitabilidad.
Se elaboró una tabla de correspondencias entre detonadores y códigos diagnósticos y de procedimiento del CMBD según la clasificación CIM-9. Se realizó un análisis de la presencia de dichos códigos en los 120 episodios seleccionados. Se analizó mediante software de análisis estadístico y se calculó el coeficiente kappa para identificar la concordancia entre los detonadores y los códigos correspondientes
La herramienta GTT detectó un total de 420 detonadores en 111 pacientes, con una prevalencia de 92,5% de pacientes con al menos un detonador.
Se detectaron un total de 86 EA en 59 pacientes (49,1%) con uno o más EA, prevalencia 49,1 EA /100 pacientes.
De los 39 detonadores estudiados, existió concordancia con los códigos del CMBD en 9 de ellos, no la hubo en 1 caso y en los 29 restantes no hubo suficientes datos para poder establecer la concordancia.
Conclusiones
El GTT utiliza una pequeña muestra de los episodios de hospitalización (10 para cada quincena), que se han revelado insuficientes para poder establecer relaciones de concordancia con los códigos diagnósticos.
La asignación de los códigos parece haberse realizado correctamente y se puede intuir que, con una muestra de mayor tamaño sería posible establecer mayores relaciones de concordancia entre códigos del CMBD y detonadores.
El análisis del CMBD podría llegar a suplir la GTT en la detección de EA en pacientes hospitalizados. Hacen falta nuevos estudios con muestras de mayor tamaño

AUTORES: Mònica Ballester Roca; A Pocino Campayo; J Roca Antonio; JF Julián Ibáñez; D Parés Martínez; E Montané Esteva.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

ID: 459

TÍTULO: MEJORANDO LA COMUNICACIÓN A PARTIR DEL ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES SEGURIDAD PACIENTES (ISP)NOTIFICADOS EN UN TERRITORIO

RESUMEN:
La notificación de incidentes en Seguridad del Paciente(ISP)ayuda a situar la seguridad del paciente en el foco de atención del sistema sanitario. En 2013 se instauró un sistema de notificación de ISP The Patient SafetyCompany(TPSC_Cloud)como un objetivo estratégico en la promoción de la cultura de SP enmarcado en el desarrollo del proyecto de las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente impulsado por nuestra consejería en la atención primaria.
Identificar y establecer prácticas seguras a partir del análisis de los ISP relacionados con la comunicación.
Notificación de los incidentes en la plataforma(TPSC_cloud).Análisis,clasificación y gestión de los incidentes relacionados con la comunicación.Difusión en las comisiones clínica de nuestro territorio
De los ISP notificados,en 2015 estaban relacionados con la comunicación 257 de los 886 (29%); en 2016, 373 de los 1202(31%) y en el 2017, 530 de los132(40%). Según temas específicos: comunicación de los profesionales médicos y enfermería con el paciente, de los administrativos del centro de Salud(CS)con el paciente,entre profesionales del CS(órdenes de tratamiento médico-enfermería),entre la dirección y los profesionales,comunicación médico-médico que atiende al paciente (continuidad asistencial),con otros servicios(informática, laboratorio, hospitales),con otros proveedores, señalizaciones de consulta, accesibilidad del paciente. Medios técnicos de la comunicación.Problemas en el sistema informático de historia clínica.Según riesgo:el 51% en 2015,53% en 2016 y 51% en 2017, son de riesgo bajo y moderado, el 2,6% en 2015, 3,3% en 2016 y el 2,3% en 2017 son de riesgo alto. Los de riesgo más alto estaban relacionados con la comunicación médico-paciente (instrucciones sobre pruebas: asistencial.Factores contribuyentes que generan más incidentes son los profesionales y la organización y en tercer lugar los externos.La resolución de estos incidentes suele requerir la intervención de las UFSP_Territorial pero en gran parte se resuelven en el mismo CS a través de la comisión de calidad o la intervención de la Dirección.Practicas seguras: aceso a la historia clínica entre diferentes proveedores, creación de diferentes procedimientos relacionados con la comunicación: derivaciones, interconsultas sin paciente,laboratorio,pautas de tratamientos…creación de una UFSP entre diferentes proveedores para analizar los ISP relacionados con continuum asistencial.
En nuestro territorio el porcentaje de incidentes relacionados con la comunicación sigue aumentando creemos por varias razones:la comunicación es un elemento clave en la atención del paciente,es una área de riesgo fundamental en la relación médico-paciente pero también en cómo se recibe y transmite esta información entre los diferentes profesionales,servicios y proveedores.La creación de las UFSP_T con los diferentes hospitales nos ha de permitir avanzar en la mejora de la comunicación en la continuidad asistencial y la implantación de prácticas seguras.

AUTORES: Elisa Vidal Esteve[1]; M Gens Barbera[2]; I Hospital Guardiola[3]; F Bejarano Romero[4]; N Hernndez Vidal[5]; Y Mengibar Garcia[6].

CENTRO DE TRABAJO: Car Salou[1]; Gerencia Camp Tarragona[2, 4, 5, 6]; Eap Valls[3].

ID: 460

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS EN UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS CERTIFICADA POR LA NORMA ISO 9001:2015

RESUMEN:
La versión 2015 de la Norma ISO 9001 introduce la gestión de riesgos como eje central del sistema de gestión de la calidad. Esta gestión conlleva identificar, considerar y controlar los riesgos de manera proactiva, lo que permite además detectar áreas susceptibles de mejora. Actualmente, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) cuenta con quince procesos certificados con la Norma ISO 9001:2015.
Integrar la gestión de riesgos conforme a la ISO 9001:2015 en la Unidad de Endoscopias del HUMV.
Se ha desarrollado una matriz de riesgos en formato Microsoft Excel como herramienta para la gestión de riesgos de la Unidad de Endoscopias, en la cual se recogen una gran cantidad de variables entre las que se incluyen fecha de inclusión, tipo de riesgo, atributo de la misión afectada, probabilidad de ocurrencia e impacto potencial, objetivos y acciones de mejora, seguimiento, verificación y reevaluación de los riesgos, así como fecha de cierre de aquellos que se han podido eliminar.
Es un sistema vivo, que se actualiza de manera continua. En él se integran riesgos procedentes del registro de incidencias, del análisis de los indicadores, de las necesidades referidas por las partes interesadas en el análisis de la comunicación, así como del análisis del plan estratégico.
La priorización de los riesgos se realiza en base a la ponderación de la probabilidad de ocurrencia y el impacto generando una escala que va del 1 al 9, siendo los de prioridad máxima aquellos con valor 9. Los riesgos pueden ser asumidos, mitigados o eliminados. Si, tras ser reevaluados, no han disminuido se replanifican nuevas acciones de mejora.
Resultados: Desde 2015 hasta el año actual se han incorporado 93 riesgos: 45 riesgos en 2015, 33 en 2016, 5 en 2017 y 10 en 2018. Los tipos de riesgos más frecuentes fueron asistenciales (40’8%), de información (32’7%), relativos a infraestructuras (14’3%) y a comunicación (5’1%). Los atributos de la misión que se vieron afectados con mayor frecuencia fueron seguridad (25%), información (17’1%), demora en el diagnóstico y tratamiento (9’3%) y continuidad de cuidados (8’6%). Al analizar la prioridad, el 39’13% tenían prioridad 3, el 25% prioridad 6 y el 19’57% prioridad 4. Del total de 93 riesgos se han podido eliminar 65, lo que supone un 69’89%. Si se excluyen los riesgos incluidos en el primer trimestre del actual año, sobre los que ya se está trabajando, el porcentaje de riesgos eliminados asciende hasta el 87’84%.
Conclusiones: La gestión de los riesgos se ha implementado de manera eficaz en la Unidad de Endoscopias del HUMV permitiendo establecer acciones de mejora para los 93 riesgos identificados. La matriz de riesgos ha posibilitado la integración en un solo documento todos los riesgos y permite priorizar las acciones de mejora. Se han conseguido eliminar el 87’84% de los riesgos identificados. Una adecuada gestión de los riesgos puede contribuir a la mejora de la seguridad y de la calidad asistencial de los hospitales.

AUTORES: Marcos Hernández Pereña; V Flor Morales; L Amigo Cabria; J De la Peña García; C Fariñas Álvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

ID: 461

TÍTULO: ¿EL USO DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA MEJORA LA EFICIENCIA?

RESUMEN:
La infección del lugar quirúrgico (ILQ) se define como aquélla relacionada con el procedimiento quirúrgico, que se produce en la incisión quirúrgica o en su vecindad, durante los primeros 30 o 90 días del postoperatorio quirúrgico, según el tipo de intervención. La prevención de ILQ es realmente factible, como sucede en otras infecciones nosocomiales, y hay consenso generalizado en que podría prevenirse hasta un 60% de las ILQ que actualmente sufren los pacientes. Los procedimientos que no reduzcan significativamente la flora residente al principio de una intervención quirúrgica o que no disminuyan la transmisión de microorganismos de las manos hasta el final de la misma no son adecuados. Los guantes quirúrgicos no constituyen una barrera fiable contra los patógenos. Gracias a su mayor eficacia y tolerancia dérmica los antisépticos de base alcohólica se han convertido en el producto estándar para la prevención de transmisiones cruzadas de los patógenos clínicamente relevantes.
Analizar el ahorro económico, de tiempo y de agua en el bloque quirúrgico que supondría la implantación de la técnica de antisepsia quirúrgica de manos(AQM) con solución hidroalcohólica (SHA) con respecto a la técnica y productos tradicionales(jabón de povidona yodada, jabón de clorhexidina, cepillo de lavado quirúrgico y toalla de secado)
Establecer un cronograma de implantación en los diferentes servicios quirúrgicos y áreas del hospital.
Estudio descriptivo, transversal, de prevalencia. Periodo de estudio: 2016 Fuente de datos: servicio de compras, servicio de admisión y servicio de farmacia del hospital. Revisión sistemática cruzada de investigaciones de utilización de SHA en AQM en hospitales en el período 2010-2017, incluyendo “antisepsia quirúrgica de manos” en las búsquedas. Análisis del coste desglosado y global de la AQM con lavado tradicional(jabón de povidona yodada, jabón de clorhexidina, cepillo de lavado quirúrgico y toalla de secado) y con SHA. Se realizó análisis del coste individual y por proceso. Elaboración de un cronograma de implantación. Acreditación de varias sesiones formativas y difusión de la práctica en los diferentes servicios quirúrgicos. No se han tenido en cuenta al hacer los cálculos, otras actividades que también requieren de lavado quirúrgico como: inserción de catéteres centrales, punciones lumbares, radiología intervencionista…
Se observaron diferencias económicas significativas entre las dos técnicas (un 39% de ahorro sin considerar el gasto en personal y agua).
Son muchos los beneficios derivados de la utilización de antisépticos de manos por frotación con base alcohólica, como la disminución del riesgo de que los pacientes contraigan infecciones nosocomiales o irritaciones en la piel por parte del personal sanitario, así como una reducción general de los gastos derivados de la prevención de estas infecciones nosocomiales.

AUTORES: Marta Eva González Pérez; LM Alonso Suarez; L Gomez Del Campo; T Lopez Caballero; MR Suarez Lopez; MP Sanchez Marcos.

CENTRO DE TRABAJO: CAULE.

ID: 463

TÍTULO: ATENCIÓN DE MÁXIMA CALIDAD. RELACIÓN ENTRE LA METODOLOGÍA ENFERMERA Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

RESUMEN:
Una medida de la calidad en cualquier organización sanitaria es el grado de satisfacción de los pacientes (calidad percibida) con la atención recibida . En la encuesta de satisfacción (ES) de Atención Primaria (AP) de Madrid se incluyen 9 ítems relacionados con la atención de enfermería que valoran tanto el tratorecibido como la eficacia de las enfermeras para resolver los problemas de las persona que atienden. El concepto de cuidados centrados en el paciente ha hecho que esta medida tenga cada vez mayor importancia en la evaluación y mejora de la calidad asistencial.
Los planes de cuidados (PC) mejoran la calidad científico-técnica de los cuidados que se prestan y proporcionan a la enfermería herramientas que les permitan, un abordaje integral y continuo de los diferentes problemas que plantea la población.
Analizar el grado de satisfacción del paciente con la atención recibida por la enfermera
Conocer si la satisfacción es mayor cuando se aplica metodología enfermera (PC)
Se trata de estudio descriptivo trasversal con datos de cierre de 2017 de 49 centros de salud (CS).
Se establece un grupo de trabajo enfermero que por consenso selecciona que indicadores de Contrato Programa de Centro (CPC) y de ES se van a tratar.
Variables:
1. 4 preguntas cerradas de la ES de respuesta múltiple: Trato y amabilidad. Eficacia atender problemas de salud. Explicaciones sobre la salud. Satisfacción con enfermero/a.
2. 4 indicadores PC del CPC. PC en población atendida. PC en inmovilizados. PC en mayor frágil. Resolución PC buena evolución.
Para ponderar los resultados de cada ítems de la ES y PC se da un valor en función del resultado entre la máxima puntuación obtenido del mejor CS (3 puntos) y el valor mínimo del peor (0 puntos), así en cada apartado se podrá obtener 0, 1, 2,3 puntos. Una vez obtenido los valores por ítem, el resultado final será la suma de PC y ES. La puntación máxima posible es 24 puntos.
Aplicando las puntuaciones se establece un ranquin entre los 49 CS.
El resultado de los indicadores de PC está entre 1 y 12 puntos y el de ES entre 2 y 12. La puntuación máxima es 24 puntos y la mínima 4. Los CS con mejores valores en ES (rango 10-12 puntos) coinciden con los que mejores resultados tienen en PC (rango 10-12 puntos). Los de peor puntación en ES coinciden con los que tienen peor cumplimiento de PC. La utilización de PC además de que facilita el trabajo y mejora la calidad de la atención repercute en la satisfacción de los usuarios. Parece que los usuarios más satisfechos son los atendidos con metodología enfermera. El grado de satisfacción de nuestros pacientes con la atención de enfermería es alto, los CS con mejor puntuación tiene un índice de satisfacción mayor del 95.5%.
La utilización de PC implica mejor atención y satisfacción mayor.¿Podríamos relacionar la satisfacción con las enfermeras con los resultados en salud? Nos gustaría seguir investigando para ver si los usuarios más satisfechos reciben una atención de calidad mayor.

AUTORES: Sonia López Palacios; N Alejo Bru; C Antón Barca; M García López; JM Sánchez García; G Trujillo Trujillo.

CENTRO DE TRABAJO: Direccion Asistencial Centro. Gerencia de Atención Primaria.

ID: 465

TÍTULO: LA BIOVIGILANCIA EN LA REPRODUCCIÓN HUMANA ASISITIDA; UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD

RESUMEN:
El sistema de Biovigilancia de reproducción humana asistida es una herramienta que permite notificar, registrar y transmitir información sobre los efectos y reacciones adversas graves que puedan haber influido o puedan influir en la calidad y seguridad de los gametos y embriones; y que puedan atribuirse a los procesos de obtención, evaluación , procesamiento, almacenamiento y distribución, así como toda reacción adversa grave observada durante la obtención, la aplicación de los gametos y embriones, y de la descendencia, que pudiera estar relacionada con su calidad y seguridad.
El artículo 35 del Real Decreto Ley 9/2014, de 4 de julio obliga a todos los centros o unidades que obtengan y apliquen gametos y embriones, así como los laboratorios de capacitación espermática y de fecundación in vitro a comunicar la existencia de cualquier evento o reacciones adversas.
En el año 2014 se creó el Registro de Biovigilancia de Reproducción Humana de la OCATT. El objetivo de dicho registro era recoger información sobre los incidentes y reacciones adversas detectados durante:

- La obtención y aplicación de los gametos y embriones.
- La recepción, evaluación, procesamiento, preservación y almacenamiento.
- La descendencia fruto de las técnicas.

Dicho registro no tiene un carácter punitivo sino mejorar la calidad y la Seguridad de los centros sanitarios que realizan actividades en el ámbito de la reproducción humana asistida.
Desde que se implementó el registro de Biovigilancia de la OCATT se han notificado más de 200 incidentes y reacciones adversas.
Para calcular el índice de notificación se analizó el número de casos de los centros catalanes según la actividad realizada, y se comparó con los datos de actividad de la Comisión Europea (C.E.) y de las notificaciones reportadas. Los datos analizados se corresponden al año 2015. Si tenemos en cuenta la actividad total notificada por los Estados Miembros, que es más de 2.100.000 (incluye ovocitos utilizados en técnicas de fecundación in vitro (FIV), semen para inseminación artificial y FIV, y embriones). En total se notificaron 172 reacciones adversas relacionadas con gametos donados. Obteniendo un porcentaje de notificación de 0,0001.
En el caso de Cataluña, durante el año 2015, según los datos de la Sociedad Española de Fertilidad, la actividad fue de algo superior a 28.000, y el número de reacciones adversas relacionadas con los gametos donados fue de 31. Obteniendo un porcentaje de notificación superior al global de los Estados Miembros (0,001).
A pesar de que el índice de notificación de Cataluña es superior al global de los Estados Miembros, se debe crear una cultura de Biovigilancia de reproducción humana asistida. Hay que formar y concienciar a los centros que, el objetivo de estas notificaciones, es mejorar la calidad y la seguridad del sistema y aprender de los errores, sin un objetivo punitivo.

AUTORES: RUTH BARRIO ORTEGA[1]; P GODINA PERIS[2]; Y ORTEGA MARTINEZ[3]; J DAVINS MIRALLES[4]; N RAMS PLA[5]; J TORT BARDOLET[6].

CENTRO DE TRABAJO: Organización Catalana De Trasplantes (Ocatt)[1, 6]; Dirección General De Ordenación Profesionales Y Regulación Sanitaria[2, 3, 4, 5].

ID: 466

TÍTULO: EQUIPOS AUTOGESTIONADOS: FOMENTANDO EL EMPODERAMIENTO EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA.

RESUMEN:
Según F. Laloux (Reinventar las organizaciones), las nuevas organizaciones surgidas a partir del estado de consciencia actual de la humanidad, se caracterizan por funcionar mediante equipos autogestionados donde las personas buscan la plenitud y escuchan su propósito vital para alinearlo con el de la organización.

Durante la reflexión estratégica para el periodo 2017-2019 surgen muchas aportaciones de profesionales de nuestra organización proponiendo una mayor autogestión de los profesionales. Con ello aparece la necesidad de elaborar un nuevo Modelo asistencial y organizativo que incluya el empoderamiento de los equipos de profesionales.
Definir y desplegar una sistemática de empoderamiento de los equipos de profesionales de forma que las decisiones se puedan tomar lo más cerca posible del lugar donde se da la asistencia.
- Identificar los requisitos para que exista empoderamiento, es decir, aquello que valora la organización como autogestión.
- Formar a los directivos y mandos intermedios para que sean facilitadores del empoderamiento de los equipos.
- Identificar equipos que ya funcionen de forma autogestionada para analizarlos y publicitar las buenas prácticas.
- Ofrecer competencias crecientes a aquellos equipos que quieran poner en práctica las buenas prácticas validadas.
- Se han definido los requisitos para que haya empoderamiento, es decir, el marco de actuación dentro de nuestra organización: definición de roles de los miembros del equipo, capacitación de los profesionales, autoevaluación y mejora contínua; y papel de los directivos y mandos intermedios como facilitadores.
- Se ha iniciado un proyecto de formación-acompañamiento para los directivos y mandos intermedios, con la ayuda de un consultor. En la medida en que, a través de este acompañamiento, se vayan perfilando nuevos requisitos, se añadirán a los anteriores.
- Se han Identificado 7 equipos que ya funcionan, en algún aspecto, de forma autogestionada; se están entrevistando para analizarlos desde el punto de vista de los requisitos establecidos previamente y para poder publicitar las buenas prácticas identificadas.
- Como conclusión, en un campo en el que no tenemos referentes cercanos, es importante descubrir entre todos qué significa empoderar a los equipos para la autogestión. Ello ha de implicar un cambio de paradigma para poder acompañar a los equipos, facilitar una estructura y una sistemática de trabajo que permita este espacio de empoderamiento de los equipos en los ámbitos que la organización considere oportunos en las circunstancias actuales.
La estructura jerárquica, aún tan presente en nuestras organizaciones, ya no resuena con la mayoría de los profesionales. Profesiones vocacionales, como las sanitarias, desempeñadas por profesionales que se sienten desconectados de sus propósitos personales en entornos que no les permiten desarrollar los mismos. ¿Puede ser ésta una de las causas de la desmotivación de los mismos?

AUTORES: Carme Mompó I Avilés; J Vilarasau I Farré.

CENTRO DE TRABAJO: Consorci Sanitari Integral.

ID: 467

TÍTULO: ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO ¿AVANZAMOS?

RESUMEN:
La urgencia extrahospitalaria es catalogada como un medio de mayor dificultad para la práctica de la higiene de manos. Este mito en parte proviene de las propias circunstancias de urgencia o emergencias y es un primer escollo a salvar cuando queremos mejorar la adherencia a la Higiene de Manos. Además los profesionales no conocen las infecciones que pueda tener el paciente derivadas de su atención sanitaria. Dentro de las estrategias de seguridad del paciente de nuestra organización se incluye la observación directa del cumplimiento de HM en nuestros centros de urgencias y dispositivos móviles. En 2017 se obtuvo un cumplimiento global del 20,9%.
Evaluar el cumplimiento de higiene de manos:

- Global
- Según indicaciones
- Por tipo de unidad
- Por categoría profesional
- Evaluar técnica empleada en las acciones positivas.

Evaluar el uso de guantes en los casos en que no se realizó HM.
Estudio observacional, prospectivo, descriptivo de observación abierta. Muestreo estratificado por conveniencia de las unidades funcionales y dispositivos asistenciales a observar y aleatorio de los profesionales observados por unidad. Se han recogido observaciones en 5 unidades funcionales, incluyendo 4 UVI, 2 VIR, 4 SUAP, 4 UAD Médicas, 2 UAD Enfermería y 4 SUAP.
Observaciones: siguiendo metodología OMS (5 momentos). Observadores formados y validados para disminuir variabilidad interobservador. Turnos de observación de 4 horas por observador/dispositivo/día.
Se han recogido 536 oportunidades de HM (178 en SUAP, 44 en UAD Médica, 33 en UAD Enfermería, 112 en VIR y 169 en UVI) oportunidades por 11 observadores durante 132 horas de observación. 236 observaciones corresponden a médicos, 167 enfermeros y 133 técnicos.
El análisis se ha realizado con Excel y Epidat. El cumplimiento global de higiene de manos fue del 32,27%.
Por momentos antes del paciente el fue 24,24%, antes de técnica aséptica 17,44%, después del riesgo de exposición a fluidos 21,13%, después del paciente 28,89% y después del entorno 46,43%.
Por profesionales se observó un 37,02% en médicos, 31,74% en enfermeros y 24,43% en técnicos.
Por tipo de unidad el resultado fue SUAP 41,24%, UAD Médica 31,82%, UAD Enfermería 6,06%, VIR 33,93% Y UVI 26,95%.
Un 84,88% de las acciones de HM fueron con hidroalcohol. El 83,53% de las veces que no se realizó HM se llevaban guantes. En un 15,12% de las oportunidades observadas no se realizó HM ni se usaron guantes.
CONCLUSIONES:
La adhesión a la HM fue mayor que en 2017: estamos avanzando. Aunque parece que la estrategia esta siendo efectiva aún tenemos un amplio margen de mejora. Sería positivo establecer una estrategia orientada a los dispositivos de menor cumplimiento y una mayor implicación de las enfermeras.
El método preferido fue el hidroalcohol, lo que es coherente con la observación en dispositivos móviles. El uso de guantes puede interferir en la higiene de manos y dar una falsa sensación de seguridad para la prevención.

AUTORES: Sara Navarro Santos; R García Martínez; Y Castillo González; MB Melero García; C del Campo Cazallas; I Prieto Barrio.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 468

TÍTULO: UNIDAD DE ORTOGERIATRIA, UNA ACTIVIDAD MULTIDISCIPLINAR

RESUMEN:
En España se estima una población de riesgo para la fractura de cadera de más de 2 millones de personas. Las estimaciones globales indican que el 40% de las mujeres y el 13% de los hombres >50 años sufrirán una fractura por osteoporosis. Las FLS (Fracture Leasons Services) o Unidades de Coordinación de Fracturas, han demostrado ser las más coste-efectivas para la prevención secundaria de fracturas. Pieza clave en la labor de coordinación es el papel de la enfermera de Ortogeriatría. Nuestra Unidad tiene el reconocimiento de la Internacional Osteoporosis Foundation. Analizar la labor de una Unidad de Ortogeriatría y los resultados obtenidos, destacando la función de coordinación, educación sanitaria y prevención de caídas de la Enfermera de Geriatría. El estudio realizado en 2015 y 2016, se basó en la descripción del trabajo en equipo y de coordinación que realiza la FLS. Se realiza la identificación, asistencia, factores de riesgo de osteoporosis y de caídas. Seguimiento de tratamiento para la fragilidad ósea.
RESULTADOS:
- Funcionalidad previa y posterior a la caída a través de la Escala de Barthel: Los pacientes pasaron de ser moderadamente dependientes previamente a la fractura de cadera a ser severamente dependientes tras sufrir la fractura.
- Déficit de Vitamina D: En torno a un 90% de la población estudiada tenía un déficit de Vitamina D sin observarse diferencias por grupos de sexo ni edad.
- Adherencia al tratamiento de la Osteoporosis: Se produjo un aumento significativo en la adherencia al tratamiento de la osteoporosis. En 2015, transcurridos 6 meses y 12 meses de la fractura tan sólo un 14,1% y 8,7% respectivamente, continuaba tomando el tratamiento; mientras que en 2016 pasado el mismo periodo de tiempo, un 50,6% y un 21'3% aún tomaba el tratamiento para la osteoporosis.
- Caídas previas: 86,7%
- Mortalidad:
o Mortalidad transcurridos al año de la intervención: 26,2%
- Estancia media: Descenso de la estancia media hospitalaria en una comparativa de años del 2013 al 2016:
o Tiempo de estancia total en 2013: 14 días
o Tiempo de estancia total en 2014: 12,8
o Tiempo de estancia total en 2015: 10,36
o Tiempo de estancia total en 2016: 9
CONCLUSIONES:
1.- El principal factor de riesgo de sufrir una caída es haber tenido una caída previa
2.- La mortalidad al transcurrir un año de haber sufrido una fractura de cadera es del 26%
3.- El déficit de Vitamina D en la población estudiada es del 90%
4.- Mayor Adherencia al tratamiento de la Osteoporosis
5.- A mayor deterioro funcional y cognitivo previos, mayor riesgo de muerte
6.- El trabajo en equipo de las FLS mejora la relación coste- efectividad del proceso de la fractura de cadera en la población geriátrica.

AUTORES: Inma Navarro Masegosa; G De Febrer Martínez; C Cros Garrido; G Otón Aguilar; P García Peña; C Martínez Álvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

ID: 469

TÍTULO: NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE INCIDENTES DE SEGURIDAD: HACIA UN HOSPITAL SIN PAPELES. EXPERIENCIA DE HOSPITAL PEDIATRICO

RESUMEN:
La Seguridad del Paciente (SP) es primordial en las instituciones sanitarias, se traduce en estrategias, planes y líneas de actuación no sólo a nivel mundial sino también nacional, está presente en los procesos asistenciales. Sabemos lo importante que es esta cultura, es algo que no se crea de forma rápida, es necesario un clima de confianza dentro de la organización, comunicación bidireccional entre profesionales y garantizando la confidencialidad de pacientes y profesionales.
La notificación de incidentes de seguridad es el primer paso, fundamental y necesario para conocer nuestros errores y aprender de ellos, enfocándose siempre a la mejora del sistema.
- Realizar seguimiento de implantación de herramienta electrónica (HE) para notificación de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM)
- Asegurar el paso de papeles a HE con la menor pérdida posible de notificaciones
- Monitorizar indicador contrato gestión (CG)
- Impartir formación sobre manejo de HE
- Mejorar la gestión de IS y EM
El hospital cuenta con la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) como principal motor para impulsar este cambio. Desde su creación en 2008, lidera la SP con visión multidisciplinar al estar integrada por 16 profesionales de diferentes ámbitos: anestesia, preventiva, UCIP, urgencias, radiología, laboratorio, calidad y equipo directivo.
Las notificaciones se realizan desde 2009 en papel, por cualquier profesional mediante impreso establecido (UFR-IM-001) y según procedimiento de trabajo (UFR-PT-001). Además existen otros registros normalizados y aceptados por la UFGR para servicios de radiología, urgencias, oncohematología y UCIP, siendo gestionados por los responsables de seguridad del servicio (RSS). En los primeros seis meses conviven ambas formas de notificación: papel y electrónica.
La UFGR tiene planificadas reuniones anuales con objetivos propios y del CG, siendo uno de ellos la implantación de dicha herramienta. Fecha final implantación: 31-12-2017. Se planifican acciones formativas para la gestión IS (interna UFGR) y cómo notificar para los RSS.
Seguimiento del indicador en reuniones UFGR: 7
Control notificaciones papel (UFR-IM-004) hasta 30-07-2017: total 48
Control notificaciones electrónicas: 46 relativas a IS/42 relativas a EM
Formación: miembros UFGR (1 taller/4 horas); sesiones a RSS (10 sesiones/1 hora)
Resultado indicador CP 2017: bajo cumplimiento
La coordinación del proyecto y seguimiento en la implantación asegura un buen control del proceso, dando respuesta al indicador planificado.
La formación es un pilar básico y fundamental, no sólo para la notificación, sino también para la gestión de incidentes, unificando criterios y aportando capacidad de mejora entre profesionales.
La herramienta supone una mejora para medir IS y EM por la UFGR de forma sistemática.
El cambio de metodología supuso un reto no exento de dificultades, donde la UFGR debe ejercer y mantener su liderazgo para alcanzar los objetivos marcados por CG.

AUTORES: Ana Polo Parada; R Gómez de Merodio Sarri.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

ID: 470

TÍTULO: VALORACIÓN FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS CON FRACTURA DE CADERA.

RESUMEN:
Las fracturas de cadera en el paciente geriátrico conducen a una morbilidad importante, una disminución de la calidad de vida y un aumento de la mortalidad que se acerca al 25% al cabo de 1 año. En España se estima una población de riesgo para la fractura de cadera de más de 2 millones de personas. Debido al envejecimiento de la población, la incidencia se incrementará entre 2 y 4 veces durante las próximas décadas.

- Valorar los factores relacionados con la mortalidad del paciente con fractura de cadera a los 6 meses y 1 año de evolución.

Estudio transversal longitudinal mediante recogida de datos de la historia clínica. Desde enero de 2015 hasta junio de 2016. n: 295: 206 (2015) + 89 (1º semestre del año 2016). Criterios de inclusión: 1. Pacientes con fractura de cadera osteoporótica (baja energía). Edad ≥65ª, 2. Pacientes Ingresados en el servicio de traumatología en el periodo de estudio.
Se revisa la actividad realizada por la Unidad de Ortogeriatría. Se valoran: edad y género, tipo de fractura de cadera, días de estancia preoperatoria, postoperatoria y total. Destinos a la alta y exitus. Complicaciones geriátricas (delirium, incontinencia, estreñimiento ...) y traumatológicas (refracturas, anemización, infección de la herida...). Valoración geriátrica (Barthel, Lawton, Pfeiffer, Dowton).
El estudio estadístico se realiza con el paquete estadístico SPSS, v.23. Las variables continuas como media ± desviación estándar (DE). Las variables categóricas como porcentaje. Se ha analizado los factores asociados a la mortalidad a través de regresión logística, prueba ANOVA para comparar las medias entre diferentes variables. $p< 0,05$.
Las personas con fractura de cadera presentan una mortalidad del 26% en el primer año, sobre todo en los primeros 6 meses. La mortalidad intrahospitalaria se ha reducido a un 1 %.
A más tiempo de espera quirúrgica, mayor mortalidad a los 6 meses en el periodo estudiado con una $p< 0,05$
La alteración del foco de fractura postoperatorio es factor de riesgo de muerte ($p = 0,017$; Exp (b) = 14.022)
Si toma antiagregantes previamente a la fractura es factor de riesgo de muerte ($p = 0,027$; Exp (b) = 2,185)
Tener NO dependencia según el test de Barthel previamente a la fractura es un factor protector de muerte ($p = 0,047$; Exp (b) = 0,180)
Tener dependencia total según el test de Barthel al alta es factor de riesgo de muerte ($p < 0,001$; Exp (b) = 2.679)
Presentar delírium el ingreso es factor de riesgo de muerte al año ($P = 0,041$; Exp (b) = 2,727)
Tener dependencia grave en test de Barthel previo a la fractura es factor de riesgo de muerte ($P = 0,043$; Exp (b) = 2.316)
Los pacientes que ingresan en Sociosanitario tienen una mortalidad más elevada probablemente en relación con una mayor morbilidad.

AUTORES: Gabriel De Febrer Martínez; G Otón Aguilar; I Navarro Masegosa; C Cros Garrido; P García Peña; G Ramos Nadal.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

ID: 471

TÍTULO: NORMA PARA LA AUTORIZACIÓN DE CENTROS SANITARIOS: ASPECTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SIMPLIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESUMEN:
En el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma (CA), el régimen jurídico del procedimiento autorizatorio de centros sanitarios se configuró mediante diferentes decretos en la década de los ochenta (Decreto 183/1981, Decreto 118/1982), y con el paso de los años se hacía necesario actualizarlo, incluyendo aspectos básicos del Real Decreto estatal 1277/2003, así como aspectos novedosos relacionados con la calidad y la seguridad del paciente y la simplificación administrativa.
El objetivo del nuevo Decreto 151/2017, es hacer una revisión integral de la normativa vigente en nuestra CA, para dar cabida a aspectos establecidos por la normativa básica precitada, al tiempo que revisar los procedimientos de acuerdo con la creciente incorporación de medios telemáticos y los principios de simplificación administrativa.
Asimismo, son objetivos de este Decreto el establecimiento de los requisitos mínimos para la seguridad y calidad de la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos en los centros sanitarios, así como la promoción, mediante la renovación de la autorización, de la mejora continua de la calidad asistencial y de la protección de los pacientes para conseguir unos niveles de calidad y seguridad básicos en todos los centros de nuestra CA.
La elaboración del Decreto 151/20017 se ha realizado mediante el máximo consenso posible con colegios profesionales, administración, sindicatos y patronales. Para ello se han realizado reuniones y audiencias públicas con los diferentes agentes del sector.
El Decreto 151/2017 incluye el concepto de renovación de la autorización, que permitirá tener un registro más real de los recursos sanitarios existentes en nuestra CCAA. Asimismo, incluye muchos conceptos relacionados con la calidad y seguridad de los pacientes, en relación a las actuales recomendaciones de instituciones internacionales como la OMS, la Joint Commission Internacional: higiene de manos, identificación de pacientes, sistema de notificación, responsable de vigilancia de productos sanitarios, entre otros.
Reconoce conceptos y realidades como la existencia de centros integrados en otros o los espacios multiconsulta, así como los centros sanitarios ubicados en centros no sanitarios.
Establece de forma clara la necesidad de la autorización sanitaria previo a obtener una licencia municipal e incluye elementos normativos que han aparecido últimamente, como el cumplimiento de la Ley de protección al menor.
Finalmente, facilita los procedimientos administrativos, mediante la inclusión de la tramitación conjunta de los depósitos de medicamentos, de la tramitación electrónica y la gestión del procedimiento a través de las Oficinas de Gestión Empresarial.
Con la publicación de este Decreto se actualiza los requerimientos para la autorización de centros sanitarios, incluyendo aspectos que consideramos básicos para el funcionamiento de un centro sanitario, con el objetivo de garantizar la calidad del mismo y la seguridad de los pacientes que se atienden.

AUTORES: Pilar Godina Peris[1]; Y Ortega Martínez[2]; N Rams Pla[3]; J Davins Miralles[4]; R Barrio Ortega[5].

CENTRO DE TRABAJO: Departament de Salut[1, 2, 3, 4]; CatSalut[5].

ID: 472

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y MEJORA DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

RESUMEN:
Conocer la satisfacción de nuestros pacientes, es un factor fundamental para evaluar el funcionamiento global del Servicio de Rehabilitación y establecer acciones de mejora de la calidad.
Conocer el grado de satisfacción de los usuarios del Servicio de Rehabilitación, y establecer acciones de mejora de la calidad y de seguridad.
Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El ámbito fue el Servicio de Rehabilitación de un Hospital de Tercer Nivel, que atiende a una media de 122 pacientes por día (unos 32.000 pacientes por año). Se incluyeron a todos los pacientes que finalizaron el tratamiento de rehabilitación y cumplimentaron el cuestionario. Se elaboró un cuestionario estructurado, con 24 ítems, validado con índice alfa de Cronbach y coeficiente de correlación intraclase, que fue entregado en el momento del alta del tratamiento. Variables de estudio sociodemográficas, administrativas, atención recibida, estado de las consultas, información y trato, identificación profesionales, tiempo de espera y grado de satisfacción global. Análisis estadístico con el programa SPSS Statistics 20.0.
Se incluyeron 207 pacientes, durante el periodo 2016 y 2017. La edad media (DE) fue de 58 (±16) años. El 61% de sexo femenino. La satisfacción global fue de 8,6/10. El 84,7% de los pacientes encontraron mejoría tras el tratamiento, el 96% recomendaría nuestro Servicio de Rehabilitación a otros pacientes y el 95% de los pacientes volvería a nuestro centro si pudiera elegir. De entre las variables estudiadas, muestran resultados favorables (> 70% bueno o muy bueno) información recibida, trato, tiempo dedicado, etc. Mientras que datos negativos, siendo áreas de mejora detectadas: tiempo de espera consulta (55,4%) y tratamiento (58,2%), servicio de transporte (50%), comodidad sala de espera (60,8%), informe de alta recibido (57%), así como presencia de facultativo de referencia ante cualquier evento relacionado con su problema de salud (57,5%).

La utilización de un cuestionario para la evaluación de la satisfacción de nuestros pacientes es una herramienta indispensable dentro del enfoque de la atención centrada en el paciente, calidad asistencial y mejora continua de nuestro Servicio. Si bien objetivamos un nivel de satisfacción alto de nuestros usuarios, se han llevado a cabo acciones de mejora detectadas, dentro del enfoque de mejora continua de calidad asistencial de nuestro servicio.

AUTORES: Jose Luis Mendoza Garcia; J Nieto Blasco; FJ Rubio Gil; MV Vicente Blanco; AB Calvo Vera; L Lobato Benito.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Salamanca.

ID: 473

TÍTULO: COMPETENCIAS Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA COMISIÓN DE VALORACIÓN MULTIDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA.

RESUMEN:
El ingreso de un paciente geriátrico en un centro sociosanitario requiere una valoración clínica, social y de necesidad de cuidados. Ésta se desarrolla en el seno de una Comisión Multicéntrica Sociosanitaria (CIMSS) formada por diferentes profesionales y gestionada por una administrativa desde hace más de 20 años. La CIMSS coordina las solicitudes de ingreso sociosanitario de nuestra Comarca compuesto por 3 Centros Sociosanitarios que pertenecen a 3 empresas de gestión diferentes.

- Conocer el funcionamiento de la gestión administrativa de la CIMSS de nuestra Comarca.
- Mantener un buen sistema de comunicación y de alianzas entre los tres centros sociosanitarios implicados.
- Dar respuesta al aumento de solicitudes en relación con el envejecimiento de la población.

La CIMSS se reúne semanalmente, teniendo una composición multicéntrica (un representante de cada centro) y multidisciplinar (médico, trabajadora social y enfermera). La secretaria de la comisión recibe diariamente les solicitudes (informe social y médico) procedentes de: atención primaria, hospital de agudos, Unidad Funcional Sociosanitaria de Geriatría (UFISS), y de otros centros sociosanitarios.
El procedimiento es el siguiente:

- Confección del acta de la reunión donde se registra cada solicitud (procedencia, edad, demanda, información médico i social, criterio que la comisión.
- Revisión de casos pendientes, marcando las acciones que resolver para la semana siguiente.
- Comunicación de las resoluciones. En caso positivo se añadirá a la lista de espera y en caso negativo se elaborará una carta argumentando dicho criterio y propuesta de reorientación.
- Gestión de lista de espera. Según disponibilidad de plazas de los diferentes centros se irá agilizando el ingreso siguiendo la lista de espera única y valorando la urgencia de la situación.

El incremento de las solicitudes respecto al número de plazas disponibles:

	Año 1998	Año 2002	Año 2008	Año 2012	Año 2017
Nº plazas	82	175	175	175	248
Nº Solicitudes	689	723	980	1.173	2.198

Incremento del 319% del número de solicitudes en los últimos 20 años.

- Las funciones de la secretaria de la comisión favorecen la buena coordinación entre los diferentes Centros, manteniendo canales de comunicación y alianzas con todos los ámbitos de procedencia de las solicitudes de ingreso.
- Aporta estructura, orden y coordinación para el funcionamiento de la CIMSS, donde se centraliza y se tramita la lista de espera única, favoreciendo una mejor gestión, eficacia y efectividad.
- Teniendo en cuento el incremento de las demandas, la CIMS ha continuado cumpliendo con el protocolo establecido por la Región Sanitaria sin aumentar la demora de la lista de espera.

AUTORES: Pilar García Peña; M Esteban Pérez; G Febrer Martinez; R Solé Fortuny.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

ID: 474

TÍTULO: ADAPTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA AL DECRETO QUE REGULA LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

RESUMEN:
La publicación del Real Decreto (RD) 625/2014, modifica los aspectos de la gestión y control de los procesos por Incapacidad Temporal (IT) en los primeros 365 días en los que la competencia de gestión recae en los médicos de los Servicios Públicos de Salud. Al año siguiente, la Orden ESS/1187/2015 desarrolla este RD, definiendo los nuevos modelos de partes médicos de baja/alta y de confirmación en los procesos de IT, así como la temporalidad de emisión de los mismos según la duración estimada del proceso.
- Adaptar el programa informático de Historia Clínica Electrónica (HCE) de Atención Primaria (AP) a los cambios que indica el R.D.
- Definir un módulo único en el que tanto AP como las Inspecciones Médicas (IM) trabajen en la gestión de la IT.
- Mejorar la comunicación entre AP e IM para facilitar la gestión conjunta de los procesos de IT de los ciudadanos de la Comunidad.
Desde las Direcciones responsables de los desarrollos informáticos, se nombran equipos funcionales para definir los distintos apartados del programa, la recuperación informática de los procesos previos de IT, las vías de comunicación entre IM y AP, así como la transmisión de ficheros con el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) como ente encargado de la prestación económica en estas situaciones.
El programa se desarrolla en entorno web, integrado en la HCE de AP y de acceso directo desde IM, contando con las normas de seguridad de acceso precisas. Se realizan las pruebas y las adaptaciones necesarias, se planifica la formación a los profesionales, el plan de contingencias y de resolución de incidencias y se marca una fecha de inicio de la nueva gestión.
El 19 de marzo de 2018 se inicia la gestión de todos los procesos de IT nuevos en el nuevo programa por todos los médicos de AP de la Comunidad.
Desde entonces (hasta 18 de mayo de 2018), se han iniciado más de 130.000 procesos (media de 2.700 procesos/día) y se han traspasado los procesos previos de más de 120.000 ciudadanos.
En este periodo, se han gestionado más de 1.800 incidencias y recibido otras 1.800 llamadas telefónicas solicitando información y/o de resolución de incidencias.
El nuevo programa informático supone una reducción del nº de visitas de seguimiento de los pacientes en IT ya que, por un lado, en los procesos de muy corta duración (menos de 5 días) en el mismo acto se emite el parte de baja y de alta, y en el resto y según la duración, se reduce en nº de revisiones (cada 7 días hasta ahora).
Se reducen además otros actos burocráticos puesto que la conexión con el INSS, hace que muchos procesos de alta o cierre, no te tienen que mecanizar por parte del médico de AP.
El desarrollo de un nuevo programa en entorno web permitirá, a corto plazo, que pueda ser utilizado también por médicos del ámbito de Atención Hospitalaria para el inicio y seguimiento de los procesos de su competencia según indica el RD.

AUTORES: Sergio Ruiz Alonso; M Casado López; D Malillos Pérez; B Becerril Rojas; M Vicente Del Hoyo; M Muñoz Balsa.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Adjunta De Procesos Asistenciales.

ID: 475

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DE CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA PREFERIDOS POR LOS PROFESIONALES DE UNA ORGANIZACIÓN

RESUMEN:
El diseño de un plan de comunicación requiere conocer la situación de partida e identificar los canales de comunicación más eficientes y que puedan tener mayor aceptación entre los profesionales.
Identificar los canales de comunicación percibidos como más adecuados por las personas de una organización en función del carácter y temática de la información.
Se ha realizado un estudio descriptivo transversal utilizando un cuestionario semiestructurado y autoadministrado. Se solicitó la colaboración de 145 informantes claves de la organización con diferentes perfiles: 17 directivos, 51 responsables de equipos de profesionales y 77 profesionales, tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria. El cuestionario incluye 11 preguntas abiertas que abordan necesidades y expectativas sobre comunicación interna en la organización. En relación a los canales utilizados para transmitir la información se solicita a los participantes que indiquen el canal más adecuado en función del contenido de la comunicación (estrategia, objetivos, guías, formación, convocatorias, personales, etc.). Se ha realizado un análisis descriptivo (número y %).
Respondieron 126 (86,9%) personas, 15(88,2%) directivos, 47 (92,2%) responsables de equipos y 64 (83,1%) profesionales. El correo electrónico (CE) fue el canal señalado como más adecuado para recibir información en todos los temas; la frecuencia con la que fue priorizado varió entre el 50,8% (estrategía) y el 81,7% (convocatorias). Las reuniones con la dirección/superiores jerárquicos también se identifican como canal preferente para comunicación de objetivos institucionales (51,6%) e individuales (59,5%). Los canales preferidos para formación son, además del CE (79,4%), el portal de salud (34,1%) y la intranet (39,7%). Los canales seleccionados para realizar interconsultas entre profesionales fueron el CE (63,5%), el teléfono (43,7%) e historia clínica electrónica (29,4%). En cuanto al medio para la difusión de guías, el 64,3% señaló al CE, el 53,2% la intranet y el 42,9% el portal de salud. El CE y el teléfono son los sistemas preferidos para la comunicar la realización de eventos personales (67,5% y 38,9% respectivamente) o reconocimientos y felicitaciones (72,2% y 28,6%), en este último caso también se propone la reunión con los superiores jerárquicos (28,6%).
Llama la atención que los medios más novedosos como la audio o videoconferencia y la mensanjería instantánea no se encontraran entre los canales priorizados con mayor frecuencia para recibir información, por debajo del 20% y del 25% respectivamente, en todos los casos.
El medio preferido mayoritariamente por los profesionales para recibir información relacionada con la organización es el correo electrónico, seguido de la intranet y el portal de salud. Los profesionales son más celosos a la hora de utilizar nuevas aplicaciones de amplia utilización en la sociedad, como las de mensajería instantánea en el entorno laboral.

AUTORES: Irene Ailing García Yu[1]; T Maté Enríquez[2]; M González García[3]; S Montero Alonso[4]; MJ Pérez Boillos[5]; JA Maderuelo Fernández[6].

CENTRO DE TRABAJO: Consejería de Sanidad[1]; Gerencia de Atención Primaria VAESTE[2]; Gerencia de Atención Sanitaria-AP Palencia[3]; Gerencia Regional de Salud[4, 5]; Gerencia de Atención Primaria Salamanca[6].

ID: 476

TÍTULO: MODELO DE GESTION POR COMPETENCIAS: ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS FICHAS "PERFIL DE PUESTO DE TRABAJO"

RESUMEN:
Nuestra organización tiene implementado un modelo de gestión por competencias que permite una gestión de recursos humanos con una perspectiva integral, con objetivos comunes y estableciendo un modo común de acceso. El modelo de gestión por competencias, cada vez mas vigente, supone un enfoque eficiente para obtener un elevado rendimiento y desempeño en las organizaciones.
En varias evaluaciones EFQM se detectó como área de mejora la actualización y creación de perfiles de puestos de trabajo y profesionales con el objetivo de alinear la formación y mejorar el desempeño.
Elaborar y actualizar los perfiles de los puestos de trabajo de la organización
- Revisión bibliográfica y del marco legal en materia de competencias.
- Revisión del documento previo para identificar y analizar los cambios dentro de cada uno de los perfiles.
- Priorización mediante Técnica Nominal de Grupo (TNG) de los perfiles profesionales a actualizar y líneas de trabajo.
- Creación de grupos de trabajo de equipos multidisciplinares, llevando a cabo una formación previa sobre metodología orientada a perfiles. Para el desarrollo de las tareas se ha llevado a cabo una modalidad mixta (presencial (4 reuniones) y virtual (vía email y espacios de colaboración virtuales) buscando la efectividad de las reuniones presenciales.
- Entrevistas semiestructuradas presenciales sobre funciones desempeñadas en el puesto de trabajo a 4 profesionales de cada una de las categorías
- Elaboración del nuevo documento de Perfiles.

Se ha realizado una actualización en base a la ficha de Perfil de Trabajo de la Norma UNE 179.002:2018 y de la nueva legislación vigente incluyendose ítems como nuevos requisitos necesarios para que pudiera ser una herramienta más útil en el Departamento de RRHH y aspectos que se han considerado como claves (MISION-VISION-FUNCIONES-TAREAS…)

Elaboración de las fichas de perfil de puesto de trabajo de los profesionales del Servicio Coordinador de Urgencias y actualización de las fichas de Médico, Enfermero y Técnicos de Emergencias Sanitarias en los diferentes recursos.
CONCLUSIONES
Las organizaciones más innovadoras se caracterizan por una alta valoración del saber y del conocimiento. La asociación entre el conocimiento y los puestos de trabajo ofrece la posibilidad de planificar en función de las competencias. Así se pueden cubrir de una forma más idónea los déficits formativos, se logrará una mayor adecuación entre la persona y el puesto que ocupa; Y sirve como base para la evaluación del desempeño y la asignación de productividad variable.
Consiguiéndose una mejora del servicio y mayor implicación de los profesionales ,y por ende, satisfacción del usuario y de los profesionales.

AUTORES: Patricia Fernán Perez; V Escudero González; L Martín Jiménez; V Soto Leo; C Mendoza Aritmendi; P Busca Ostolaza.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 477

TÍTULO: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA, PROYECTO 'SALUT AL CAP'

RESUMEN:
El colectivo de profesionales sanitarios es uno de los más vulnerables al padecimiento de estrés laboral, secundario a la realización de tareas de elevada responsabilidad con importante carga emocional.
El porcentaje de burnout en el colectivo es de entre el 17,1 i el 27 % según los estudios

Cada vez más experiencias demuestran que las personas equilibradas en sus dimensiones, física, psicológica y social son las que presentan un mayor y mejor rendimiento y desarrollo profesional.
Nuestra capacidad de concentración disminuye en relación al tiempo de realización de una tarea. Últimamente aparece en concepto de "presentismo" o horas en que el profesional está presente en su trabajo con un rendimiento subóptimo.
Existen ya empresas en diferentes ámbitos que se denominan "saludables", y que facilitan a sus trabajadores la mejora de su calidad de vida, con espacios que favorezcan cortos periodos de relajación, ejercicios para evitar el sedentarismo, e incluso fomentan la alimentación saludable.
Dotar a los profesionales que trabajan en nuestro Centro de Atención Primaria de espacios, consejos y actividades de corta duración que puedan realizar durante su jornada laboral sin prejuicio a su productividad y con la intención de mejorar su bienestar, su salud y el clima laboral.
Se implementará como experiencia piloto en un centro de salud semiurbano con buenos resultados en calidad asistencial y de satisfacción de los usuarios para posteriormente extrapolar esta experiencia a otros centros de la misma área de salud.
Sesión informativa a los profesionales del objetivo del proyecto y de los recursos que se ponen a su disposición.
Utilización fuera del horario de atención a pacientes del gimnasio de rehabilitación, dotado de bicicleta estática, colchonetas y espalderas, facilitando tablas de ejercicios, estiramientos, y sesiones bimensuales supervisadas por un fisioterapeuta.
Carteles en el interior de las consultas con estiramientos para no permanecer más de 2 horas sentados (tablas de 5-10 minutos) y grabaciones de sesiones de mindfullnes de 5 minutos autoadministrables.
Tablas de hábitos saludables, alimentación saludable y desayunos saludables en el área de descanso de personal

Creación de un decálogo , visible en diversos espacios, para recordar los hábitos necesarios para un buen equilibrio cuerpo-mente.
Una sesión mensual ,voluntaria ,de mindfullnes dirigido en horario de sesiones de equipo.
Se realizará un análisis antes-despues de la experiencia,valorando la autopercepción de salud y calidad de vida con el questionario CVP-35 y CO para Atención Primària autoadministrado (previo al inicio de la experiencia, a los 6 meses y al año de la misma).
Se valorarà la satisfacción de los profesionales, su grado de motivación y se espera que su percepción de riesgo psicosocial mejore respecto a enquestas previas

AUTORES: Lourdes Clotas Sancho; O Ochoa Gondar; F Calamote Manso; B Aranda Sánchez; E Arteaga Noriega; E Ainsa Abós.

CENTRO DE TRABAJO: CAP Sant Salvador.

ID: 478

TÍTULO: NUEVAS FIGURAS PROFESIONALES: LA ENFERMERA GESTORA DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN:
Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son unidades altamente tecnificadas, que atienden pacientes con elevado nivel de complejidad. Los tratamientos, cuidados y materiales clínicos se encuentran en continua evolución, y es necesaria una intensa labor organizativa para asegurar la disponibilidad de recursos, el adecuado reparto de cargas de trabajo, y el control de la calidad de los cuidados in situ.
En una UCI de un hospital de tercer nivel, con 34 camas distribuidas en cuatro salas de cuidados, se encontró necesario incorporar una figura profesional de apoyo a la labor gestora, enfocada principalmente en la gestión de los cuidados de enfermería, y coordinada con la supervisora de unidad.
Describir el perfil profesional, funciones y responsabilidades de la Enfermera Gestora de Cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel.
La figura de la Enfermera Gestora de Cuidados se incorpora tras un proceso de fusión de equipos para unificar la Unidad de Cuidados Intensivos.

El equipo de enfermería queda compuesto entonces por una plantilla de más de 140 profesionales, entre enfermeros y auxiliares de enfermería. Se hace necesaria una figura profesional referente, con capacidad de motivación, formada en un amplio campo de conocimientos, y que cuente con el respeto y reconocimiento de sus propios compañeros.
La Enfermera Gestora de Cuidados centra su atención en el paciente y su familia, garantiza del funcionamiento del entorno y los recursos materiales, tutoriza a los profesionales de nueva incorporación, facilita las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud, verifica el seguimiento y control de los Planes de cuidados y los Protocolos institucionales, así como todo lo relacionado con la Seguridad del Paciente.
Se ha encontrado alta aceptación por los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos. La figura de la Enfermera Gestora de Cuidados se ha incorporado posteriormente a otras unidades de alta complejidad, y con plantillas muy numerosas, como la Unidad de Urgencias y la Unidad de Críticos Cardiológicos.

AUTORES: Mª Jesús Mantilla Gordovil; EI Benito Concha; MI Ibañez Rementería; MP Álvarez García.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

ID: 479

TÍTULO: PSICOPATOLÓGIA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PROGRAMA DE RHB CARDIACA

RESUMEN:
El objetivo fundamental de la prevención secundaria de la Cardiopatía Isquémica (CI) es reducir la mortalidad y los acontecimientos cardiovasculares. Por ello, que los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC) incluyen pautas de actuación físicas, psicológicas y de control de FRCV. Estas medidas permiten controlar los factores de riesgo (FR), favorecen el regreso al trabajo, mejoran la calidad de vida y disminuyen la morbimortalidad asociada.
La atención psicoterapéutica en los programas de RHB en cardiopatía isquémica se basa en la búsqueda de los recursos psicológicos y entrenamiento de habilidades de afrontamiento a fin de aceptar la enfermedad. El apoyo psicológico se realiza a través de técnicas de terapia grupal, familiar o individual, así como sesiones de relajación y autocontrol. En un entorno ideal, la coordinación con otros equipos de salud mental aseguraría, si fuera necesario, la continuidad asistencial de aquellos enfermos que lo requieran, una vez finalizado el programa.
Describir las características de la población incluida en el programa de rehabilitación de nuestro centro.
Determinar la presencia de clínica ansioso-depresiva y patrón de personalidad disfuncional.
Estudio descriptivo restrospectivo.
Población: pacientes incluidos en el programa de RHC de nuestra unidad.
Período: Enero de 2017-Diciembre 2017.
Variables:
Epidemiológicas: edad, sexo, estado civil, familiares a su cargo, situación laboral.
Clínicas: tipo de coronariopatía y nivel de riesgo coronario.
Psicopatología: nivel de ansiedad y depresión según escala de Goldberg y patrón de personalidad tipo A según cuestionario específico.
Análisis estadístico: descriptivo. Las variables cuantitativas serán presentadas en forma de medidas de tendencia central y desviación estándar, y las variables cualitativas como frecuencias. Se aplicará el programa de SPSS®.
Fueron incluidos en el PRC un total de 50 Pacientes, 43 hombres y 7 mujeres. La edad media fue de 55±9 años.
El 75% estaban casados o vivían en pareja.
Un 68% formaban parte de la población activa y se encontraban en situación de ILT 50% y desempleo 12%.
El 46% presentaron enfermedad de 1 vaso, el 36% de 2 vasos y el 18 % de 3 vasos.
El 72% de la población tenía un riesgo coronario moderado.
El perfil de personalidad A fue detectado hasta en un 33%, con puntuaciones iguales o superiores a 6.
Los síntomas ansioso-depresivos se encontraban presentes en un 50% y en un 38% de los pacientes, respectivamente.
Conclusiones
La valoración de rasgos de personalidad A permite detectar patrones de conducta disfuncionales en pacientes con cardiopatía isquémica.
La determinación de la presencia de sintomatología compatible con síndrome ansioso y/o depresivo permite disminuir los efectos negativos y la morbilidad asociada.
El despistaje precoz de psicopatología asociada a la cardiopatía isquémica permite mejorar los resultados en PRC

AUTORES: Sofía Amorós Rivera; A Herrero Brocal; EA Sevilla Hernández; LC Garrote Moreno; AM Oñate Sánchez; M Gonzálvez Ortega.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Morales Meseguer.

ID: 480

TÍTULO: PRESCRIPCIONES INADECUADAS EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:
En un contexto demográfico como el actual, no es extraño atender en consulta a personas mayores, habitualmente diagnosticadas de varios procesos, que conllevan prescripción de numerosos medicamentos en muchas ocasiones.
Según el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 2009, se considera polimedicación al consumo de más de cinco fármacos, durante al menos seis meses. Se estima que en España el 33,7% de los ancianos cumple criterios de polimedicación. Es un criterio de fragilidad en el anciano y factor de riesgo de mortalidad y morbilidad, por aumento del riesgo de interacciones farmacológicas, efectos adversos, disminución de la adherencia terapéutica y mayor uso de recursos sanitarios.
En general, un fármaco se considera adecuado o apropiado cuando presenta una evidencia clara que apoya su uso en una indicación determinada, es bien tolerado en la mayoría de los pacientes y es coste-efectivo.
La utilización de los llamados Criterios STOPP-START, cuyo desarrollo clínico ha sido asumido por la European Union Geriatric Medicine Society, organizados por sistemas fisiológicos, ha demostrado una mayor sensibilidad con respecto a otros, y aporta el valor añadido de detectar no sólo la prescripción inadecuada por utilización de determinados fármacos sino también por falta de prescripción de medicamentos indicados.
Identificar prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) y omisiones de prescripción (OP) mediante los criterios STOPP/START y factores asociados en pacientes ≥ 75 años en un centro de salud de atención primaria.
Reducir eventos adversos asociados a medicación en el ámbito sanitario.
Identificar áreas de mejora en el registro en la Historia Clínica Electrónica (HCE).
Se extrajo, mediante aleatorización simple, una muestra de 300 pacientes mayores de 75 años. Se recogieron los datos a través de HCE. Se analizaron variables demográficas, número de procesos y de fármacos prescritos de manera habitual (cinco o más) y Criterios Stopp-Start. Se evaluó además el grado de cumplimentación de la HCE. Se realizó análisis estadístico con el Programa SPSS, mediante test no paramétricos, Correlación Rho de Spearman.
Media edad 82,43 años. Media procesos 9,93. Media tratamientos 8,07. Mujeres 64 %.
PPI 148. OP 149. Media criterios STOPP 1,04 y START 1,93.
STOPP más frecuente: prescripción sin evidencia que lo avale (44) o por periodo superior al indicado (14) y benzodiacepinas más de 4 semanas (17).
START más frecuente: ausencia de vacunación antineumocócica cada 5 años (56) o vacuna antigripal (32).
Registro inadecuado en HCE 33%. Medicación registrada en actividades preventivas 33%.
Se objetivó asociación estadísticamente significativa entre criterios START y número de tratamientos y entre Criterios STOPP y START.

La utilización de los Criterios Stopp-Start mejora la adecuación de la prescripción y la seguridad del paciente.

AUTORES: Miguel Perez Del Val; CC Moreno Castellanos; P Docampo Damea; MC Alonso Garcia; L Cobos Perez.

CENTRO DE TRABAJO: Centro De Salud Parada Del Molino - Gerencia Asistencia Sanitaria Zamora.

ID: 481

TÍTULO: DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA CODIFICAR CON TAXONOMÍAS ENFERMERAS EN DISPOSITIVOS MÓVILES DE EMERGENCIAS.

RESUMEN:
El uso de lenguajes estandarizados de enfermería aporta a la profesión distintas ventajas como la mejora en la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería, aunque los profesionales los perciben como poco ágiles y aplicables en nuestro medio (emergencias extrahospitalarias). El RD 1093/2010, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en su anexo VII, incluye la obligación de usar codificación NANDA-NOC-NIC en los informes de enfermería del SNS, también en las Urgencias Extrahospitalarias, por lo que se hace necesario desarrollar una aplicación informática que facilite su uso a los profesionales de nuestro servicio.
Desarrollo y puesta en marcha de una aplicación informática para integrar la codificación con taxonomías enfermeras en el informe clínico electrónico de las unidades móviles del servicio de Emergencias extrahospitalarias.
El desarrollo de la aplicación se realiza en dos fases:
1. Desarrollo teórico de los contenidos:
o Constitución de grupo de trabajo con enfermeros de distinto perfil: asistencial y gestor.
o Revisión taxonomías y selección de códigos (NANDA, NOC y NIC) según su aplicabilidad a nuestro trabajo excluyendo los que resultan imposibles de usar en nuestro medio o de registrar en historia clínica.
o Desarrollo de interrelaciones flexibles NANDA-NOC y NANDA-NIC, basadas en nuestra práctica profesional.
2. Desarrollo de la aplicación informática:
o Incorporación de desarrolladores informáticos al grupo de trabajo.
o Especificación de los requisitos deseables por parte de los profesionales de enfermería.
o Desarrollo de versión de prueba.
o Revisión por parte del grupo de trabajo, revisión de errores e implementación de mejoras.
El despliegue de la aplicación, una vez diseñada se realizó de la siguiente manera:
o Desarrollo de actividades formativas sobre proceso de atención de enfermería, lenguajes enfermeros y manejo de la aplicación.
o Desarrollo de guía de uso de la aplicación.
o Difusión a profesionales desde Dirección de Enfermería.
En enero de 2018 entra en funcionamiento la aplicación que permite a los profesionales de enfermería codificar con lenguajes enfermeros los informes asistenciales. En ella se incluyen 158 diagnósticos NANDA, 295 Criterios de resultado NOC y 325 Intervenciones NIC. Para facilitar el uso a los profesionales se añadió una descripción de todas las etiquetas incluidas en la aplicación de manera que puedan consultarse los significados de las mismas. Se decidió incluir también un buscador de texto para facilitar el acceso a cada etiqueta. Cada uno de los diagnósticos tiene asociadas interrelaciones con NOC y NIC. Estas interrelaciones no son cerradas, de manera que se permite el acceso a los listados completos siempre que el paciente así lo requiera. La aplicación también facilita registrar que se está realizando un seguimiento de plan de cuidados iniciado por otros profesionales o la presencia de problemas de colaboración.

AUTORES: Sara Navarro Santos; P Fernán Pérez; NM Rodríguez Rodil; J Martínez Gómez; A Barberá Gómez; Y Pérez Barba.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 482

TÍTULO: IMPLANTACION DEL PROGRAMA PROSP EN URGECIAS HOSPITALARIAS: REVISION DIARIA BOX CRITICOS

RESUMEN:
La seguridad de los pacientes debe ser un elemento central en la mejora de la calidad de la asistencia.
El abordaje de la prevención del riesgo y la detección de incidencias de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, se debe integrar entre las herramientas de la gestión del cambio de las prácticas profesionales, existentes para determinar sus causas y proponer mejoras que eviten su repetición.
Por otra parte la Misión asistencial del Servicio de urgencias es atender las urgencias y emergencias en un tiempo adecuado y con los recursos humanos y técnicos que disponemos y siguiendo los protocolos vigentes.
Por lo que se hace necesaria una estrategia de monitorización continua como instrumento clave que nos proporcione indicadores que sean medibles tanto cualitativa como cuantitativamente y estos indicadores nos darán unos resultados que serán el soporte para trabajar de forma PROACTIVA la seguridad de los pacientes en Urgencias.
General:
• Mejorar el control de las las revisiones del Box de Críticos de urgencias, implantando una aplicación inteligente. ProSP.
Específicos:
• Adaptar las variables de la base de datos del programa implantado previamente en los centros de atención primaria de nuestra gerencia territorial.
• Definir y validar mediante un proceso de consenso las variables de nueva creación.
• Analizar los resultados obtenidos en la prueba piloto.
• Evaluar la satisfacción de los profesionales como usuarios de la aplicación.
Se crea un grupo de trabajo de profesionales referentes del área de urgencias y referentes de calidad y seguridad.
Se les realiza una formación especifica y se planifican las reuniones de trabajo revisar variables y definir nuevas.
Estas variables se consensuaban con profesionales del resto de hospitales de nuestra empresa.
Planificación de la estrategia de implantación desde la dirección del centro, con un cronograma y unas acciones especificas que todos los profesionales implicados conocían y trabajaban.
Se realiza la prueba piloto que nos ayuda a comprobar la aplicabilidad y ha realizar algunas modificaciones.
Se configura el cuadro de indicadores a través del BO (Busines One), del programa proSp, que nos dará los resultados a tiempo real y nos permitirá conocer las incidencias que tenemos, poderlas gestionar y solucionarlas.
Queda definido un mapa de variables para el control de la revisión diaria del box de críticos de urgencias.
Se han formado referentes en urgencias que han sido los responsables de formar al 100% de las enfermeras del área.
La prueba piloto aplicación ProSP ha sido muy bien aceptada por los profesionales y nos ha permitido estandarizar el control de la revisión diaria del box de críticos de urgencias, monitorizar su ejecución, y gestionar de manera segura las incidencias. Siendo así el primer hospital que implanta el aplicativo ProSP para controlar un box de urgencias

AUTORES: Olivia Hernandez Villen[1]; M Olona Cabases[2]; S Uruen Pueyo[3]; C Jimenez Jimenez[4]; M Gens Barbera[5]; N Hernandez Vidal[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Joan XXIII[1, 2, 3, 4]; Calidad Gerencia Territorial Camp de Tarragona[5, 6].

ID: 483

TÍTULO: TEJIENDO REDES DE SEGURIDAD: AUDITORÍAS CRUZADAS POR REFERENTES DE SEGURIDAD DE ENFERMERÍA

RESUMEN:
El creciente interés por la calidad y la seguridad en la sanidad en las últimas dos décadas las ha convertido en una prioridad a nivel mundial. Dado que la actividad humana está ligada al error es necesario analizar las circunstancias que lo facilitan para intervenir sobre ellas. Siguiendo una de las líneas estratégicas para la seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud en el hospital se ha constituido la figura del Referente de Seguridad (RS). Profesionales asistenciales que reciben formación específica en seguridad del paciente y que deben liderar proyectos de mejora en la asistencia directa al paciente. El siguiente estudio presenta una experiencia piloto de diseño, planificación y ejecución de auditorías cruzadas en indicadores de seguridad del paciente realizadas por RS enfermeras.
Utilizar un programa de auditorías cruzadas entre referentes de seguridad sobre indicadores clave de la organización facilitando benchmarking para mejorar la seguridad de los cuidados.
Diseño: Estudio descriptivo transversal.
Muestra: Pacientes ingresados el día de la auditoría que se encontraban en la habitación en el momento del estudio. Se excluyó a los pacientes aislados o en situación terminal, como medida de seguridad y/o confort del paciente. .
Variables del estudio: Identificación correcta de los pacientes, de las vías de administración de fármacos y del etiquetado de medicamentos; correcto mantenimiento de las vías venosas periféricas (mediante la presencia de flebitis y la integridad del apósito), así como el correcto registro de la revisión de los carros de parada.
Procedimiento: Tras una sesión formativa se llevó a cabo la recogida de datos mediante ficha estandarizada diseñada adhoc.
Análisis de datos: Se utilizó el programa estadístico SPSS® 21.0
La respuesta a la convocatoria fue alta (82% de los RS). Se recogieron datos de 768 pacientes (92,7% correctamente identificados). Se evaluaron 678 vías (84,8% correctamente identificadas) y 412 fármacos (correctamente etiquetados el 65%). En la valoración de las vías venosas periféricas se observó flebitis en el 2,4% de las mismas y presencia de apósito íntegro en el 90,4% de las 621 vías venosas periféricas analizadas. El registro de la revisión de los carros era correcta en el 71% de los casos.
Como conclusiones podemos señalar que existe un área de mejora en los distintos indicadores analizados, que ha propiciado acciones correctivas con el objeto de mejorar la ejecución en las Unidades, incrementando la seguridad del paciente en último término. Se ha constatado la alta implicación de los RS, tanto en la respuesta a la convocatoria como en el interés demostrado en la actividad propuesta. Además la herramienta utilizada ha resultado ser útil como check-list para evaluar los indicadores de seguridad estratégicos de la organización, aunque se han detectado aspectos mejorables que se implementarán en las sucesivas auditorías.

AUTORES: Carmen Funes Molina; D Molina Villaverde; MD Puente González; MI Izquierdo Membrilla; MJ Ruano Santa Engracia.

CENTRO DE TRABAJO: HGU Gregorio Marañón.

ID: 484

TÍTULO: INFORMACIÓN DOCUMENTADA REQUISITO ISO 9001: HERRAMIENTAS PARA SU CONTROL

RESUMEN:
Nuestra organización mantiene un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) conforme a la norma UNE EN ISO 9001 desde el año 2000. En la actualidad cuenta en su alcance del certificado 7 Servicios: Lavandería, Farmacia Hospitalaria, Análisis Clínicos, Aprovisionamientos, Microbiología, Servicio de Admisión y Documentación Clínica y Unidad de Formación Continuada.
Uno de los criterios de la norma es la gestión por procesos y mantener información documentada para apoyar la operación de los procesos.
Describir la sistemática para el control de la información documentada originada en los Servicios que integran el SGC así como reflejar el beneficio que ha supuesto el diseño y programación de una base de datos para su seguimiento.
En el cumplimiento del Enfoque a procesos, uno de los principios de la Gestión de la Calidad, y del criterio 7.5 Información Documentada, de la norma ISO 9001:2015, la Unidad de Calidad de la EOXI gestiona el control documental tal que:
1. Diseña el procedimiento general de control de la información documentada
2. Formatea, revisa y archiva la totalidad de los documentos que elaboran los 7 Servicios del alcance del SGC.
3. Para la identificación, control y seguimiento de los documentos, tanto en vigor como los pasivos, se diseña y programa una Base de datos a través de la aplicación Microsoft Excel.
4. Publicación de la documentación del SGC en vigor en la Intranet de la EOXI.
El volumen documental que se deriva del alcance del SGC essignificativo, por lo que su control requiere de herramientas operativas y eficaces.
El diseño y programación de la Base de datos documental, utilizada en un inicio en 4 servicios, registra el documento, tipo, versión, fecha, activo, relación con documento principal, con su versión y fecha, motivo de la actualización.
La programación permite automáticamenteacceder desde un enlace de manera instantánea yvisualizar y trabajar en el documento que se requiera, independientementedel servidor en que esté alojado, lo cual repercute en un ahorro de tiempo, así como registrar y aportar información a los servicios del alcance del SGC de forma instantánea.
Concluye ser una herramienta eficaz que gestiona el volumen documental de:
 Análisis clínicos: 479 documentos en vigor y 485 en pasivo (desde el año 2001)
 Aprovisionamientos: 368 documentos en vigor y 369 en pasivo (desde el año 2007)
 Admisión y Documentación Clínica: 501 documentos en vigor y 494 en pasivo (desde el año 2014)
 Formación Continuada: 43 documentos en vigor y 9 en pasivo (desde el año 2017)
La publicación en la intranet de la EOXI de la información documentada en vigor es considerada igualmente una herramienta eficaz y eficiente, para los profesionales de los servicios del alcance del SGC.

AUTORES: Juliana Martinez Espiñeira; R Delgado Fernandez; A Fernandez López; B Millor Sanesteban; JA Pesado Cartelle.

CENTRO DE TRABAJO: EOXI Ferrol.

ID: 485

TÍTULO: DISEÑO DE UN PLAN FORMATIVO EN HUMANIZACIÓN PARA PROFESIONALES NO SANITARIOS MEDIANTE SIMULACIÓN CLINICA

RESUMEN:
El Plan Dignifica es un pilar sobre los que la Consejería de Sanidad ha determinado introducir la Humanización en la estrategia de instituciones sanitarias. Dando continuidad al proyecto se considera fundamental y necesario llevar a cabo un plan formativo para profesionales No Sanitarios, con contenidos que faciliten herramientas de humanización aplicables, que conlleven mejoras en la atención que prestamos
El proceso de comunicación con pacientes a veces supone una exposición de la persona y su intimidad, muchas veces susceptible de mejoras
La información adecuada, tanto clínica como no clínica, es requisito que los profesionales deben incorporar como parte fundamental del mismo
La intimidad es un aspecto que debemos garantizar tanto personal, como física
El Plan Formativo propone instaurar mejoras en la atención sanitaria que repercutan en la experiencia de las personas durante la atención hospitalaria, instándonos a cuidar especialmente los derechos y beneficios del paciente bien informado, participativo con alto nivel de satisfacción en la atención recibida
Implantar mejoras en el ámbito de la comunicación adecuando la información proporcionada
Garantizar el respeto a la intimidad de las personas que atendemos
Sensibilizar a los profesionales sobre la posibilidad de mejorar la información e intimidad
Generar autoanálisis y gestión emocional en los profesionales en torno al proceso asistencial identificando en él nuestra capacidad de intervención y mejora
Promover la actitud empática y adecuada comunicación en la relación profesional-paciente e interprofesional
La detección de necesidades formativas se llevó a cabo mediante entrevistas con los responsables de áreas de mayor frecuentación de pacientes: Urgencias, Consultas y Hospitalización, además se tuvo en cuenta las demandas expresas por profesionales del hospital y Atención primaria.
Habilidades comunicativas: relación profesional y paciente
Intimidad, trato y comunicación en el ámbito de hospitalización
Intimidad, trato y Comunicación en el ámbito quirúrgico
Intimidad, trato y comunicación en el ámbito de urgencias
Inteligencia Interpersonal
La oferta formativa se ha realizado de forma dirigida priorizando aquellos destinatarios de mayor impacto potencial en cuanto a las mejoras alcanzadas. La programación de estas actividades se desarrolla de manera coordinada con el equipo de instructores en Simulación. La metodología empleada se basada en el aprendizaje experiencial mediante casos o situaciones simuladas
Como resultado se están elaborando procedimientos y recomendaciones orientados al cambio de actitudes profesionales y mejora del entorno hospitalario que suele resultar extraño a las condiciones habituales del paciente. Las acciones puestas en marcha contribuyen a generar conocimiento, mejorar la calidad del trato, información, comunicación e intimidad, factores claves para una asistencia más humanizada de respeto de la dignidad y derechos de pacientes

AUTORES: Maria Armenteros Lechuga; Izquierdo Alcolea Begoña; Francisco Javier Redondo Calvo; Martinez Arce Alejandro; Leon Martin Alberto; Zurita Rosales Eduardo.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Ciudad Real.

ID: 486

TÍTULO: LIDERAR EL CAMBIO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA FILOSOFÍA LEAN

RESUMEN:
Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGR) forman parte de la estructura de la gestión de riesgos sanitarios en la Comunidad de Madrid (CM). El Hospital General de Villalba (HGV) cuenta con UFGR desde su apertura integrada por diferentes estamentos. Para notificar incidentes utilizamos la aplicación CISEMadrid de la CM
La baja notificación de incidentes junto con el escaso análisis de los mismos, y la cada vez menor participación en las UFGR nos hizo planteamos un cambio integral en el abordaje de la SP. Utilizamos como guía las premisas de la filosofía LEAN, que persigue la mejora constante y continua para ofrecer mayor calidad adoptando herramientas de planificación y gestión para eliminar actividades que no agregan valor
Reestructurar el abordaje de la SP, aumentar la participación y asistencia a las UFGR, aumentar el nº de incidentes notificados y analizados
Los cambios se planificaron antes de la 1ª UFGR del 2018; nos basamos en 8 premisas de la metodología LEAN con estos contenidos:
1.Pequeños cambios hacen la diferencia: diseño del logo de UFGR, 60 min por reunión, comida para los asistentes a la UFGR
2.Movilizar e involucrar al personal: cambios a profesionales de menor rango, nombramiento oficial, empoderamiento con organigrama, utilización de una app para la comunicación de la UFGR
3.Maximizar el beneficio por la participación interdepartamental: un objetivos de SP debe involucra a dos servicios diferentes
4.Vender los beneficios desde el primer día: informar en la UFGR del nº de incidentes notificados, analizados y medidas correctoras
5.Fijar objetivos: reflejados en el reglamento
6.El apoyo de la dirección es básico: tiempo liberado para asistencia a la UFGR;creación de la figura “asesor de SP”, preparación de contenidos previa a la UFGR
7.Medir resultados: definiendo indicadores
8.Celebrar el éxito: programada y presupuestada una UFGR con comida fuera del hospital a la entrega de objetivos
Comparando los 5 primeros meses del 2017 vs 2018: en 2018 la UFGR cuenta con 19 miembros; el 52,6% son directivos o mandos intermedios frente al 80,0% que lo eran en 2017. La asistencia media a las UFGR ha aumentado en 2018 del 70% al 80% de los integrantes; encontramos participación activa de todos los miembros de la UFGR. Todas las reuniones han terminado en el horario estipulado. El nº de incidentes notificados se ha multiplicado por 6, pasando de 19 incidentes notificados en los primeros 5 meses del 2017 a 120 en ese periodo en 2018. Se ha incrementado a 16 tipos diferentes de factores relacionados con los incidentes; en 2017 los incidentes se relacionaron solo con 6 tipos de factores. En todo el 2017 se notificaron 34 incidentes, solo 12 contaron con medidas correctoras. En los primeros 5 meses del 2018, el 68% de los incidentes están analizados y el 58% (n=70) cuenta con medidas correctoras en marcha
LEAN se ha mostrado como una herramienta facilitadora para la consecución de nuestros objetivos en muy corto plazo

AUTORES: Laura Rubio Cirilo; J Arcos Campillo; L Alfaro Cadenas; Jl Gracia Martinez; Mj Fraile Vilarrasa; F Guerra Gutierrez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General De Villalba.

ID: 487

TÍTULO: APLICANDO UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD QUE REVELA RIESGOS Y OPORTUNIDADES SIGNIFICATIVAS

RESUMEN:
El centro dispone 24 servicios certificados con ISO 9001. Este referencial fue revisado en 2015 adoptando el enfoque de la gestión de riesgos y la planificación estratégica, base de la gestión moderna de las organizaciones: se plantea ampliar el foco desde los 'requisitos de los clientes' a los 'requisitos de las partes interesadas' y de los análisis de las cuestiones internas (política, procesos, etc.) a los del contexto complejo en el que hoy en día se insertan. La nueva versión amplía el concepto de acción preventiva al análisis sistemático de los riesgos asociados a las actividades que se desempeñan y a la adopción de acciones para abordarlos. Esto suponía un reto en el hospital, acostumbrado a gestionar desde el punto de vista 'interno' las cuestiones relativas a la calidad.
- Diseñar un proceso ágil y claro que facilitase el cambio cultural, dotando de un marco documental homogéneo y un tutelaje del desarrollo del proceso para garantizar su consistencia y nivel de detalle.
Se desarrollaron varias sesiones para promover el cambio cultural y explicar los beneficios de orientarse a la prevención, mediante la identificación rigurosa de riesgos, su evaluación cuantitativa y la gestión a tres niveles: prevención, detección y contingencia.
- Se elaboró un procedimiento marco de Análisis del contexto y Gestión de riesgos y oportunidades con dos formatos: Matriz de análisis del entorno y Plan de riesgos, basados en el DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) y la metodología AMFEC, (análisis modal de fallos, efectos y criticidad), respectivamente. El procedimiento orientaba a la identificación de todas las partes interesadas y sus necesidades y expectativas.
- Análisis del contexto: se desarrolló una dinámica de contraste de la situación de cada servicio respecto a distintos factores (demográficos, políticos, culturales, económicos, etc.), que fueron clasificados como fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades y puntuados para priorizar la adopción de objetivos y acciones de mejora, para los dos primeros y de acciones correctivas y riesgos para los segundos.
- Análisis de riesgos (procesos operativos): se analizaron todos los modos posibles de fallo en cada una de las etapas de los procesos, valorándose la gravedad, probabilidad de ocurrencia y facilidad de detección temprana, y se abordaron acciones para minimizar todos estos valores.
- Realizar reuniones de trabajo con cada servicio, dirigidas por un facilitador, de forma que el análisis fuese homogéneo en todos los sistemas para desarrollar los riesgos en profundidad y al mismo nivel en cada uno.
Se realizó la auditoría externa en mayo, obteniéndose la recertificación de todos los servicios. En el informe de auditoría, se reseñó que la dinámica establecida para el análisis del contexto y la gestión de riesgo era muy robusta y constituía una fortaleza del sistema de calidad.

AUTORES: Inmaculada Guerrero Fernández de Alba; Z Soriano Gil; V Solano Bernad; M Trillo Martinez; M Moreno Escribano.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet.

ID: 488

TÍTULO: DISEÑO Y VALIDACION DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN

RESUMEN:
El desarrollo de un cuestionario o instrumento de medición en el ámbito de la Rehabilitación es necesario para poder establecer acciones de mejora continua de la calidad asistencial.
Diseñar y validar un cuestionario para valorar la satisfacción de la Atención recibida en un Servicio de Rehabilitación de un Hospital de Tercer Nivel.
Estudio transversal, realizado en un servicio de Rehabilitación de un Hospital de Tercer Nivel. Se diseñó y elaboró un cuestionario por parte de expertos mediante la técnica Delphi, para la validez facial se realizó un pilotaje mediante grupos focales (médicos, personal de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y pacientes). Se evaluó la fiabilidad (coeficiente de correlación intraclase) y consistencia interna (alfa de Cronbach). En una segunda etapa fue cumplimentado por 207 pacientes. El cuestionario consta de 24 ítems que evalúan 4 dimensiones: atención/relación, información/trato, infraestructura, y valoración general.
En la primera etapa el cuestionario obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach y coeficiente de correlación intraclase mayor a 0,8 mediante prueba piloto a un total de 40 pacientes. En una segunda etapa el cuestionario fue cumplimentado por 207 pacientes, con una edad media de 58 años (DE ±16), 61% mujeres. La escala mostró una buena consistencia interna en su versión final (alfa de Cronbach 0,82) y una adecuada estabilidad (correlación intraclase 0,8).

El cuestionario diseñado y validado mostró tener alta fiabilidad y validez para medir la satisfacción de los pacientes con las dimensiones de un Servicio de Rehabilitación de un Hospital de Tercer Nivel. Disponer de un instrumento que evalúe específicamente la satisfacción en este entorno puede aportar una importante información sobre las expectativas de los pacientes y lograr así cumplir los objetivos de nuestro Servicio, de alcanzar la mayor recuperación funcional e integración, reduciendo la discapacidad.

AUTORES: Javier Nieto Blasco; MV Vicente Blasco; AB Calvo Vera; L Lobato Benito; FJ Rubio Gil; JL Mendoza Garcia.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Salamanca.

ID: 489

TÍTULO: PROPUESTA DE CICLO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

RESUMEN:
El objetivo fundamental de la prevención secundaria en Cardiopatía Isquémica (CI) reducir posibles eventos cardiovasculares y mejorar la calidad de vida. Los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC) incluyen pautas de actuación física, psicológica y control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), que favorecen el regreso al trabajo, la calidad de vida y disminuyen la morbimortalidad.
La atención psicoterapéutica en PRC en CI se basa en la búsqueda de los recursos psicológicos y entrenamiento de habilidades de afrontamiento a fin de aceptar la enfermedad y potenciar una adecuada gestión emocional que disminuya los niveles de estrés y promueva la salud mental.
Determinar la presencia de clínica ansioso-depresiva y patrón de personalidad disfuncional de pacientes sometidos al PRC.
Describir los componentes de la intervención psicológica.
Identificar oportunidades de mejora en el proceso de atención psicológica en paciente con CI incluido en el PRC y determinar las intervenciones necesarias.
Estudio descriptivo restrospectivo del proceso “atención psicoterápica a los pacientes incluidos en PRC” de nuestra unidad durante enero 2016-Diciembre 2017.
Nuestro PRC incluye: acciones educativas de control de FRCV y programa de reentrenamiento al esfuerzo. El equipo de psicología está constituido por una psicóloga clínica que imparte la charla “Control del Estrés”, dos enfermeras de salud mental para sesiones de relajación.
Aquellos con sintomatología ansioso-depresiva según escala Goldberg, y/o rasgos de personalidad tipo A según cuestionario específico tras reentrenamiento, son remitidos para evaluación psicológica.
El psicólogo clínico explora más profundamente con batería de cuestionarios específicos. Según resultados y adaptabilidad del paciente, constituye el grupo de trabajo definitivo.
Componentes del programa: Psicoeducación, Relajación, Mindfulness, Reestructuración cognitiva y Gestión emocional.
Al finalizar se les administra post-test para evaluar los cambios y la satisfacción.
Se incluyeron en PRC 100 pacientes, de ellos 93 (80Hombres/13Mujeres) con edad media 55±9 años, completaron el programa.
La sintomatología ansiosa afectaba a más de la mitad y los síntomas depresivos y patrón de personalidad A (puntuación igual-superior 6) estaban presentes en más de la tercera parte.
Fueron constituidos tres grupos de intervención psicológica: Octubre-Noviembre 2016, Abril-Mayo 2017 y Febrero-Abril 2018, de 11 (10Hombres/1Mujer), 5 (4Hombres/1Mujer) y 8 pacientes (7Hombres/1Mujer), respectivamente.
Prácticamente todos completaron las sesiones con altos niveles de satisfacción, mejorando en capacidad de afrontamiento según los cuestionarios empleados.
Por tanto, un alto porcentaje de pacientes del PRC presenta sintomatología ansioso-depresiva y rasgos de personalidad A. El despistaje precoz de psicopatología asociada a CI y adopción de medidas preventivas como formar grupos de terapia contribuye a mejorar resultados.

AUTORES: Encarnación Araceli Sevilla Hernandez; S Amoros Rivera; LC Garrote Moreno; AM Oñate Sanchez; LM Giménez Giménez; M Gonzálvez Ortega.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Morales Meseguer.

ID: 490

TÍTULO: EFICACIA DE LA APLICACIÓN DE CIRCUITOS DE TRIAJE AVANZADO EN LA DISMINUCIÓN DE LAS DEMORAS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

RESUMEN:
El Triaje Avanzado es una estrategia de mejora de la priorización de urgencias. Consiste en la derivación del paciente a circuitos específicos de atención de modo que se aporte valor añadido al acto del triage buscando minorizar los tiempos de atención generales o específicos y/o aumentar la calidad total percibida por el paciente. En nuestro hospital el Triaje Avanzado lo componen seis circuitos: Biotecnología, Trauma menor, Fiebre en la infancia, Atención precoz al dolor y Paciente frágil y Sospecha de maltrato en el ámbito familiar (incluye el maltrato infantil, al anciano y violencia contra las mujeres).

Después de 7 años de aplicación se evalúan, haciendo especial hincapié en su eficacia, entendida como la disminución o no de los distintos tiempos de espera en el área urgencias.
Determinar si la aplicación del Triaje Avanzado disminuye los tiempos intermedios de espera en consultas de urgencias.
Determinar si la aplicación del Triaje avanzado disminuye el tiempo de estancia en el área de urgencias.
Estudio observacional retrospectivo de cohortes, entre los pacientes atendidos en urgencias del Hospital de Utrera durante un año. Se compararon los grupos de pacientes a los que se les aplicó el Triaje avanzado con aquellos pacientes susceptibles de haberle aplicado éste pero a los que se les aplicó Triaje convencional.
El estudio evaluó el impacto de la intervención en los siguientes tiempos Duración del triaje, Demora de primera consulta médica y Tiempo total de estancia en el servicio, tanto desde el punto de vista del proceso general de urgencias como de cada uno de los circuitos evaluados (Biotecnología, Trauma menor, Fiebre en la infancia, Atención precoz al dolor).
El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante test de comparación de medias (Levene y t-Student), para un nivel de confianza 0,05, (software estadístico utilizado: IBM SPSS Statistics 24).
Pacientes urgentes: 67678. Pacientes susceptibles de Triaje Avanzado 11041 (16,31%). Pacientes susceptibles de Triaje Avanzado a los que realmente se aplicó éste 5414 (49,03%).
Tras el análisis estadístico se comprueba que la media del tiempo entre admisión y alta de los pacientes con Triaje avanzado es significativamente INFERIOR que el de los pacientes con Triaje convencional, a la vez que presentan una mayor demora hasta primera consulta médica. Esta disminución del tiempo total de estancia no sucede en aquellos pacientes a los que se les aplica el circuito de Triaje avanzado de dolor o fiebre, al ser un circuito más cualitativo que cuantitativo. No hay diferencias significativas en el tiempo de triaje entre la aplicación o no del protocolo.

La aplicación de las intervenciones de EPA en urgencias disminuye el tiempo total de estancia, a la vez que dilata el tiempo de primera consulta médica sin una afectación notable del tiempo de triaje.

AUTORES: Juan Pedro Oliva Contero[1]; J Oliva Contero[2]; C Solórzano Pérez[3]; F Tacón Reina[4]; A Torres Gómez[5]; M Aguilera Guerrero[6].

CENTRO DE TRABAJO: Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir. Hospital De Alta Resolución De Utrera[1, 4, 5, 6]; Universidad De Sevilla[2]; Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir[3].

ID: 491

TÍTULO: ACTIVA AL PACIENTE: POR FAVOR, ¿SU NOMBRE Y APELLIDOS? TRABAJANDO POR UNA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA

RESUMEN:
La correcta identificación del paciente sigue siendo una prioridad en nuestras líneas asistenciales de seguridad del paciente. Toda intervención y estrategia que hagamos para disminuir el riesgo de identificación incorrecta de los pacientes es fundamental para conseguir resultados óptimos y seguir avanzando en cultura de seguridad. Con la implantación de PDAs en los celadores para la identificación de pacientes antes de realización de intervenciones: pruebas, traslados…. garantiza la seguridad de los pacientes. Todo paciente tiene derecho a que se le identifique en las intervenciones que se le realicen que supongan un riesgo, y es responsabilidad del profesional su cumplimentación según protocolo establecido.Los eventos adversos relacionados con la inadecuada identificación puede tener daño importante al paciente.
Evaluar el grado de cumplimentación de la identificación del paciente en los profesionales y pacientes y/o cuidador principal.
Potenciar la formación del paciente en demandar que se le identifique
Fomentar el registro y análisis de eventos adversos. Sistema de registro único.
Identificar áreas del proceso susceptibles a mejorar y planificar actividades correctoras.

- Estudio transversal mediante cuestionario a partir de la observación directa en pacientes ingresados en Hospitalización.
- Visitas dirigidas a pacientes y/o familiares donde se le informa la importancia de estar identificado y que el profesional le pregunte como se llama y cuál es su fecha de nacimiento.
- Diseño de carteles formativos dirigidos a los pacientes y/o familiares, que se cuelgan en las habitaciones de los pacientes
- Se definen las situaciones de riesgo en las que el profesional tiene que realizar la identificación activa y el paciente pedirla.
- Se incorporan dispositivos móviles en los celadores para la identificación inequívoca de los pacientes.

En el año 2017 se realizaron 845 observaciones a diferentes profesionales: enfermeras, auxiliares y celadores; en las siguientes intervenciones: antes de administrar medicación, antes de obtención de muestras de sangre, antes de realizar actividades invasiva, antes de realizar pruebas diagnóstica, antes de realizar hemoderivados, antes de trasladar al paciente; con los siguientes resultados:
70% de cumplimentación en identificación activa
20% de cumplimentación pasiva
10% no se hace identificación
Definir intervenciones que tienen riesgo en los pacientes y en la que el profesional tiene que hacer la identificación activa y con soporte de las nuevas tecnologías como herramientas de trabajo, es fundamental para la seguridad de nuestros pacientes. Conseguir el compromiso de nuestros pacientes y/o familiares en su propia seguridad clínica, con iniciativas y líneas de trabajo que lo potencien: (Activa al paciente: por favor: ¿su nombre y apellidos? aumentan métodos seguros en las intervenciones y reducen eventos adversos.

AUTORES: Olga Martín Velasco; M Pajuelo Díez; R Blazquez Neila; M Sadik Nasseri; E De La Vega De La Puente; N Choukhal Montero.

CENTRO DE TRABAJO: Fundación Jiménez Díaz.

ID: 492

TÍTULO: EVALUACIÓN ECONÓMICA COSTE-UTILIDAD DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA 13-VALENTE EN MAYORES DE 65 AÑOS

RESUMEN:
Los resultados presentados en el estudio CAPITA, se presentan como una oportunidad en la vacunación de los adultos mayores y de aquellos que presentan enfermedades concomitantes, ya que puede resultar ser una elección soberanamente eficiente, desde la óptica del coste-beneficio, al reducirse los costes derivados de la asistencia primaria y de la hospitalaria, y desde el punto de vista del coste-efectividad, al presentar tasas inferiores de mortalidad.
El objetivo de este trabajo es la realización de una evaluación económica de la estrategia de vacunación frente a S.pneumoniae en la cohorte de población de 65 años de nuestra Área de Salud , mediante la vacuna neumocócica conjugada 13 valente frente a la no vacunación.
Se ha desarrollado un modelo económico simulado en forma de árbol de decisión, construido para evaluar el coste utilidad de la estrategia de vacunación, versus no vacunación, mediante un análisis probabilístico de Monte Carlo de 1000 muestras aleatorias. Se ha modelizado el número de total de neumonías neumocócicas tanto no invasivas (ambulatorias y hospitalizadas) como invasivas, así como el número de fallecimientos esperados. Se ha estimado el coste total del tratamiento médico de cada variante de la enfermedad neumocócica así como los costes totales de vacunación en la cohorte evaluada. Se ha establecido un horizonte temporal de hasta 10 años con una cobertura media del 60% .La utilidad se describe a partir del número de AVACs perdidos por neumonía neumocócica no invasiva ambulatoria y neumonía neumocócica no invasiva hospitalizada y los AVACs perdidos por ENI estimada a partir de los trabajos de Mangen. La eficiencia de la medida se ha estimado a través de un ratio coste efectividad incremental (ICER), en el que se ha calculado las diferencias en los costes y en los años de calidad de vida perdidos de cada alternativa. Los resultados del análisis se expresan como, el número de AVACs perdidos y el coste de cada estrategia. Se representan el número de AVACs perdidos de cada estrategia respecto la estrategia de no vacunar y el coste de cada estrategia respecto de la estrategia de no vacunación con VNC13.
Resultados
Streptococcus pneumoniae origina anualmente en nuestro Área de Salud un total 557,24 casos de enfermedad neumocócica, de los cuales 506,60 episodios son cuadros neumónicos. A partir del tercer año la vacunación a la población mayor de 65 años es una medida eficiente, con un coste por años de vida ajustados por calidad (AVAC) de 20.496,20 euros. El número de AVACs ganados en una década es de 86,07 y se evitaría el gasto de 216.252,89 euros con esta estrategia vacunal.
Conclusiones
La evaluación de los diferentes costes incrementales (AVAC y euros) en los años de seguimiento pone de manifiesto el programa de vacunación frente al neumococo a personas mayores de 65 años en Castilla y León es una medida coste eficiente.

AUTORES: Miguel López Gobernado[1]; E López García[2]; A Pérez Rubio[3]; JM Eiros Bouza[4].

CENTRO DE TRABAJO: Consejería de Sanidad Junta de Castilla y León[1]; Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste[2]; Hospital Clínico Universitario de Valladolid[3]; Facultad de Medicina. Universidad Valladolid[4].

ID: 493

TÍTULO: LIDERAZGO DEL PERSONAL SUBALTERNO EN RELACION CON EL EMPODERAMIENTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:
Según el Estudio ENEAS (2005), la incidencia de eventos adversos en relación con la asistencia sanitaria en el ámbito hospitalario está en torno al 8,4 %; las infecciones relacionadas con la atención sanitaria suponen un 21,2 % de los eventos adversos en el área médica, en torno a un 29,2 % en el área quirúrgica. Según el Estudio APEAS (2008), la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria está en torno al 8 %.

Generalmente se atribuye un papel secundario al personal subalterno en relación con la atención sanitaria, sin tener en cuenta que tiene contacto directo con el paciente en muchas ocasiones, lleva a cabo los traslados del mismo, contacta con su entorno inmediato, y, por tanto, es un posible medio de transmisión de gérmenes. Además, está presente en todos los ámbitos de la Organización y, por tanto, puede ser una persona clave que, de manera proactiva, participe en la prevención de la transmisión de infecciones.
Reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria.
Mejorar la adherencia a la higiene de manos.
Fomentar el uso adecuado de los guantes en el ámbito sanitario.
Mejorar la satisfacción de las personas de la Organización.
La OMS recomienda realizar una estrategia multimodal para la implementación de la higiene de manos en las organizaciones sanitarias. El personal subalterno, decidió sumar su participación a la implementación de la estrategia de higiene de manos en el Área de Salud.

Se planificó formación en higiene de manos y la implementación de la estrategia: identificación de “defensores de la higiene de manos” entre el personal subalterno, formación a nuevos profesionales, fomento de la adherencia a la higiene de manos y uso adecuado de guantes, identificación de riesgos y malas prácticas en relación con la higiene de manos, colocación y renovación periódica de cartelería relativa a higiene de manos, planificación de auditorías internas en relación con la higiene de manos, etc.
Además, su cercanía con el paciente facilita el contacto y posible transmisión de infecciones, pero también puede ser un eslabón en el proceso educativo del paciente en relación con la higiene de manos y su finalidad, evitar la transmisión de infecciones.
La participación y liderazgo del personal subalterno facilita la difusión del proyecto a todos los puntos de la Organización y la implementación de la estrategia multimodal de la OMS, mejorando la adherencia a la higiene de manos.

La alineación de objetivos e implicación de las personas de la Organización contribuye a mejorar los resultados. Además, la capacitación de las personas contribuye a incrementar su satisfacción.

AUTORES: Javier Perez Bailon; JC Centeno Ponce; TA Olea Barba; N Sandoval Bartolome; A De Castro Jarrin; MM Perez De Miguel.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial De Zamora - Gerencia Asistencia Sanitaria Zamora.

ID: 494

TÍTULO: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCIÓN PROFESIONAL ENFERMERA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

RESUMEN:
La biografía describe la influencia de la percepción profesional sobre el trabajador y sobre el resultado del trabajo realizado. Por tanto, conocer la autopercepción de los profesionales de enfermería permitiría medir de manera indirecta los resultados en salud de los pacientes.
Evaluar la fiabilidad y validez de la adaptación transcultural al castellano del BELIMAGE en Atención Hospitalaria
Diseño: Estudio de validación clinimétrica
Población de estudio: Enfermeras asistenciales con situación laboral estable, que aceptasen participar y cumplimentasen más del 70% del cuestionario excluyendo las
variables sociodemográficas y laborales
Se accedió a todo el universo poblacional proponiendo participar a todos los profesionales de los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud
Descripción del instrumento: Belimage es un instrumento diseñado para conocer la autopercepción profesional de las enfermeras Belgas. Está formado por 210 ítems estructurados en 4 bloques: Formación y Competencias, Cuidados de Enfermería, Equipo y Contexto en el que se aplican cuidados
Análisis de datos: La adaptación incluyó una fase de validación conceptual y lingüística del francés al castellano siguiendo la metodología de la traducción directa e inversa. La
validez de constructo se examinó mediante análisis factorial exploratorio (AFE) utilizando como método de extracción la factorización del eje principal con rotación
varimax. Posteriormente, se llevó a cabo análisis factorial confirmatorio (AFC) tomando como índices de ajuste la función penalizadora chi cuadrado, la hipótesis nula de un
error cuadrático medio de aproximación y su intervalo de confianza al 90% (RMSEA), el comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI).
En el análisis se utilizaron los programas IBM SPSS v.21 y AMOS 23
Participaron en el estudio 1053 enfermeras de 12 hospitales.
En primer lugar, se realizó un AFE con el 50% de la muestra (N=527) que permitió la obtención de la solución factorial explicaba el 69,17% de la varianza. Respecto a la consistencia interna 8 factores: Grado de competencia comunicación, Grado de importancia comunicación, Tiempo, Equipo, Grado de importancia de las aptitudes en los registros, Gestión, Importancia de los cuidados, Relaciones profesionales con el paciente, Formación postgrado obtuvieron valores superiores a 0,7 en el alfa de Cronbach.
Los factores trabajo en equipo multidisciplinar, Aporte personal de la formación, Formación continuada entre iguales, Relaciones con superior jerárquico y Trabajo multidisciplinar han alcanzado una fiabilidad alrededor de 0,5. El modelo empírico obtenido en el AFC fue elaborado utilizando el otro 50% de la muestra y mostró los siguientes resultados χ 2 relativo: 5,09; RMSEA: 0,087(0,085-0,089); CFI: 0,900; TLI: 0,907
Los resultados del presente estudio confirman la fiabilidad y la validez de la versión española del instrumento en una muestra representativa de enfermeras de la Comunidad de Madrid de Atención Hospitalaria.

AUTORES: Mª Nieves Moro Tejedor[1]; AM García Pozo[2]; M Medina Torres[3]; C Martínez Lopez[4]; MS de la Plaza Velasco[5]; F Trujillo Gallego[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón[1, 2, 3, 6]; Hospital Universitario Santa Cristina[4]; Dirección General de Planificación, Investigación y Formación[5].

ID: 495

TÍTULO: IMPACTO DEL PLAN ASISTENCIAL EN LOS CENTROS DE SALUD

RESUMEN: Durante periodos críticos del año existe la posibilidad de reforzar asistencialmente la atención en los Centros de Salud (CS) con profesionales de refuerzo. En 2016 con motivo del posible pico epidémico de la gripe se destinaron en una Dirección Asistencial 5 profesionales de medicina y 4 de enfermería. Una vez pasado dicho pico epidémico y con el fin de mantener los refuerzos de enfermería se decide diseñar un Plan Asistencial (PA) específico para dar apoyo a los profesionales de los CS.

Planificar las actuaciones de las enfermeras de refuerzo con el fin de mejorar la eficiencia de los CS con peores resultados en Contrato Programa de centro (CPC) 2016.

o Prevenir, detectar precozmente reagudizaciones de enfermedades crónicas.

o Implantar circuitos de atención altamente resolutivos en el primer nivel.

o Realizar sesiones docentes y apoyo individualizado a las enfermeras

Estudio descriptivo trasversal en DAC (01/01/2017 -31/12/17)

o Estrategias de difusión del PA:

 Presentación a las Responsables de Enfermería

 Realización de reuniones de trabajo con los enfermeros de refuerzo para definir actividades:

 Seguimiento del Paciente Crónico Complejo, Realizar seguimiento de los pacientes institucionalizados. Participar en actividades de Eps e intervenciones comunitarias del CS. Participar y apoyar en la formación pregrado del CS.

o Se enviara planning trimestral tanto a los (CS), como a la enfermera de refuerzo. Como línea general el refuerzo permanecerá 15 días en cada CS según necesidades asistenciales.

o Indicadores monitorizados:

o Calidad Científico Técnica:

 Cartera de Servicios Estandarizados (CSE)

 Personas con planes de cuidados (PC) en: población atendida, inmovilizados, mayor frágil

o Seguridad:

 Pacientes inmovilizados encamados con prevención de úlceras por decúbito (UPP) y con UPP

o Efectividad:

 Personas con resolución del PC por buena evolución

o Accesibilidad:

 Población atendida por Enfermera

En 2017 se han reforzado en 53% de los CS (26/49). En 2017 se ha mejorado en CSE en 23 CS (88,5%) y en los de personas con PC en 17 CS (65,4%). En los de Seguridad han mejorado en 20 CS (77%).En los de efectividad han mejorado en 17 CS (65,4%). En los de accesibilidad han mejorado en 25 CS (96%).

Conclusiones

Las actuaciones planteadas han mejorado los resultados de los CS evaluados. Creemos conveniente continuar en esta línea de trabajo.

Gestionar el conocimiento con un plan de formación y refuerzo de estas características supone incorporar conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas a las necesidades de las personas y los servicios que ofertamos. El refuerzo de profesionales motivados e implicados con las líneas de mejora de la organización ayuda a concienciar al resto de la importancia del registro.

Disponer de un sistema de información específico ha permitido realizar el seguimiento.

AUTORES: Montserrat Garcia Lopez; S Lopez Palacios; JM Sanchez Garcia; C Anton Barca; N Alejo Bru; G Trujillo Trujillo.

CENTRO DE TRABAJO: Direccion Asistencial Centro, Servicio Madrileño de Salud.

ID: 496

TÍTULO: SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS EN UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

RESUMEN:
La GAI de Albacete tiene establecido un SGC basado en ISO que desarrolla una serie de procedimientos generales (PG). Entre estos está el PG-05, basado en la valoración de la calidad percibida por las partes interesadas (retroalimentación del cliente). Esta metodología nos permite identificar las partes interesadas de cada y detectar las áreas de mejora.
Analizar las encuestas de opinión de las partes interesadas identificadas en cada una de las áreas que están certificadas bajo la Norma ISO 9001:2015.
Estudio descriptivo de la satisfacción de las partes interesadas identificadas en el año 2018 en las áreas certificadas (Radiodiagnóstico, Farmacia Hospitalaria, Servicio Información y Atención al paciente, Admisión, Anatomía Patológica y Laboratorios de Análisis Clínicos, CERM, Hematología, Microbiología, Biobanco y Gestión) de la GAI de Albacete.La satisfacción se mide mediante encuestas en cada unos de los servicios o áreas con escalas de valoración de satisfacción general de 0-10; existe en todas un apartado para sugerencias. Las partes interesadas pertinentes son identificadas por los servicios del alcance a las que se les mide la calidad percibida remitiéndoles una encuesta de satisfacción sobre el servicio prestado. La encuesta va acompañada de una carta personalizada de presentación e invitación para su cumplimentación firmada por el Director Gerente y el Coordinador de Calidad de la Gerencia.Las encuestas se remitieron desde de 1 diciembre a 10 de diciembre 2017; siendo recogidas hasta 31 de enero de 2018.
Se remitieron 303 encuestas: las tasas de respuestas fue: FEAs 22.44 %; Médicos de AP un 32.14 %; Los profesionales facultativos del 25.5 %; En el caso de la enfermería, en Atención Especializada representa el 75 %; Coordinadores de Enfermería Centros de Salud un 26.1 %; La satisfacción general en cada una de las áreas sería (escala 0-10): Radiodiagnóstico: Pacientes (8,72), Profesionales (8,00); Farmacia Hospitalaria Pacientes (8,44), Profesionales (8,25), Servicio Información y Atención al paciente Pacientes (6,63), Profesionales (5,80), Admisión Pacientes (7,76); Anatomía Patológica Pacientes (9,23), Profesionales (7,37); y Laboratorios Pacientes (7,76), Profesionales (8,22); Biobanco, Profesionales (9,50); y Gestión (8,97). Las áreas de mejora son: los tiempos de espera para la realización de las pruebas complementarias; la ampliación de carteras de servicios; la identificación de los profesionales ante los pacientes; la confidencialidad y la intimidad en algunos procesos asistenciales.
Conclusión. La valoración de la satisfacción de las partes interesadas pertinentes identificadas mediante encuestas en cada una de nuestras áreas certificadas constituye un elemento fundamental para determinar las mejoras que deben abordarse en las revisiones del SGC. Deberíamos considerar otras alternativas a las encuestas que pudieran mejorar la percepción de la satisfacción de nuestros procesos, sobre todo, con nuestros profesionales

AUTORES: Francisco Jesus Molina Cabrero; FJ Lucas-Imbernon; M Lopez Mañez; P Segovia Armero; MJ Ontalba Moraga.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCION INTEGRADA DE ALBACETE.

ID: 497

TÍTULO: INTERVENCIÓN SOCIAL DE UN EQUIPO UFISS (UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

RESUMEN:
El aumento de la expectativa de vida de la población junto con la mayor comorbilidad asociad a edades avanzadas, ha hecho incrementar su demanda asistencial y por tanto ha propiciado que el anciano requiera más atención urgente. El paciente de 65 años y más, constituye de acuerdo con los datos de la literatura, el principal usuario de los Servicios de Urgencias hospitalarios. Las tasas suelen ser variables según los autores, llegando cifras medias de 26% del total de las urgencias asistidas en estas unidades. Una vez en urgencias, generan proporcionalmente menos el doble de ingresos que los adultos de menor edad (27% frente al 13%).
La intervención de una Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria permite la valoración prematura de aquellos casos que llegan a nuestras urgencias y precisan no solamente atención sanitaria, sino también una intervención social.
Valorar de forma precoz aquellos pacientes geriátricos que precisan una atención en el Servicio de urgencias, para evitar ingresos Hospitalarios innecesarios, y proporcionar una atención integral para favorecer su recuperación tanto sanitaria como social, optimizando así los recursos utilizados en cada intervención.
Reuniones /Sesiones diarias con el equipo del Servicio de urgencias para conocer aquellos pacientes que llegan a este servicio por la noche o durante el día, para conocer cuál es su situación médica, sanitaria y social.
Realizar una primera valoración con todo el equipo UFISS, médico, enfermera y Trabajadora social, para conocer cuál es la realidad del paciente, tanto sanitaria, clínica y social.
Mantener la coordinación con el equipo responsable del paciente, su equipo de atención primaria, y su equipo en el Servicio de urgencias.
Acompañar a la familia durante el proceso e informar en todo momento del objetivo de nuestra intervención.
RESULTADOS
Las valoraciones realizadas por la UFISS en el servicio de Urgencias han crecido de forma progresiva, en 2014, se realizaron 240 valoraciones, y en 2017 fueron un total de 737 valoraciones.
De las 737 valoraciones realizadas en 2017 el 92,3 % ingresaron en una Unidad de subagudos Geriatría, el 3,9% volvieron a su domicilio habitual o residencia, el 2,4% ingresaron en el Hospital de agudos, y un 1,3% fueron exitus.

CONCLUSIONES
La valoración realizada a todos los pacientes fue una valoración geriátrica integral, orientado a los pacientes al recurso más adecuado en relación con su situación clínica y social.
La proactividad de la UFISS en el servicio de Urgencias se ha visto reflejada en el importante aumento de las valoraciones a lo largo del tiempo. Esto a su vez ha provocado un feed-back entre los servicios implicados.
El aumento de plazas en la Unidad subaguda Geriátrica ha permitido aumentar los ingresos procedentes del servicio de Urgencias en una alternativa a la hospitalización ordinaria, agilizando así las altas, y disminuyendo el tiempo de estancia en el servicio.

AUTORES: Carme Cros Garrido; G Febrer Martinez; I Navarro Masegosa; P García Peña; C Martínez Álvarez; G Ramos Nadal.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

ID: 498

TÍTULO: ENCUESTA DE CONSULTAS EXTERNAS: ¿QUÉ OPINAN NUESTROS USUARIOS?

RESUMEN:
Las Consultas Externas del Hospital son un área de actividad muy importante cuantitativa y cualitativamente hablando sobre el que nunca habíamos realizado ninguna encuesta.
Evaluar la opinión de nuestros usuarios sobre el funcionamiento de las Consultas Externas.
La encuesta se realizó utilizando un cuestionario en papel, sencillo y fácil de cumplimentar, que debían depositar en una urna tras finalizar la consulta. Valoraba las dimensiones fundamentales (demora en la cita, competencia técnica de los profesionales, trato y amabilidad, puntualidad, información, y por último, tiempo empleado en la consulta), la satisfacción global de la atención recibida y en otro apartado cuáles eran, a su modo de ver, los dos aspectos para ellos más importantes. Por último, texto libre para que nos indicaran en qué debíamos mejorar.
Los servicios, seleccionados en función del mayor número de consultas realizadas, fueron Alergología, Digestivo, Hematología y Oncología (Á. Médica) y Urología, Traumatología y Oftalmología (Á. Quirúrgica).
Se validó la encuesta obteniendo un Alfa de Cronbach >0,8. El trabajo de campo se realizó durante 4 semanas. El error medio para toda la muestra fue de 2,4%. Por servicios variaba entre un 5,7% y un 7,4% (aceptable hasta un 10%). La tasa de respuesta global ha sido de un 65,51%. Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS.
La satisfacción global media de la atención recibida (sobre 10) es de 8,74 (DT 1,56), variando por servicios entre 9,07 y 8,16. En esta misma pregunta, y de forma global, el 83,8% de los pacientes nos puntúa con 8, 9 ó 10.
Por preguntas, la mejor valorada es la que hace referencia al trato y amabilidad de la atención, 9,34 (DT 1,32), en segundo lugar la competencia técnica de los profesionales, 9,17 (DT 1,35) y en tercer lugar la información recibida, 8,88 (DT 1,63). En cualquier caso, la peor puntuación otorgada es un 7,50, equiparable a un notable.
Los pacientes consideran como aspectos más importantes, en primer lugar la competencia y conocimientos de los profesionales, (34,6% de los votos emitidos), en segundo lugar el trato y amabilidad (24,2% de los votos) y en tercer lugar la información recibida (20,7). Los dos aspectos menos valorados son la puntualidad en la consulta (6,35%) y el tiempo de dedicación en la consulta (solo un 3%).
En el apartado sobre qué debíamos mejorar el 24,3% de los comentarios se referían a la puntualidad en la consulta, el 19,6% a disminuir la demora en la cita, pero ya en tercer lugar aparecía con un 16,5% la categoría “todo correcto”.
Podemos concluir que: 1. los resultados obtenidos son muy favorables, 2. se ha producido una alta participación (tasa de respuesta 65,51%), 3. lo que más les importa a nuestros pacientes, por este orden son, la competencia técnica, trato y amabilidad y la información recibida, 4. con una mayor implicación de los profesionales en la entrega de los formularios el trabajo de campo hubiera durado menos tiempo.

AUTORES: Alberto Vegas; C Albaladejo; M Gonzalez; Mp Rodríguez; E Peláez; Jm García.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Unificada Valladolid Oeste.

ID: 499

TÍTULO: CAMBIEMOS EL FUTURO

RESUMEN:
Nuestra expectativa actual de futuro es que en 2050 morirá más gente por resistencia bacteriana que por cáncer, tal y como alertó la ONU en 2016.
El Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos plantea la necesidad de abordar el problema desde varios frentes, esencialmente la optimización del uso de antibióticos y la prevención de la transmisión de bacterias resistentes.
Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria suponen un 21,2 % de los eventos adversos en el área médica y en torno a un 29,2 % en el área quirúrgica, en el ámbito hospitalario (ENEAS, 2005), y un 8 % en atención primaria (APEAS, 2008).
La higiene de manos es la medida más eficaz para prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria y la transmisión de bacterias multirresistentes.
Reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria.
Reducir la transmisión de bacterias multirresistentes.
Mejorar la adherencia a la higiene de manos.
Como parte de la implementación en el Área de Salud de la estrategia multimodal de la OMS de higiene de manos, a comienzos de 2018 se llevó a cabo una autoevaluación, mediante un cuestionario que aborda distintos aspectos en relación con la higiene de manos: accesibilidad a la solución hidroalcohólica, infraestructuras y recursos para el lavado de manos, capacitación de los profesionales,.. Los resultados de la autoevaluación nos permitieron detectar algunos puntos críticos, que sirvieron para diseñar un plan de mejora, que decidimos establecer en base a la estrategia multimodal, incorporando metodologías que nos permitieran mejorar los resultados y optimizar los recursos, utilizando la gestión de proyectos.
Siguiendo la metodología Lean, se procedió a identificar puntos críticos en la implementación de la estrategia y normalizar un check list de verificación de requisitos.
Se estableció un plan anual de auditorías en relación a higiene de manos.
Se ha normalizado la figura del “Defensor de la Higiene de manos”.
Se ha fomentado activamente la participación en la estrategia de higiene de manos de las personas de la Organización.
Se ha normalizado la formación en higiene de manos en el Plan Formativo Anual, garantizando la misma a nuevos profesionales.
Se han establecido medios de difusión de la información, a todas las personas, en todo momento.
Se ha normalizado la utilización de recordatorios: cartelería, fondos de pantalla, boletines, etc.
Resultado de estas acciones, hemos conseguido una mejora progresiva de la adherencia a la higiene de manos y en los indicadores relacionados con la misma.

La gestión adecuada de proyectos, la alineación de objetivos, la planificación adecuada de actividades e implicación de las personas de la Organización contribuye a mejorar los resultados, reduciendo el consumo de recursos y mejorando la satisfacción de las personas.

AUTORES: Sila Macias Lopez[1]; J Mata Poyo[2]; Y Martin Vaquero[3]; Fj Montes Villameriel[4]; E Perez Bernal[5]; G Tejedor Gomez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial De Zamora - Gerencia Asistencia Sanitaria Zamora[1, 3]; Centro De Salud Zamora Norte - Gerencia Asistencia Sanitaria Zamora[2]; Gerencia De Asistencia Sanitaria De Zamora[4, 5, 6].

ID: 500

TÍTULO: ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISI DE LAS ENCUESTAS A LOS PACIENTES: OTRA VIA ÚTIL PARA MEJORAR UN PROCESO

RESUMEN:
Cada año a los pacientes que han recibido tratamiento en el servicio de Oncología radioterápica del ICO-Girona se les entrega un cuestionario al finalizar en el cual se les pregunta sobre 24 ítems relacionados con todo el proceso de radioterapia. A raíz del análisis de los resultados de las encuestas entregadas durante el año 2016 se observó que en 3 de los 24 ítems los resultados no eran satisfactorios. Se definió un plan de mejora para aplicar en 2017 de cara a mejorar los resultados.
Implantación de diferentes acciones para conseguir la mejora del proceso que se traduzca en el análisis posterior de los resultados de las encuestas de los pacientes.
Cada año a todos los pacientes que realizan un tratamiento de radioterapia se les entrega un cuestionario en el que se les pregunta sobre 24 ítems relacionados con el proceso. En el análisis de los resultados del año 2016 se objetivó que en 3 de los ítems (tiempo de espera entre indicación de tratamiento e inicio tratamiento, cantidad excesiva de personas en la sala de espera y entrega de la guía de acogida) los resultados no eran satisfactorios. Des del comité de calidad de nuestro centro y con la ayuda del seguimiento semanal de nuestro comité multidisciplinar, se diseñaron diferentes acciones para intentar mejorar los resultados. Estas acciones consistieron en un plan de contingencia para decidir que pacientes se tratan en los diferentes aceleradores lineales para así disminuir la lista de espera, recolocación de los pacientes en diferentes salas de espera y mejora del circuito de entrega de la guía de acogida. Al final del 2017 se analizaron las encuestas entregadas por los pacientes y se compararon los resultados con los del año anterior para comprobar si se observaba una mejora.
RESULTADOS: Las diferentes acciones de mejora realizadas y derivadas del análisis de los resultados de las encuestas de los pacientes del año 2016 han derivado en una mejora de la satisfacción global en el año 2017. Destacar que al comparar los resultados de los 3 ítems cuyos resultados eran más deficientes, todos fueron superiores en las encuestas del año 2017. CONCLUSIÓN: El plan de mejora diseñado y generado a partir del análisis de los resultados de las encuestas de los pacientes ha conseguido que, mediante la implicación de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso y con el seguimiento periódico de los diferentes comités de nuestro centro, los resultados sean superiores en el año 2017. Las encuestas a los pacientes pueden ser una buena herramienta para detectar áreas de mejora.

AUTORES: Àlvar Roselló Serrano[1]; A Eraso Urién[2]; D Jurado Buggerman[3]; S Flaquer Rifé[4]; G Trias Guardia[5]; Calidad Corporativa[6].

CENTRO DE TRABAJO: ICO Girona[1, 2, 3, 4, 5]; ICO Hospitalet[6].

ID: 501

TÍTULO: AUTOPERCEPCIÓN PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON LA IMPORTANCIA DE LAS COMPETENCIAS LABORALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

RESUMEN:
Las competencias profesionales hacen referencia a las capacidades para integrar y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes profesionales necesarias para resolver las situaciones que se plantean en la práctica asistencia. Por otro lado, la autopercepción profesional está directamente relacionado con cómo piensan y se perciben así mismas como profesionales
Describir la autopercepción de los profesionales de enfermería en relación a la importancia de las competencias laborales en el ámbito hospitalario
Diseño: Estudio descriptivo transversal
Población de estudio: Enfermeras asistenciales con situación laboral estable, que aceptasen participar y cumplimentasen más del 70% del cuestionario.
Se accedió a todo el universo poblacional proponiendo participar a todos los profesionales de enfermería de los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud.
Recogida de datos: A través de las diferentes responsables de las Unidades de Investigación en Enfermería se hicieron llegar a las enfermeras de los hospitales participantes el cuestionario Belimage, que un instrumento diseñado para conocer la autopercepción profesional en Bélgica. En uno de los bloques del cuestionario se evalúa la formación y competencias de los profesionales.
Análisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo en función de la naturaleza de las variables, los resultados se presentan con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y media y desviación estándar (DE) en las variables cuantitativas y en el análisis analitico se utilizó el test de Chi-Cuadrado
Participaron en el estudio 1053 enfermeras de 12 hospitales de distinta complejidad, siendo la edad media de 40,3 (10,02) años, eran mujeres 884 (84,5%) y la media de tiempo trabajando como enfermera era de 17,4(9,8) años. Tenían una buena autopercepción profesional 862 (81,86%) y 191 (18,14%) tenían una mala autopercepción.
Respecto a la importancia que dan a las competencias según su autopercepción se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las siguientes: Cumplimentación de registros (p=,045), Adaptación a los cambios (p=0,05), Comunicarse con el paciente (p=,001), Comunicarse con la familia/cuidador (p=,025), Comunicarse con las Enfermeras (p=,014), Comunicarse con los médicos (p=,010), Comunicarse con el resto del Equipo (p=,047), Educar/informar al paciente y/o familia (p=,031).
La autopercepción profesional está relacionada con las competencias vinculadas con Aptitudes Sociales/Comunicativas, así como con la importancia que los profesionales dan a éstas. Estas competencias constituyen uno de los pilares de la profesión enfermera, siendo la comunicación enfermera-paciente un indicador de calidad de la atención en el proceso de cuidar

AUTORES: Mª Nieves Moro Tejedor; AM García Pozo; M Medina Torres; M Solis Muñoz; S Arias Rivera; R Flores García.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 502

TÍTULO: ACERCÁNDONOS AL NACIMIENTO

RESUMEN:
Dentro de los factores que conforman el modelo actual de atención sanitaria, cada vez se valora más, tanto por parte de los pacientes como desde el punto de vista de los profesionales, el aspecto humano de la asistencia prestada. Los profesionales del Área Obstétrica creemos que las mujeres son el centro de nuestros cuidados, y trabajamos con dedicación para proporcionarles una atención de calidad, basada en el trabajo en equipo y en la mejor evidencia científica disponible. La alta sofisticación tecnológica utilizada a la hora de prestar la atención no debe ser el único "índice" utilizado para medir la calidad de nuestras actuaciones. En consonancia con esta filosofía, queremos que nuestra faceta más humana y emocional se haga especialmente visible para nuestras mujeres embarazadas y sus familias.
Contribuir a aumentar la calidad percibida de la atención que prestamos a nuestras gestantes (más de 2000 al año), favorecer la comunicación entre las mujeres, sus familias y los profesionales y conseguir cambiar la imagen por lo general fría de un hospital por otra más amable.
Se han puesto en marcha cinco proyectos: 1 "Yo escucho tu música, tú escuchas mi corazón", 2 "Conócenos y sonríe", 3 "Parto íntimo", 4 "Ya soy mayor" y 5 "Piel con piel en cesáreas". El primero de ellos aprovecha los beneficios de la música ("Efecto Mozart") durante las pruebas de monitorización fetal no estresante. Para la realización del segundo, se diseñaron unas chapas para colocar en los uniformes con un dibujo amable, que además identifican al profesional con su nombre y categoría laboral. El tercer proyecto consiste en el diseño de un cartel indicador en forma de disco, que se coloca en la puerta de las salas del Bloque Obstétrico, indicando si está libre, ocupada, precisa limpieza o no se debe entrar. Mediante el cuarto se permite el acceso a la Unidad de Hospitalización de Obstetricia a los hermanos del recién nacido menores de 12 años. El último proyecto pretende humanizar un acto quirúrgico tan importante como es la cesárea, permitiendo el contacto precoz entre la madre y el recién nacido.
La colaboración y la implicación de los profesionales de todas las categorías (médicos, matronas, TCAEs, celadores, personal de limpieza,…), en estas iniciativas ha sido muy alta y fundamental para su éxito. Tras la puesta en marcha de estos Proyectos, hemos evidenciado que tanto las gestantes como sus familias manifiestan su agradecimiento y se sienten mejor tratadas. Por otra parte, el conocimiento de los buenos resultados obtenidos con estas actividades en el Bloque Obstétrico, ha facilitado que tanto otras Unidades del Hospital como otras Áreas (Atención Primaria) hayan manifestado su deseo de "copiar" alguna de las iniciativas. Además, la satisfacción de todos los profesionales del Área Obstétrica es evidente.

AUTORES: Celia Albaladejo; R Bernardo; A Vegas; A Posadas; Mc Iglesias; V Martínez.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Unificada Valladolid Oeste.

ID: 503

TÍTULO: VALORES COMPARTIDOS: EL INICIO ES CONOCERNOS.

RESUMEN:
El auge del valor compartido en las decisiones en salud es el primer paso que nos ha llevado reflexionar sobre la necesidad de tener en cuenta la realidad de cada profesional y de cada paciente. El paso de una atención según demanda expresada a una atención planificada centrada en el usuario y la comunidad o la consideración de los profesionales como el activo principal/agentes de cambio tendrá el punto de partida en el conocimiento de cada realidad.
Conocer las necesidades expresadas por los usuarios de los dos centros y la opinión de sus profesionales para diseñar un proyecto de valor compartido y colocar al usuario en el centro del sistema para adecuar la oferta asistencial a sus demandas.
Estudio transversal realizado en dos días del mes de diciembre de 2017 en los dos centros semiurbanos dirigidos por el mismo equipo.
Se diseñó un cuestionario autoadministrado para los usuarios que acudieron a consulta en los dos centros, con variables demográficas (edad y sexo), una pregunta cerrada sobre el nivel de satisfacción (poco satisfactoria, buena, muy buena y excelente) y dos preguntas abiertas (¿Qué aspecto o aspectos mejoraría o cambiaría de este centro? y ¿Qué servicio o tipo de atención echa de menos?) que se agruparon por temas a la hora del análisis final.
También se realizó una encuesta de una única pregunta abierta de respuesta anonimizada a los profesionales de los dos centros sobre qué aspecto mejorarían a nivel asistencial.
A nivel de usuarios, respondieron un total de 126 usuarios, de los cuales 62,7% eran mujeres. El nivel de satisfacción fue poco satisfactorio en 5%, satisfactorio en 24%, muy buena en 48% y excelente en 23% con diferencias significativas entre los tres centros.
En los cuestionarios implementados por los pacientes, entre los aspectos a mejorar destacan: solicitud de aumento de cartera de servicios (28,3%), aumento de recursos humanos (22%), mejora en las instalaciones y en la accesibilidad (ambas 16,5%). La comunicación con los pacientes, la gestión del tiempo y la continuidad asistencial son los aspectos que obtuvieron menor puntuación en cuanto a necesidad de mejora(< 3%). El 23,8% de los pacientes enumeraron algún servicio o profesional que encontraron a faltar en sus centros.
Se obtuvieron un total de 34 respuestas de profesionales, entre los aspectos que mejorarían destacan la presión asistencial (32,9%, con diferencias significativas en los dos centros (61,5% vs 4,4; p< 0,001)), la gestión de las agendas (17%) y el incremento de la resolución (11,9%).
CONCLUSIONES
Sorprende favorablemente en el alto índice de respuesta de los profesionales y de los pacientes. A la vista de los resultados, se distingue claramente el diferente ritmo y grado de madurez de los dos equipos en sus aportaciones.
Esta experiencia piloto puede ser el punto de inflexión para iniciar formación a los profesionales en atención en la comunidad, decisiones compartidas y valoración de la persona desde la vertiente bio-psico-social. Habría que buscar foros de debate más apropiados para conocer las necesidades de los diferentes grupos de interés.

AUTORES: Filomena Calamote Manso[1]; L Clotas Sancho[2]; E Ainsa Abós[3]; B Aranda Sánchez[4]; C Blasco Galve[5]; O Ochoa Gondar[6].

CENTRO DE TRABAJO: C.A.P. Sant Salvador[1, 2, 3, 4]; C.A.P. Sant Pere i Sant Pau[5, 6].

ID: 504

TÍTULO: EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL LIDERAZGO DE SUS SUPERVISORES DESDE UN PUNTO DE VISTA TRANSFORMACIONAL

RESUMEN:
El liderazgo es un tema complejo y, mismo tiempo, fundamental en una organización debido a que es considerado una de las bases del éxito de dicha organización. Esta afirmación cobra peso si la aplicamos al trabajo del equipo de enfermería en un hospital, donde se aspira a la excelencia en los cuidados que se proporcionan a las personas.
El estilo de liderazgo transformacional está centrado en el papel del líder como agente del cambio, que promueve el compromiso y motiva al equipo. Los estudios realizados sobre este tipo de liderazgo demuestran que proporciona mejores resultados organizativos; una de sus características principales es su aproximación personal al trabajador, considerándolo una persona y no una herramienta para cumplir unos objetivos.
En el año 2016 desarrollamos un cuestionario para evaluar el liderazgo de nuestros supervisores desde un punto de vista transformacional. En él se recogen 41 ítems que analizan siete factores: carisma, consideración individual, estimulación intelectual, inspiración, tolerancia psicológica, participación y actuación del gestor.
El objetivo del presente estudio es conocer cómo percibe el equipo de enfermería el liderazgo de sus supervisores desde un punto de vista transformacional.
• OBJETIVO PRINCIPAL: Analizar la percepción del personal de enfermería sobre el liderazgo de sus supervisores de unidad.
• OBJETIVO SECUNDARIO: Reforzar, mediante programas formativos, los factores en los que se observan más carencias.
Estudio descriptivo transversal.
Para el estudio se utilizará la escala validada de liderazgo transformacional.
Se evaluará a cinco supervisores del Complejo Asistencial de Ávila: dos supervisores del área de Medicina Interna y Paliativos, el supervisor de UCI y Endoscopias, el supervisor de Bloque quirúrgico y el supervisor del área de Maternidad, Hematología, Ginecología, Cardiología y Nefrología.
El personal de enfermería (enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) de estas unidades suma 272 personas. De las cuales 157 son enfermeras y 115 son técnicos en cuidados auxiliares.
El cuestionario se enviará por enlace de WhatsApp y/o e-mail, y será anónimo.
Se admitirá la evaluación de los supervisores que obtengan al menos un 60% de cuestionarios realizados.
Los resultados analizan siete factores del líder: carisma, consideración individual, estimulación intelectual, inspiración, tolerancia psicológica, participación y actuación del supervisor.
Analizar cómo los equipos de enfermería valoran a sus supervisores es imprescindible para detectar los puntos fuertes y los débiles de los mismos, de esta manera se podrán potenciar unos y reforzar los otros.
Si la evaluación se hace dentro del paradigma transformacional, los datos obtenidos servirán para iniciar un nuevo modelo de gestión que desarrolle una colaboración cooperativa y potencie el trabajo en equipo.

AUTORES: Maria Virginia Sanchez Martin; B Sanchez Rodriguez; MC Rico Fontsaré; A Martin Antonio; MM Alfaro Martin; MS Martin Muñoz.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Asistencia Sanitaria de Avila.

ID: 505

TÍTULO: OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CAMAS DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBAL

RESUMEN:
La correcta gestión de camas conlleva una serie de tareas que se realizan en los distintos procesos (urgencias, programación, hospitalización, procesos de apoyo al diagnóstico, al tratamiento, traslados, limpieza, …). El rendimiento del recurso cama depende de la gestión eficiente de dichas tareas, de forma multidisciplinar.
Los servicios de admisión y documentación clínica (SADC) ordenan y coordinan las actividades que se producen alrededor de la asistencia con el fin de facilitar el acceso de la población a los recursos disponibles manteniendo los principio de equidad, accesibilidad y eficiencia en su utilización y garantizando la cohesión del conjunto de la organización frente al paciente.
Disminuir los días de hospitalización evitables y que el ingreso de los pacientes se produzca en el momento adecuado evitando los tiempos de espera innecesarios y en el lugar no deseado.
Mejora en el proceso de gestión de ingresos y altas del Hospital con el fin de que el ingreso del paciente en la Unidad mas adecuada se produzca con el menor tiempo de espera y Contribuir a la disminución de estancias innecesarias
Los trabajos se han desarrollado en 4 hospitales de un servicio de salud con intención de homogeneizar los criterios que utilizan.
Se han desarrollado sesiones de trabajo con profesionales implicados de servicios implicados para recoger su percepción sobre la gestión de altas: profesionales del SADC implicados directamente en la gestión de camas, Dirección Médica y Dirección de Enfermería, Coordinación de Calidad, facultativos especialistas en Medicina Interna, Cirugía General y Digestivo, supervisión de enfermería con experiencia en la supervisión de plantas, responsable de la coordinación de limpieza, Unidad de Trabajo Social, Coordinación de Transporte sanitario y responsable de la empresa encargada del mismo, representación de los servicios centrales del Servicio de Salud y personal técnico de Servicios Sociales

En estas sesiones han participado directamente un total de 52 profesionales
Se han extraído una propuestas, dirigidas a disminuir los tiempos de hospitalización evitables, consiguiendo una mayor atención a los pacientes con necesidades de ingreso (desde Urgencias, programados, de UCI,…) y un menor riesgo en pacientes que no necesitan dicho ingreso (seguridad), así como una carga de trabajo más equilibrada.

Se han recogido unos Principios básicos: compromisos consensuados, mínimos y transversales que deben regir el funcionamiento de una Unidad a la hora de gestionar su recurso cama: 1 Información de fecha probable de alta, 2. Detección temprana de riesgo social, 3. Educación sanitaria, 4. Conciliación de la medicación, 5. Coordinación de citas, 6. Previsión de altas, 7. Comunicación Interna Decisión de alta, 8. Comunicación de las altas previstas, 9. Coordinación de traslado y 10. Pauta al alta

AUTORES: Jose Luis Teja Barbero[1]; PA Corro Madrazo[2]; L Ansorena Pool[3]; I De Frutos Iglesias[4]; E Canga Villegas[5]; MP Alvarez Garcia[6].

CENTRO DE TRABAJO: Subdireccion de Desarrollo Y Calidad Asistencial SCS[1, 2]; Servicio Adminsion y Documentacion Clinica. Hospital Sierrallana[3]; Servicio Admision y Documentacion Clinica. Hospital Laredo[4]; Servicio Admision y Documentacion Clinica. Hospital Valdecilla[5]; Servicio De Medicina Intensiva. Hospital Valdecilla[6].

ID: 506

TÍTULO: TECNOLOGÍA WEB COMO SOPORTE PARA LA TOMA DE DECISIONES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:
El uso de indicadores permite objetivar aspectos relevantes de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación y mejora de la asistencia. Mediante la implantación de un cuadro de mandos, la dirección de una organización puede obtener una visión de conjunto del grado de adecuación de los procesos implantados y de los resultados clave alcanzados, y analizar la información con la suficiente velocidad y precisión para descubrir ventajas y tomar decisiones lo más precozmente posible. Es por ello muy importante buscar mejorar los sistemas de información ligados a estos procesos de decisión, aprovechando la aplicación de las nuevas tecnologías disponibles para su gestión.
Objetivos: construir un tablero o dashboard vía aplicativo web (Pentaho) de apoyo en el proceso de toma de decisiones, tanto a nivel global, para la alta dirección de un hospital de tercer nivel como por unidades, para los mandos intermedios implicados. Pentaho es un conjunto de programas, disponibles de manera libre, que permiten generar inteligencia empresarial (Business Intelligence), que disponen de herramientas integradas para generar informes, minería de datos, etc
Aplicación de un proyecto completo de Business Intelligence mediante un proceso en el cual se extraen datos relevantes para la organización, se transforman en indicadores y posteriormente se cargan en un tablero o Dashboard para realizar el posterior proceso de análisis y toma de decisiones (proceso llamado ETL: “Extract, Transform and Load”).
Por medio de la herramienta Pentaho Community, se construye un tablero dinámico que se alimenta de la historia clínica electrónica, siendo la descarga automática y permitiendo disponer de datos de manera casi instantánea. Para la selección de variables se constituye un equipo formado por Dirección de Enfermería, supervisora de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad y la enfermera responsable de Sistemas de Información.
Inicialmente, se incluye la selección de los indicadores de enfermería de Contrato de Gestión del hospital con el servicio regional de salud. Posteriormente, se completa el tablero con indicadores del ámbito asistencial (cuidados, actividad quirúrgica…), recursos materiales y personas, calidad y seguridad del paciente.
Los resultados, se muestran prácticamente a tiempo real (puesto que se descargan directamente de los registros de historia clínica electrónica), a nivel global del centro y a nivel de cada una de las unidades de hospitalización, disponiendo así los mandos intermedios de toda la información relevante para la gestión.
El sistema de dashboard o tablero de indicadores es una herramienta de carácter libre que ofrece la posibilidad de gestionar la información en tiempo real para mejorar la eficiencia del personal, acelerar la toma de decisiones, promover la práctica basada en la evidencia, agilizar el flujo de trabajo y reducir errores de seguridad en una organización sanitaria.

AUTORES: Diana Molina Villaverde; I Izquierdo Membrill; C Llorente Casado; M Medina Torres; R Flores Garcia.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 507

TÍTULO: ALIADOS

RESUMEN:
Las circunstancias que rodean la práctica asistencial han cambiado en las últimas décadas, cambios cada vez más rápidos, difíciles de abordar por estructuras rígidas como la de las Organizaciones sanitarias, en muchas ocasiones. Todo ello ha exigido un esfuerzo de adaptación, para tratar de dar respuesta a esas nuevas demandas. Ese mismo entorno que, en ocasiones, nos amenaza, nos ofrece oportunidades, como la posibilidad de gestionar alianzas con grupos de interés, cuyo objetivo es también preservar la salud de las personas.
Mejorar los resultados en salud.
Mejorar la seguridad del paciente.
Afrontar amenazas del entorno y gestionar alianzas que faciliten el desarrollo de proyectos en el ámbito sanitario.
A menudo, las dificultades del entorno que rodea la actividad sanitaria, como los cambios demográficos, el envejecimiento poblacional, la dispersión, la falta de recursos humanos,… hacen difícil asumir los retos del día a día. Una población envejecida, pluripatológica y polimedicada, en muchos casos, tiene un mayor riesgo de interacciones medicamentosas y prescripciones inadecuadas. Por otra parte, la actividad sanitaria cada vez es más compleja, todos los días se publican nuevas investigaciones, la evidencia cambia de un día para otro y no siempre es fácil actuar de la manera más adecuada.

El reto de este nuevo entorno nos hizo plantearnos la posibilidad de gestionar una alianza con un grupo de interés, accesible para profesionales y usuarios, distribuido por la geografía del Área de Salud y con capacitación para abordar problemas sanitarios, como es la Farmacia Comunitaria. Planteamos una propuesta a una Oficina de Farmacia del Área de Salud. Propusimos un estudio piloto, inicialmente en relación con la utilización de los Criterios Stopp-Start. A partir de ahí, vimos la posibilidad de ampliar el campo de acción y diseñamos nuevos proyectos en relación con otros problemas de la práctica asistencial, como la implementación del proyecto no hacer, abordando alguna recomendación relativa al uso de fármacos, como el uso inadecuado de inhibidores de la bomba de protones (IBP), programas de screenning cuyo desarrollo sea factible desde una Oficina de Farmacia, proyectos de investigación conjuntos,…
En el caso del proyecto relativo a la utilización de los Criterios Stopp-Start, la colaboración de ha permitido identificar interacciones y prescripciones inadecuadas.
La alianza en relación con la implementación de las recomendaciones del Proyecto “no hacer” relativas al uso adecuado de medicación, facilita la identificación de prescripciones inadecuadas de IBP y pacientes susceptibles de la retirada del mismo.

La gestión de alianzas con grupos de interés garantiza una atención más adecuada, refuerza la confianza del paciente, mejora los resultados y la satisfacción de las personas que intervienen en el proceso.

AUTORES: C Ramos Hernandez[1]; FJ Montes Villameriel[2].

CENTRO DE TRABAJO: Farmacia Comunitaria - Unidad De Calidad Gerencia De Asistencia Sanitaria De Zamora[1]; Gerencia De Asistencia Sanitaria De Zamora[2].

ID: 508

TÍTULO: JUNTOS

RESUMEN:
La apertura a la sociedad (a las organizaciones y a las instituciones sociales, a los líderes vecinales de opinión) forma parte de la nueva Gobernanza de las instituciones con el fin de ser más transparentes y más próximos a la ciudadanía, interactuando con ella para su mejor desarrollo. A esto quiere contribuir el Plan de Sociedad Civil en 4 Hospitales Públicos, encuadrado en la estrategia de "Beneficio para la sociedad: aspiramos a mantener relaciones estables y satisfactorias con nuestros clientes, para que nuestro trabajo aporte mayor beneficio a la sociedad". Nuestros clientes son toda la comunidad en la que se desarrolla el trabajo de nuestra institución. Se trata de hacer evidente que prestamos un servicio a la ciudadanía y con la ciudadanía, consiguiendo ser parte real de la comunidad. Este Plan, también debe servir de complemento a nuestra estrategia general de responsabilidad social corporativa, potenciando la línea estratégica de Continuidad Asistencial.
Promover y colaborar en iniciativas que mejoren la calidad de vida y, por ende, el bienestar general de la comunidad en la que se actúa desde cada Centro. De esta manera fortalecemos la vinculación y comunicación con nuestro entorno social, lo que además contribuye a conocer las necesidades y expectativas de la población con anticipación, para así, tener margen de planificación suficiente para poder diseñar y remodelar los servicios de acuerdo con la información recibida.
Los Hospitales cuentan con la figura del Responsable de Sociedad Civil, responsable de coordinar todas las acciones relacionadas con asociaciones vecinales, asociaciones de pacientes y de autoayuda, ONG's, asociaciones de voluntariado, administraciones locales, líderes de opinión y comunidades escolares. Interacciona con la sociedad para lograr una mayor vinculación con ella, logrando realizar multitud de acciones de soporte y conjuntas, con la finalidad de promocionar la salud y prevenir la enfermedad, formar en autocuidados y control de las patologías más prevalentes y educar en el uso adecuado de los recursos sanitarios. Asimismo, coordina y cede el protagonismo a nuestros profesionales, como referentes sociales del buen hacer en el ejercicio de su profesión.
Nuestra Responsable de Sociedad Civil realiza un registro de todas las actividades y evalúa con los profesionales que colaboran los resultados: metodología, resultados de las actividades y otros condicionantes. Además, se encuentra plenamente integrada en los 4 Hospitales formando parte de Comisiones y Comités tales como el Consejo Asesor del Paciente, el Comité de Calidad Percibida y Humanización o el Comité de Responsabilidad Social Sociosanitaria. Desde la instauración de su figura, se han realizado innumerables acciones: charlas, talleres, reuniones, jornadas y otras colaboraciones.

AUTORES: María Luisa Torres Murcia; J Fernández Tabera; J Arcos Campillo; L Rubio Cirilo; JE Hernández Sánchez; L Alfaro Cadenas.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Villalba.

ID: 509

TÍTULO: IMPACTO ECONÓMICO DE LA PROFILAXIS DE LA FIBRILACIÓN ATRIAL Y OTRAS MEDIDAS DE CALIDAD EN EL PACIENTE CARDIOQUIRÚRGICO

RESUMEN:
El Proceso Cardioquirúrgico, una estrategia multicomponente de mejora de la calidad asistencial implantada en el Hospital Universitario de Canarias, busca ofrecer un manejo integral de los pacientes con patología cardíaca quirúrgica desde la indicación de la intervención hasta el alta y tiene como objetivos optimizar la prevención de la fibrilación auricular y el síndrome de bajo gasto cardíaco y disminuir la estancia preoperatoria.
Las intervenciones en Cirugía Cardíaca suponen un gran impacto económico en el gasto hospitalario, fundamentado en gran medida por las estancias prolongadas en estos pacientes. El presente estudio pretende dilucidar si se justifica en términos de costes y efectividad la implantación de un programa de mejora de la calidad asistencial, con una profilaxis de la fibrilación auricular de novo y otras medidas de calidad, en la atención a este tipo de pacientes.
Evaluar la eficiencia en términos de coste-efectividad de la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad en una vía clínica de atención al paciente cardioquirúrgico sobre el manejo de la fibrilación auricular, el síndrome de bajo gasto cardíaco y las estancias hospitalarias. Asimismo, determinar el impacto presupuestario de la instauración de dicho Sistema.
Se compararon 112 pacientes intervenidos de cirugía cardíaca electiva previamente a la implantación del Sistema con 122 pacientes intervenidos tras la implantación del mismo. Se aplicaron las siguientes medidas: profilaxis con amiodarona, utilización de protocolos hemodinámicos con optimización de precargas y retirada precoz de aminas y adecuación de criterios de ingreso y ambulatorización del estudio preoperatorio. Se analizaron las diferencias en relación con las características clínico-demográficas basales y en términos de costes y se llevó a cabo una evaluación económica completa y un análisis del impacto presupuestario.
El análisis estadístico de las variables postoperatorias arrojó diferencias significativas en relación con los casos de fibrilación auricular, bajo gasto y estancias, todos ellos inferiores en el grupo postimplantación del Sistema.
El análisis de costes puso de manifiesto una mediana de ahorro por paciente de más de 4000 euros con el nuevo Protocolo. La evaluación económica objetivó un menor coste y un mayor número de pacientes libres de algún evento provocado por la intervención en el grupo postimplantación. El análisis del impacto presupuestario mostró un ahorro a nivel estatal al cabo de un año de más de 24 millones de euros.
El estudio realizado establece una eficiencia clara del Sistema de Gestión de Calidad. El ahorro neto para el Sistema Nacional de Salud estimado en el estudio de impacto presupuestario es importante y sugiere considerar el hecho de hacer extensible la aplicación del Proceso a otros centros públicos estatales que prestan atención al paciente cardioquirúrgico.

AUTORES: Javier Montoto López; JJ Jiménez Rivera; P Garrido Martín; AC Álvarez Castillo; JL Iribarren Sarrias; R Martínez Sanz.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De Canarias.

ID: 511

TÍTULO: EL PROYECTO DE CALIDAD EN LA ORGANIZACIÓN: LA UNIDAD FUNCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE SANT JOAN DE ALICANTE

RESUMEN:
El cumplimiento de las líneas estratégicas en el IV Plan de Salud 2016-2020 de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Publica, en lo referente a gestión de calidad, requiere dotar a la organización de estructuras funcionales capaces de dar respuesta a la misión y visión del plan.

La existencia de los Departamentos de Salud como modelo organizativo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica , integrando las respuesta a los ciudadanos y sociedad en su conjunto en lo relacionado con asistencia sanitaria a nivel de Atención Primaria y Especializada y también de Salud Publica conlleva que sean estos Departamento los que lleven a la práctica las estrategias de la organización.
El Departamento de Salud de Sant Joan de Alicante para llevar a cabo este objetivo de la organización , ha definido un modelO, ha llevado a cabo una serie de acciones y planes de trabajo encaminados a disponer de una estructura funcional que responda a la finalidad del Plan de Salud en las perspectivas de calidad y seguridad clínica
Definir y desarrollar la Unidad Funcional de Calidad Departamental como un elemento de soporte para el departamento en todo lo relacionado con la gestión de la calidad , fomentando la cultura de la calidad y seguridad clínica y colaborando con la dirección en la definición del marco estratégico alineado con el plan y directrices de la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Publica.
La metodología del proyecto ha sido el trabajo con los profesionales en diferentes actividades y planes de acción que da respuesta al objetivo general que, de forma esquemática se pueden exponer en:
Formación Y desarrollo equipos de trabajo para mejora de la calidad
Inclusión del marco estratégico y desarrollo de documentación para definición e implantación del Sistema de gestión de Calidad.
proceso de evaluación y auditoria y certificación externa
Marco de puertas abiertas y servicio activo
“Formación-acción”, basada en acercar a profesionales a aspectos conceptuales y metodológicos más significativos para la gestión de la calidad en sus entorno de trabajo, trabajo on line entre las sesiones en entorno multidisciplinar impartiendo más de 70 sesiones presenciales.
Desarrollo equipos de trabajo para desarrollo de sistemas y orientación a procesos de la organización , constitución de comisión central de calidad y elaboración de procedimientos con metodología de gestión por procesos y análisis de los riesgos asociados (AMFE).

Inclusión del desarrollo estratégico realizando análisis del contexto por la dirección y la consolidación del sistema, buscando proceso de evaluación y auditoria y certificación externa. La estrategia de puertas abiertas y servicio activo con accesibilidad de los profesionales de la unidad siendo un valor fundamental.

AUTORES: Monica Garcia Perez[1]; I Gonzalez Alvarez[2]; J Uris Selles[3]; I Avalos Meseguer[4]; F Marrades Botella[5].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Sant Joan D'alacant[1, 4]; Hospital La Ribera[2]; Externo[3]; Hospital Universitario Sant Joan[5].

ID: 513

TÍTULO: IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIO

RESUMEN:
La Higiene de manos (HM) resulta fundamental para la prevención de infecciones relacionadas con asistencia sanitaria (IRAS). Los profesionales sanitarios en emergencias extrahospitalarias no son conscientes de los efectos de la no HM al no ver de manera directa las consecuencias que supone la IRAS derivadas de dicha actuación para el paciente. Tras analizar resultados de un estudio observacional de HM en 2017 (cumplimiento global 20,9%) se diseñó una nueva estrategia para aumentar la adherencia de los profesionales, incluyendo intervenciones directas sobre los propios profesionales, en el puesto de trabajo
Evaluar el cumplimiento global de HM en las unidades asistenciales.
Analizar impacto de la estrategia desplegada durante 2017 para aumentar el cumplimiento de HM.
Medir el impacto de una intervención directa sobre un grupo experimental.
Estudio observacional, analítico y prospectivo de observación abierta. Muestreo estratificado por conveniencia de las unidades funcionales y dispositivos asistenciales a observar y aleatorio de los profesionales observados por unidad.
Dos grupos de observación:
Grupo control: expuesto a estrategia general (despliegue de dispensadores de hidroalcohol en puntos de atención acompañados de cartelería, inclusión de píldoras de HM en actividades desarrolladas por departamento de calidad y comisión de seguridad, desarrollo de estudios observacionales anuales y retroalimentación con los resultados a los profesionales, celebración de jornada el día mundial de la HM).
Grupo intervención: expuesto a estrategia general e intervención formativa directa (envío mediante correo electrónico corporativo de píldoras formativas de HM sobre cada uno de los 5 momentos a todos los miembros con posibilidad de ser incluidos en grupo intervención).
Observaciones: siguiendo metodología OMS (5 momentos). Observadores formados y validados para disminuir variabilidad interobservador.
Se han recogido 536 oportunidades de HM, 356 en grupo control y 177 en el grupo intervención.
El cumplimiento global observado en 2018 fue 32,27% (IC 28,32-36,42), frente a 20, 87% en 2017 (IC 16,55-25,73). Se ha producido un incremento en el cumplimiento de HM del 11,4% (IC 5,4-17,4) que resulta estadísticamente significativo (p 0,000).
Analizando el cumplimiento por grupos de observación se obtiene un cumplimiento del 27,8% (IC 23,21-32,77) para el grupo control y un 41,24% (IC 33,91- 38,87) para el grupo intervención, resultando la diferencia, 13,4% (IC 4,8-22,1) estadísticamente significativa (p 0,002).
CONCLUSIÓN
Gracias a la estrategia desplegada en 2017 se ha producido un incremento significativo en el cumplimiento de HM por lo que podemos concluir que las estrategia general ha resultado efectiva para aumentar la adhesión de los profesionales a la HM. La intervención formativa dirigida también a resultado efectiva por lo que debe extenderse al resto de profesionales de la organización.
Aún tenemos un amplio margen de mejora en el cumplimiento de HM

AUTORES: Sara Navarro Santos; P Fernán Pérez; RE Gómez Giménez; J Flores Herrera; E Rodríguez Franco; L Cuellar Gallego.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 514

TÍTULO: GESTIÓN DEL CASO EN ENFERMERÍA, UN PASO MÁS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO

RESUMEN:
La gestión de casos en el ámbito enfermero se entiende como el proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela porque el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizando los recursos necesarios y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios para el logro de los mejores resultados. La enfermera gestora de casos (EGC) en el ámbito de la Oncología adquiere un papel más relevante por el complejo engranaje de las diferentes prestaciones sanitarias necesarias.
Gestionar el proceso del paciente oncológico en el que existe participación de diferentes estructuras sanitarias e incluso se desarrolla en diferentes provincias de la manera más armónica centrado en el paciente y su familia buscando la continuidad asistencial a través de la gestión de casos mediante la implantación de la figura de la EGC en Oncología
La EGC de Oncología se inició con un objetivo de gestión del transporte sanitario en el paciente que acude a radioterapia, para progresivamente realizar una atención integral de estos pacientes, siendo referente sanitario para ellos a través de la consulta de enfermería oncológica.
A lo largo de 2 años la EGC ha incorporado diversas funciones:
- Gestión de citas coincidientes de otros procesos y coordinación de citas de tratamientos concomitantes como por ejemplo quimio y radioterapia en dos provincias distintas.
- Consulta telefónica el 1º día tras el primer ciclo de quimioterapia y el 4º día pos quimioterapia, en los siguientes días recibir las llamadas que surjan.
- Información sobre la quimioterapia oral y registros de la misma.
- Consulta de pacientes y coordinación de los ensayos clínicos.
- Comunicación con los Servicios Sociales si se observa Riesgo Social.
- Agenda para la consulta del largo superviviente.
- Desarrollo de un circuito para interconsultas al Servicio de Dietética y Nutrición., Consulta de Ostomías, Valoración por el Psicólogo, Servicio de Rehabilitación.
- Desarrollo de un programa para detectar problemas de acceso venoso periférico y aconsejar vía central.
- Coordinar el ingreso hospitalario, el transporte sanitario para recibir quimioterapia y/o radioterapia.
- Coordinar con Atención Primaria y el Servicio de Cuidados Paliativos.

En el año 2017, la EGC realizó un total de 2453 consultas, de estas 310 fueron primeras visitas, 1024 sucesivas, 826 primeras telemáticas y 1627 consultas telemáticas de seguimiento.
Relacionado con el proceso de radioterapia, la EGC realizó en 2017 un total de 1937 consultas de las cuales 348 fueron primeras consultas y 1617 fueron sucesivas, la EGC gestionó 316 pacientes derivados a radioterapia y realizó 794 intervenciones individualizadas.
La satisfacción de los pacientes oncológicos es muy alta y la percepción de tener una persona de referencia accesible durante todo el proceso oncológico hace que el paciente se sienta más cubierto el Sistema Sanitario.

AUTORES: L Callejo-González; B Lopez-Aguado; J Guerra-Bernal; C Garcia-Desantos; MB Canton-Alvarez.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Asistencia Sanitaria De Segovia.

ID: 515

TÍTULO: ¿POR DONDE EMPEZAMOS PARA LOGRAR UN CENTRO SANITARIO SIN HUMO?

RESUMEN:
Los hospitales son instituciones que albergan profesionales de la salud y ofrecen servicios sanitarios para la promoción de esta, la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Su responsabilidad en relación con el consumo de tabaco es conseguir recintos sin humo, según la legislación vigente, y ayudar a los fumadores en el proceso de dejar de fumar, lo que es aplicable tanto a pacientes como a personal de todas las categorías. Nuestro hospital ha trabajado por conseguir este objetivo desde el año 2000, es miembro de la red de centros sanitarios libres de humo desde 2013 y cuenta con un grupo promotor multidisciplinar encargado de avanzar en el proyecto. Presentamos los objetivos del grupo promotor hospital sin humo y las actividades desarrolladas.
Valorar la realidad del hospital en relación con el consumo de tabaco y las actividades realizadas para mejorarla.
En 2015 se realizó una encuesta entre los trabajadores sobre la prevalencia de tabaquismo y actitudes frente a la política de control del centro.
De una muestra aleatorizada de 272 trabajadores respondió el 80%; 23% eran fumadores y más de la mitad (58%) referían fumar durante la jornada laboral; estaban preparados para el abandono el 25%. El 71.3% considera que hay muchos incumplimientos de la ley que prohíbe fumar en todo el recinto hospitalario y el 66,2% está de acuerdo con el proyecto para prevenir el consumo. Solo el 9,3% de los trabajadores sanitarios que realizan labor asistencial considera que dispone de conocimientos suficientes para atender a pacientes fumadores.
Actividades para dar respuesta a las necesidades detectadas con la encuesta:
Para ayudar a dejar de fumar a los trabajadores se realizan sesiones informativas destinadas a aumentar la motivación y los que están preparados reciben ayuda en los servicios de prevención de riesgos laborales y neumología. Dirigido a los usuarios y trabajadores, coincidiendo con el día mundial sin tabaco cada año se coloca una mesa informativa en el hall donde se exponen los carteles realizados por los niños ingresados hospital.
Con el objetivo de formar a los profesionales que realizan labores asistenciales, con carácter anual se imparte un curso de iniciación al tratamiento del tabaquismo dirigido a médicos y enfermeras y sesiones básicas de intervención en tabaquismo para enfermería.
Para aumentar el cumplimiento de la ley se ha mejorado la señalización del recinto tras detectar los puntos 'negros' de consumo
La realización de una encuesta entre los trabajadores del centro es necesaria para programar actividades dentro del proyecto de centro sanitario sin humo. La prevalencia de tabaquismo en nuestro centro es similar a la de la población general, es prioritario ayudar a dejar de fumar a los que lo desean. Es necesario formar a los profesionales sobre intervención en tabaquismo y aumentar el cumplimiento de la prohibición de fumar en el recinto. Próximamente repetiremos la encuesta para valorar la eficacia de las medidas adoptadas.

AUTORES: Lourdes Lazaro Asegurado; T Peña Miguel; R Renedo Martinez; F Urrez Lafuente; B Martinez Durán; C Rodriguez Pajares.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 516

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LAS INCIDENCIAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES (ISP) DEL LABORATORIO DESPUES DE IMPLANTAR UNA PRÁCTICA SEGURA

RESUMEN:
El análisis de los incidentes notificados a través de la plataforma The Patient Safety Company (TPSC_cloud), implantado en 2013 y enmarcado dentro del proyecto de las Unidades Funcionales Seguridad Pacientes (UFSP) de nuestra consejería, nos ha permitido identificar áreas de riesgo para la seguridad del paciente (SP). A parir del mapa de riesgo de nuestro territorio, identificamos el Laboratorio como un área crítica. En nuestro territorio contamos con una aplicación inteligente en SP ProSP,en 2017 se ha implantado un check-list informatizado como práctica segura para los Incidentes de laboratorio que nos permite chequear las actividades relacionadas con las diferentes fases del procedimiento:pre-analítica, analítica y post-analítica.
Evaluar los incidentes de SP de laboratorio notificados después de la implantación de una práctica segura
Notificación de los incidentes en la plataforma(TPSC_cloud).Análisis,clasificación y gestión de los incidentes relacionados con el Laboratorio
De los 2088 ISP notificados en el periodo 2015-2016, 268 (12,6%) están relacionados con el Laboratorio y en 2017,191(20,4%)de los 940 ISP clasificados según Modelo acreditación Departamento de Salut (MADS).Los temas más relevantes: comunicación entre profesionales de distintos ámbitos (especialistas, otros proveedores comunicación al paciente…)27% en 2015-2016, (34,5%)2017, gestión de los procedimientos,(volcado de resultados en la historia clínica informatizada,información de la preparación al paciente,errores de citación, identificación incorrecta del paciente)16,4% en 2015-2016, 21,6% 2017;técnica incorrecta (etiquetado, procedimiento…)13,5% 2015-2016, 24,6% 2017.Antes de la implantación del check-list, la técnica incorrecta no incluia errores de etiquetado. Hay que considerar la incorporación de las muestras de otros proveedores(residencias de ancianos)En cuanto al notificante 115 ISP de los 191(60%) realiza enfermería (entorno específico enfermera),los ISP notificados son de riesgo bajo y moderado, 14 ISP (7,3%)han ocasionado un retraso en el diagnóstico y tratamiento. Factores contribuyentes que generan más incidentes son los profesionales y la organización y en tercer lugar los externos.La resolución de estos incidentes suele requerir la intervención de la Unidad Funcional SP_Territorial pero en gran parte se resuelven en el mismo CentroSalud a través de la comisión de calidad o la intervención de la Dirección.Con la implantación del ProSP laboratorio en todos los centros del territorio,muchos incidentes (sobretodo en l fase analítica)no se notifican ya que se identifican antes de llegar al paciente.
La existencia de un EdM permanente nos ha permitido consensuar acciones de mejora para todo el territorio.La identificación de incidentes a traves del aplicativo confirma que el laboratorio es una zona de riesgo en SP. Hay incidenes que ya se detectan antes de llegar al paciente.Es necesario priorizar acciones para mejorar la seguridad en esta área asistencial.

AUTORES: Elisa Vidal Esteve[1]; I Hospital Guardiola[2]; M Gens Barbera[3]; F Bejarano Romero[4]; N Hernndez Vidal[5]; Y Mengibar Garcia[6].

CENTRO DE TRABAJO: CAR Salou[1]; EAP Valls[2]; Gerencia Camp De Tarragona[3, 4, 5, 6].

ID: 517

TÍTULO: ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE TOBILLO DE KARLSSONY PETERSON (KAFS)

RESUMEN:
El uso de cuestionarios y escalas de valoración funcional basadas en resultados percibidos por el paciente resulta de gran ayuda para conseguir un análisis reproducible y objetivo,tanto de la evolución como en investigación, favoreciendo la comparación de los resultados.
La escala KAFS se desarrolló con el fin de proporcionar una herramienta de evaluación de resultados en lesiones ligamentosas de tobillo. Aborda 8 items, que abarcan diferentes aspectos sintomáticos y de capacidad funcional, basados en la evaluación subjetiva tanto del paciente como del facultativo. La mayoría de estas escalas han sido desarrolladas en países angloparlantes o directamente en inglés. Para poder utilizarlas en nuestro medio sin que pierdan sus propiedades psicométricas (validez y fiabilidad) deben seguir un proceso de traducción específico, más complejo que una traducción simple, que se denomina Adaptación Transcultural. Esta engloba no sólo una traducción lingüística, sino también una adaptación cultural en función del escenario en que se va utilizar.
Esta adaptación transcultural mejora la comunicación de los pacientes con los profesionales sanitarios sobre la evolución de su patología, mejorando la satisfacción del usuario y aumentando la calidad asistencial ofrecida a nuestro pacientes
Realizar una adaptación transcultural de la escala de valoración funcional de tobillo de Karlsson y Peterson siguiendo las guías clínicas propuestas por Guillemin et al
Para el proceso de traducción se realizaron dos traducciones (T1 y T2) al castellano, realizadas por dos castellano parlantes bilingües, uno de ellos no sanitario. De ellas se obtuvo una versión por consenso (T12). Dos traducciones inversas (retrotraducción), (BT1 y 2) fueron realizadas a partir de esta versión al inglés por parte de traductores bilingües cuya lengua madre era el inglés y no vinculados al mundo sanitario, de modo que el resultado sea más cercano y comprensible para los destinatarios.
Un comité de expertos formado por uno de los traductores inversos (experto lingüista), experto en calidad (como “metodologista”) y médicos asistenciales (un traumatólogo, un fisioterapeuta y un urgenciólogo) analizaron ambas traducciones, directa e inversa, en busca de inconsistencias con la herramienta original. Por consenso se llegó a una versión en castellano definitiva.
Posteriormente, esta versión fue sometida a un pilotaje sobre una muestra de 30 pacientes afectados de esguince agudo de tobillo, registrando sus dificultades en la comprensión de las cuestiones.
No fue necesaria la revisión de ninguna cuestión/opción al no haber ocurrencia mayor del 10% en ninguna de ellas.
Se ha desarrollado con éxito un proceso de adaptación transcultural sobre la escala de valoración funcional de tobillo de Karlsson y Peterson. A continuación será necesario un proceso de validación con una muestra mayor de pacientes para confirmar la retención de las características psicométricas (validez y fiabilidad) del score original.

AUTORES: Cesar Saiz Perez[1]; P Corro Madrazo[2]; G Romaña Garcia[3]; E Aparicio Aparicio[4]; B Torre Manrique[5]; A De La Fuente Alonso[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital De Laredo[1, 3]; Servicio Cántabro De Salud[2]; Hospital Santiago Apostol[4]; Subdireccion De Desarrollo Y Calidad Asistencial SCS[5, 6].

ID: 518

TÍTULO: ADECUACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

RESUMEN:
La canalización de una vía venosa periférica (vvp) es una técnica invasiva que nos permite tener una vía permanente al sistema vascular del paciente. En la urgencia es la vía de elección por su rapidez y eficacia.Pero muchas de estas vías no son utilizadas en el servicio. Son canalizadas durante la extracción sanguínea en el contexto de 'por si acaso' o 'ya que se saca sangre dejamos la vía puesta'. Todo esto genera costes hospitalarios y excesiva carga de trabajo para el servicio. Además de no contar con el potencial riesgo iatrogénico que conlleva para el paciente o simplemente una mayor molestia que le genera esta práctica habitual.Tras una revisión bibliográfica de otros estudios realizados, en todos ellos se ha llegado a la conclusión de que un alto porcentaje de estas vías venosas son innecesarias de acuerdo a distintos criterios de adecuación.
El proceso de evaluación y monitorización de la calidad asistencial implica el examen continuo de la actividad realizada, la identificación de deficiencias observables, emprender acciones para corregirlas y medir los efectos de las corregidas. La clave está en conocer la realidad para saber qué hacer para mejorarla.
-Determinar la proporción de vvp canalizadas en el servicio de urgencias que no cumplen criterios de adecuación.
-Cuantificar los costes generados por las vvp canalizadas y no adecuadas.
Estudio descriptivo transversal. Se lleva a cabo en un servicio de urgencias con un total de 42934 atenciones durante el 2016.Se recogen datos de 370 pacientes portadores de vvp de un total de 782 informes de alta revisados.Variable dependiente; adecuación vvp. Denominaremos adecuación de vvp aquella que cumpla algún criterio: Extracción de analítica junto a tratamiento endovenoso,si sólo es canalizada para tratamiento endovenoso, se considerará adecuada cuando se perfundan 2 o más fármacos, imposibilidad de otra vía de administración e ingreso hospitalario. Variables independientes: edad, sexo, turno, motivo consulta y destino. Posteriormente, procedemosanálisis estadístico descriptivo
Se revisaron un total de 782 atenciones de forma aleatoria simple, donde 370 (47,3%) son portadores de vvp y de ellas, el porcentaje de vvp no adecuadas asciende al 25,4%. Partiendo de la proporción obtenida,calculamos el gasto económico del coste material relacionado con las vvp canalizadas y no adecuadas durante el año 2016 siendo aprox. 7000€. Todo ello sin contar el coste económico que genera el personal sanitario y de las posibles infecciones secundarias al catéter. Con una correcta adecuación de la vvp en un servicio de urgencias, mejora la calidad asistencial ofrecida, así como el grado de satisfacción de los pacientes y la seguridad del servicio. Según los resultados obtenidos de este estudio, la identificación de la inadecuación de las vvp en el servicio urgencias es un punto de partida para futuras intervenciones, presentándolo al equipo y realizando nuevas investigaciones que evalúen el impacto de estas medidas.

AUTORES: Patricia Corro Madrazo[1]; C Saiz Perez[2]; S Ochoa Gutierrez[3]; N Martin Ramos[4]; C Oruña Concha[5]; E Aparicio Aparicio[6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Cántabro De Salud[1]; Hospital De Laredo[2, 3, 4]; Subdireccion De Desarrollo Y Calidad Asistencial SCS[5]; Hospital Santiago Apostol[6].

ID: 519

TÍTULO: PROYECTO LISTEO+, UNA APP PARA HACER PARTÍCIPE AL PACIENTE, AUMENTAR SU SEGURIDAD Y OPTIMIZAR QUIRÓFANOS.

RESUMEN:
Las intervenciones quirúrgicas (IQ) pueden suponer no sólo situaciones de riesgo para la seguridad del paciente, también implican una compleja preparación. Una mala preparación y/o desinformación del paciente sobre su proceso es causa frecuente de pérdida de calidad asistencial, aumento de cancelaciones y no-shows el día de la operación así como de una aumento de costes de la atención. Para hacer frente a estos retos, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, desde el Observatorio para la Seguridad del Paciente, ha desarrollado "Listeo+" una aplicación para dispositivos móviles (app) dirigida a pacientes que, a través de listados de verificación personalizados, sirva de ayuda, acompañamiento y recordatorio de todas las pautas y comprobaciones que se deben seguir antes de someterse a una IQ.La app está siendo pilotada en ensayo clínico con pacientes en 4 Hospitales de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir, en estudio financiado por Proyectos de Desarrollo Tecnológico en salud (DTS15/00228) y Proyectos de Investigación en Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI-0447-2014).
El objetivo principal es mejorar la adherencia a las recomendaciones pre-quirúrgicas individualizadas en intervenciones de CMA a través de la utilización de la aplicación Listeo+ como refuerzo a la práctica clínica habitual.
Ensayo clínico aleatorizado, abierto y multicéntrico que compara la práctica clínica habitual frente a la utilización adicional de Listeo+, en pacientes ≥18 años con indicación quirúrgica de CMA que cumplen con los requisitos tecnológicos y de conectividad necesarios. Los pacientes del grupo control recibirán las recomendaciones prequirúrgicas en formato papel y el grupo intervención utilizará ademas Listeo+. Se está realizando reclutamiento en 4 hospitales pubicos. La variable principal de eficacia es la adherencia a las recomendaciones prequirúrgicas.Otras variables: ratio de cancelaciones, consumo de recursos asociado,usabilidad y percepción de utilidad con Listeo+.
Los logros obtenidos en integración e interoperabilidad de los sistemas de información previos al reclutamiento se consideran un avance fundamental en el desarrollo de estrategias de soluciones basadas en aplicaciones móviles de salud.El proyecto es aplicable a otros momentos en la relación entre el centro sanitario y el paciente, como pueden ser la preparación para la realización de determinadas pruebas diagnóstico-terapéuticas, para remitir y recordar al paciente los cuidados de enfermería tras el alta, los ejercicios de inicio precoz de fisioterapia o acompañar al paciente en el debut de determinadas enfermedades o en la instauración de determinados tratamientos complejos.
Listeo+ permite buscar nuevas fórmulas que favorezcan la seguridad del paciente, involucrándole en el proceso asistencial, y haciéndole corresponsable de su propia seguridad. Detalles del proyecto y videos demostrativos disponibles en www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/listeo

AUTORES: Maria José Rita Acosta[1]; V Santana López[2]; JP Oliva Contero[3]; M Herrera Usagre[4]; M Pacheco Mera[5]; R De Burgos Pol[6].

CENTRO DE TRABAJO: Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir[1, 3]; Observatorio De La Seguridad Del Paciente. Agencia De Calidad Sanitaria De Andalucía[2, 4, 5]; Pharmaeconomics & Outcomes Research Iberia[6].

ID: 520

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA EXPERTO PARA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO Y VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN

RESUMEN:
La complejidad actual en el manejo de las enfermedades infecciosas debido al aumento de las resistencias hace imprescindible el establecimiento de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA). Conocer la epidemiología local es un factor clave en la elección de un correcto tratamiento empírico.
El objetivo del presente proyecto es implantar un sistema de información experto que presenta los datos de sensibilidad y resistencia antibiótica en tiempo real mediante mapas de sensibilidad, permitiendo un mayor acierto en el tratamiento empírico, mejorando el manejo y seguridad de los pacientes, reduciendo consumo inadecuado de antibióticos, selección de resistencia y efectos adversos.
Desde finales del año 2016, diferentes profesionales del Hospital (Dirección Médica, Microbiología, Medicina Interna y Farmacia Hospitalaria) han trabajado en el despliegue de un sistema experto que recibe en tiempo real los resultados de sensibilidad antimicrobiana del sistema informático de Microbiología para optimización del tratamiento antimicrobiano y de vigilancia de la infección.
Desde el Servicio de Microbiología se configuran en el sistema experto distintos mapas de sensibilidad seleccionando: periodo de tiempo, tipo de muestra, microorganismos, antimicrobianos, edad y origen (atención primaria o especializada). Los datos se presentan de una manera gráfica utilizando barras divididas en color verde y rojo según porcentaje de sensibilidad y resistencia respectivamente. El sistema experto permite además configurar alertas para la detección de brotes y microorganismos multirresistentes.
El estudio se llevó a cabo durante el año 2017 en Medicina Interna. Se identificaron distintos indicadores y se diseñó un cuadro de mando para su seguimiento.

Los datos recogidos durante julio a diciembre de 2017 mostraron que a pesar de tener mayor incidencia de pacientes con infección y mayor porcentaje de infecciones por microorganismos multirresistentes el número de pacientes que reingresaron a los 30 días por infección se redujo en más del 50% respecto al mismo periodo del año 2016 previo a la implantación del sistema. El consumo de antimicrobianos se mantuvo estable (83 vs 79 DDD/ 100 estancias) y el porcentaje de días en los que se administró algún antimicrobiano durante fue menor (81,5% vs 87,7%). Los casos de sepsis fueron menores (5,56% vs 7,38%) y el porcentaje de exitus por infección también ha sido menor (20,05% vs 29,85%).
La utilización, por tanto, de los mapas de sensibilidades aportados por el sistema experto mejoran la elección tanto del tratamiento antibiótico empírico como en el desescalado precoz disminuyendo la morbimortalidad y aumentando la seguridad de los pacientes.

AUTORES: Noelia Arenal Andres[1]; RE Rodriguez Tarazona[2]; E Arzalluz Ruiz[3]; E Equipo de Desarrollo de Roche Diagnostics España[4].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Santos Reyes[1, 2]; Hospital Santos Reyes. Direccion Medica[3]; Roche Diagnostics[4].

ID: 521

TÍTULO: MODELO DE UNIDAD DE HERIDAS EN GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA INTEGRADA

RESUMEN:
Las heridas crónicas son lesiones que presentan una escasa o nula tendencia a la cicatrización, mientras se mantenga la causa que las produce, siendo lesiones que se van a mantener durante largo tiempo, consumiendo numerosos recursos de la comunidad. En el estudio publicado en 2007 se abordan los costes económicos de la atención a las úlceras por presión (UPP) en relación con el tratamiento, y que estima un importe de 461 millones de euros (teniendo en cuenta estancias, recursos humanos y recursos materiales), lo que representa el 5% del gasto anual en sanidad. Existe una gran variabilidad en su atención, lo que genera inseguridad en los profesionales, mayores costes para el sistema y diferentes respuestas clínicas en los pacientes.

- Ser unidad de referencia en nuestra Área de Salud en materia de atención a las personas con heridas crónicas o en situación de riesgo de padecerlas proporcionando una prestación sanitaria de alta cualificación.
- Disminuir la variabilidad clínica de los profesionales de enfermería relacionadas con la prevención y el tratamiento de las heridas.
- Garantizar la continuidad asistencial entre primaria, hospital y residencias públicas y privadas.

Puesta en marcha de la Unidad especializada en la atención y manejo de los pacientes y familia con heridas crónicas y lesiones relacionadas con la dependencia, así como los profesionales que requieran asesoramiento en abril de 2018. Se ha establecido una vinculación directa con el Servicio de Cirugía. Los recursos humanos de los que consta son 2 enfermeras de Atención Hospitalaria y 3 de Primaria. La estructura organizativa se ha diseñado en base a criterios de población y distancias geográficas del área sanitaria, por lo que se ha dividido en 4 zonas equitativas en los 2 criterios anteriormente mencionados.
Los destinatarios son los pacientes con heridas crónicas en Atención Primaria, hospital y/o centros socio sanitario. Asimismo, se atenderá a los familiares reforzando su labor como cuidadores a través de la educación sanitaria. Además, se realizará una función de interconsultores para otros profesionales. A nivel funcional el circuito de acceso es a través de consultas presenciales o telemáticas que siguen el mismo circuito que el resto de especialidades médicas. Además, a nivel intrahospitalario se pueden realizar interconsultas para pacientes ingresados.
La información generada se registra en los aplicativos institucionales (MEDORA 2.4 CYL, GACELA y Hp HIS).
El papel de la enfermería en facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, potenciar una atención integral del paciente y familia, así como gestionar los recursos de manera eficiente es cada vez una evidencia mayor. El abordaje las heridas complejas con modelos de gestión que rompan con la existencia de niveles asistenciales es clave en la reducción de la variabilidad clínica y en la mejora de la eficiencia, e imperativo cuando hablamos de un área sanitaria integrada.

AUTORES: L Callejo-González; M Sastre-García; J Guerra-Bernal; D Alcaide-Carrillo.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Asistencia Sanitaria De Segovia.

ID: 522

TÍTULO: SINASP 2017; PERFIL DE NOTIFICACIONES. CUANDO VEMOS EL PELIGRO

RESUMEN:
Tras el estudio ENEAS en 2005 sobre los eventos adversos ligados a la hospitalización, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), observó que hay una alta incidencia de eventos adversosque además generan un alto coste. De ahí, que buscaran la manera de desarrollar un sistema de notificación de incidencias para su análisis posterior y planificar las medidas para su reducción.La implantación del SiNASP en comenzó en nuestra comunidad en los tres centros hospitalarios y posteriormente, se ha ido expandiendo hasta finalizar su implantación este año, en todos los centros sanitarios de Atención Primaria. El objetivo principal del SiNASP no es otro que aprender de los errores. Con ello, podemos mejorar la seguridad de los pacientes, promover cambios en el sistema y el aprendizaje. Sus características son: voluntario, no punible, confidencial, anónimo o nominativo, análisis para el aprendizaje local y orientación sistémica para el análisis con el modelo de Reason. Un modelo que contribuye a examinar los fallos del sistema y su repercusión sobre la seguridad del paciente.
¿Qué notificamos? Incidentes y Eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.Esto no significa que a más notificaciones, más errores… significa que tenemos más oportunidades de aprendizaje y más oportunidades de mejora.
A lo largo del año 2017, se han registrado un total de 294 notificaciones. En el ámbito hospitalario se registraron 217 notificaciones, mientras que en la atención primaria fueron 77 notificaciones las registradas
Dentro de la atención hospitalaria:El mayor porcentaje de notificaciones registradas según el área donde ocurrieron, fueron: las unidades de hospitalización, seguidas por las unidades de cuidados intensivos y los servicios centrales. Respecto al perfil del notificante, tanto la enfermería como el facultativo fueron muy similares en los porcentajes (43% enfermería frente al 42% del médico). En la atención primaria:El mayor porcentaje de notificaciones según el área donde ocurrieron, fueron: las consultas, seguidas por el laboratorio y posteriormente otras áreas del centro de Atención Primaria (escaleras, entradas…). El perfil del notificante en este caso que más porcentaje de notificaciones registró fue el médico con un 50%, seguido por la enfermería con un 35%. La clasificación de los incidentes notificados según su tipo es la dentificación, Gestión organizativa seguida de medicación. Respecto a la capacidad de producir daño al paciente, un 54% de las notificaciones no llegaron al paciente frente al 46% que sí llegaron.
La herramienta del SiNASP nos proporciona mucha información y de gran valor sobre incidentes y eventos adversos. Actualmente, existe una infranotificación. De ahí, la necesidad de potenciar y difundir esta herramienta entre nuestros profesionales. sin olvidarnos del posible efecto de segundas víctimas que los profesionales pueden desarrollar al estar involucrados en un Evento Adverso

AUTORES: Patricia Corro Madrazo[1]; MP Alvarez Garcia[2]; MP Rodriguez Cundin[3]; V Brugos Llamazarez[4]; AE Fernandez Fernandez[5]; B Josa Fernandez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Cántabro De Salud[1]; Servicio De Medicina Intensiva. Hospital Valdecilla[2, 3]; Servicio De Medicina Preventiva. Hospital Sierrallana[4]; Servicio De Emergencia Extrahospitalaria 061[5]; C.S. La Montaña. Gerencia Atencion Primaria[6].

ID: 523

TÍTULO: LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA GESTIÓN DE ALERTAS HOSPITALARIAS EN LA ATENCIÓN TRAUMA GRAVE

RESUMEN:
La atención del trauma grave precisa de la optimización de los tiempos de atención y de traslado por parte de los servicios de urgencias extrahospitalarias, hasta llegada a centro idóneo. Esto, junto con la correcta toma de decisiones durante el traslado, son de vital importancia para la recuperación del paciente, disminuir la mortalidad y las secuelas.
Es de gran utilidad contar con herramientas que consensuen el trabajo de todos los profesionales. Se aplicarán de la escena hasta la gestión de la alerta hospitalaria, imprescindible para que los pacientes lleguen a centro idóneo.
El centro coordinador (SCU) tiene funciones muy importantes entre las que se encuentra la gestión de alertas hospitalarias, es para el trauma grave lo que se plantea la elaboración de la herramienta a estudio; servirá para recogida de datos de valoración inicial, para disminuir la variabilidad, ajuste de gravedad de pacientes, posteriormente se hará registro de dichas alertas y evaluar puntos de mejora. Servirá además de listado de verificación para dar apoyo a las unidades que atiendan al paciente.
La herramienta será una actividad más para el desarrollo del código trauma en la comunidad.
El SCU también se ocupa de la gestión de traslados interhospitalarios y se usará misma herramienta.
Unificar criterios de los profesionales implicados.
Analizar los datos para que estos sirvan de ayuda al profesional del SCU en la elección de centro idóneo para el paciente.
Transmisión de la información a los centros receptores de trauma grave de forma organizada.
Realizar un estudio piloto de alertas hospitalarias para reevaluación de puntos de mejora en la atención a nuestros pacientes.
La herramienta de verificación incluye los criterios de activación de alerta hospitalaria a pacientes con criterios con trauma grave o potencialmente grave de acorde a datos fisiológicos, lesión anatómica, mecanismo de lesión y comorbilidad o situaciones especiales y valoración inicial del paciente de acorde a datos fisiológicos, lesión anatómica, mecanismo de lesión y comorbilidad o situaciones especiales.
Desde el 21/03/18, se comienza pilotaje de recogida de datos a papel, sólo de paciente adulto, aunque será próxima la inclusión de escalas de pediatría.
Recogidos 48 incidentes de trauma grave, los profesionales implicados refieren disminución de variabilidad de criterios.
Los criterios de inclusión y la recogida de datos, conciencia a profesionales de SCU en la mejora de elección de centro idóneo.
Los centros receptores de los pacientes refieren tener la información más completa antes de la llegada por lo que pueden activar protocolos de mayor complejidad si se precisa.
En la recogida de hay determinados ítems que hay que mejorar (EVA, FR, RTS) así como algunos que se recogen correctamente desde el primer momento (Filiación, Valoración circulatoria)

AUTORES: Verónica Real Martínez[1]; MT Ayuso Aragonés[2]; A Blesa Malpica[3]; P Busca Ostolaza[4]; M Chico Fernandez[5]; F Turegano Fuentes[6].

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112[1, 4]; Hospital Universitario La Paz[2]; Hospital Universitario Clinico San Carlos[3]; Hospital Universitario Doce De Octubre[5]; Hospital Universitario Gregorio Marañon[6].

ID: 525

TÍTULO: MEJORAR NUESTRA MANERA DE TRABAJAR PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A NUESTRA POBLACIÓN

RESUMEN:
En el cierre del Contrato Programa (CPC) 2017 detectamos que nuestros resultados en algunos servicios estaban por debajo del umbral considerado aceptable, considerando que ésto puede suponer una deficiente atención a nuestra población hemos decidido trabajar en el próximo año sobre los servicios más factibles de mejorar y cuya mejora además pueda ayudarnos a mejorar otros que tampoco cumplimos.
- Objetivo general: mejorar los resultados del CPC y CSE 2018 en el Centro de Salud Valdezarza-Sur.
- Objetivos específicos:
1.1. Aumentar el nº de planes de cuidados (PC) realizados en la población atendida en el Centro de Salud Valdezarza-Sur. Lo mediremos con los siguientes indicadores de CSE:
* 5.04.91 Personas con PC en la población atendida.
* 5.04.92 Personas con PC en procesos específicos inmovilizados.
* 5.04.93 Personas con PC en procesos específicos: mayor frágil.
2.2. Mejorar los resultados de efectividad en el control del paciente hipertenso. Mediremos los siguientes indicadores de CSE:
* 9.72.04. Pacientes con CI y cifras de TA controladas.
* 9.72.34. Pacientes con HTA con control de cifras de TA ajustadas por edad
1.- Material:
- Recogida de datos de los resultados de CPC y CSE de e-soap (cuadro de mandos de Atención Primaria).
- Resultados faciliitados por la Dirección Asistencial .
2.- Métodos
- Reunión del equipo directivo del centro para identificar aquellos servicios del CPC 2017 que no cumplíamos.
- Análisis de causas y priorización de los servicios más accesibles, factibles y que nos permitieran mejorar también otros servicios.
- Planificación de las acciones de mejora.
- Elaboración de un cronograma con las acciones a realizar para mejroar los resultados del CPC 2018.
- Evaluación al cierre del CPC 2018 con monitorizaciones trimestrales hasta entonces para poder detectar posibles desviaciones en los resultados esperados,
- Aplicaciones informáticas para la exploración de datos: e-soap y consultaweb.
- Reuniones del equipo directivo y de los responsables de llevar a cabo las acciones de mejora.
En este momento estamos analizando los datos obtenidos en el primer trimestre apreciándose una ligera mejora con respecto a los de 2017, posteriormente seguiremos realizando monitorizaciones en Septiembre y Diciembre previas al cierre en el mes de abril de 2019

AUTORES: Paloma Rius Fortea; N Llamas Sandino; J Hernández de las Heras; A Esteban Gallego.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Valdezarza-Sur.

ID: 526

TÍTULO: DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMATICO PARA LA GESTION DE LA INFORMACIÓN DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

RESUMEN:
La variabilidad en la vigilancia epidemiológica de los microorganismos multirresistentes en los centros sanitarios, precisa de programas informáticos que faciliten la gestión de la información y mejoren la calidad asistencial, docente e investigadora.
Diseñar y elaborar un programa informático para facilitar la gestión de la información de microorganismos multirresistentes (MMR), mejorar la actividad asistencial, docente e investigadora.
El diseño se realizó por facultativos de Medicina Preventiva, las etapas del proceso de elaboración fueron:
Selección de variables: en una primera etapa se realizó la selección y definición de las variables por parte de expertos mediante la técnica Delphi.
Diseño del programa informático: para la elaboración del programa informático se utilizó un sistema de gestión de bases de datos de Microsoft Access. El diseño de la interfaz se realizo de acuerdo con acciones que los usuarios realizarán habitualmente cumpliendo los principios de ergonomía y usabilidad.
Pilotaje de la aplicación y realización de mejoras: Se realizó un pilotaje durante 15 días, para la detección de áreas de mejora.
Se constituyó un grupo de trabajo para el diseño, evaluación e implementación de la aplicación informática. El sistema informático trabaja con cinco módulos: registro de MMR, pacientes ingresados, consulta/seguimiento por microorganismo, indicadores y elaboración de informes/boletines. Luego de la implementación se detectó una mejora en la actividad diaria de la vigilancia prospectiva de MMR en el centro.
La utilización de un programa informático proporciona información en tiempo real de la vigilancia epidemiológica de MMR en nuestro centro, de las recomendaciones ampliadas necesarias, los seguimientos y la generación de informes mensuales y boletines semanales, sobre los casos de infección/colonización, mejorando la retroalimentación “Feed-back” entre profesionales, creando un entorno y unas percepciones que propician la sensibilización sobre las cuestiones de seguridad del paciente.

AUTORES: Jose Luis Mendoza Garcia; V Garcia Roman; MR Leal Lopez; MJ Gil Carbonell.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Del Vinalopó.

ID: 527

TÍTULO: ANALISIS DE LA EFECTIVIDAD DE UNA PRACTICA SEGURA DE LABORATORIO EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:
El laboratorio se identifica dentro del mapa de riesgo de Seguridad de Pacientes de nuestra Dirección de Atención Primaria (DAP) como área de riesgo alto. Las notificaciones realizadas en el TPSC_cloud estan relacionadas con errores identificados, tanto en la fase preanalítica como en la fase analítica. En la DAP se identifica un grupo de trabajo permanente que recoge todas las incidencias y propone prácticas seguras para todo el territorio. En junio de 2017 se implantó un aplicativo informático ProSP que nos permite a diario, asegurar las distintas actividades relacionadas con el procedimiento de extracción segura de muestras.
Evaluar la efectividad de la práctica segura desde su implantación
Incidentes notificados en TPSC_cloud. Incidencias postanalítica notificadas desde laboratorio central.Check list informatizado. Se analizan cuantitativa y cualitativamente los incidentes registrados antes de la implantación del aplicativo y se establece comparación con los datos registrados en el checklist diario realizado en el laboratorio extractor.
El aplicativo informatizado con un checklist ha sido una herrmamienta muy util, el resultado de su realitzación verso a su planificación ha sido del 97’5% Y en el control de su proceso de incidencias revisadas del 94’4%
Han aumentado el numero de peticiones de extracción y disminuido el numero de incidencias notificadas con el sistema TPSC_cloud.
En relacion a la agrupación de incidencias, la mayor cantidad esta relacionada con la preparación incorrecta (70), muestra incorrecta (33) y citación incorrecta (5); el porcentage de motivo de agrupación se mantiene disminuyendo el numero de incidencias relacionadas con cada grupo.

La implantación del check-list informatitzado ha sido una herramienta eficaç y eficiente. Nos aporta detección immediata de errores que no generan incidencias y dismuniye las relacionadas con la preparación y citación incorrecta.

AUTORES: Judit Borrull Llop; El Vidal Esteve.

CENTRO DE TRABAJO: CAR Salou.

ID: 528

TÍTULO: ATENCIÓN A LA CRONICIDAD. TRABAJO COLABORATIVO.

RESUMEN:
Ante el envejecimiento creciente de la población y el requerimiento de nuevas demandas, se debe orientar la asistencia al paciente crónico complejo de los diferentes dispositivos. Trabajando en red, con procesos clínicos integrados e incorporando criterios clínicos. Las transiciones asistenciales representan un reto para los pacientes, las familias y los proveedores, y cada uno representa un mayor riesgo de errores médicos e ineficacia.
Nuestra comarca agrupa 28 municipios. Recursos: Atención primaria: ABS: 12. Urbanas: 5 y Rurales: 2 proveedores. Atención Hospitalaria: 2 proveedores. Atención Sociosanitaria: 3 proveedores:
Atención integrada: 'La gestión asistencial integrada, tanto entre niveles asistenciales, así como entre servicios de salud y sociales, ha demostrado beneficios para personas mayores con necesidades complejas'
Un significado coherente de integración es intentar hacer que la experiencia del paciente y los caminos dentro del servicio de salud sean menos agravados y más susceptibles a un buen resultado de salud.
Mejorar la coordinación entre la Atención Primaria, Hospitalaria y Sociosanitaria hacia el paciente crónico complejo (PCC) en el territorio.
Gestión directa. El equipo gestiona directamente los enfermos, y no actúa con papel de consultor. Gestión integral y 'ventanilla única'. Accesibilidad telefónica preferente para favorecer la coordinación y asegurar el continuo asistencial de forma bilateral entre AP y H.
Reuniones mensuales de la comisión de cronicidad (AP-H)
Estudio transversal longitudinal mediante recogida de datos de la historia clínica de los 5 primeros meses de 2018.
RESULTADOS:
Reuniones: Pacientes :107. Hombres 58,9% y mujeres 44,1%. Factores de riesgo cardiovascular 89,8%, Antecedentes cardiológicos 69%, Neumológicos 59,9%, Digestivos 44%, Neurológicos 39,3%. Lugar de residencia: Domicilio 86,9%, Residencia 19,3%, Visitas urgencias: 1-5: 37,3% 6-10: 41,2% 11-15: 16,8% 16-20: 1,9% más de 21: 2,8%. Ingresos 1-2 68,3% de 3-4 14% 5-6 10,3% 7 o más 7,4%
Complejidad: Clínica 65,4%, social 27,1% Instrumental 7,5%
Reconsultas SI: 30,9%, NO: 68,2% De los que no reconsultan Exitus 41%
Ingresos procedentes de domicilio a Atención sociosanitaria por vía telefónica: Total: 45. Hombres 60%. Edad media: 77,5 a., Mujeres: 40% Edad media: 80,7 a.
PROCEDENCIA Urbanos: residencia: 9, domicilio :27 / Rurales: domicilio: 9
DIAGNÓSTICOS: Bronquitis 12, ITU 5, Deterioro cognitivo 2, Osteoarticular: 5 , Síndrome confusional 2, Neo 3,, Ulceras 9, IC 2, Otros 5.
DESTINO AL ALTA: Exitus 6, Domicilio 24, Residencia 6, CSS 1, Hospital agudos 8
CONCLUSIONES:
Se ha establecido trabajo integrado en red entre la atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria.
Se han mejorado las transiciones de los pacientes, evitando su paso por urgencias.

AUTORES: Carme Martínez Álvarez; G Febrer Martinez; I Navarro Masegosa; C Cros Garrido; P García Peña; M Esteban Pérez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

ID: 529

TÍTULO: MEJORAR CON LAS OPINIONES DE LOS PACIENTES DE UNA MUTUA LABORAL

RESUMEN:
Las encuestas de opinión de usuarios son instrumentos de medida tradicionales en muchas empresas, también en las sanitarias. La sistemática de elaboración de las encuestas, su distribución, el uso de TIC, la explotación de las mismas, la cuantificación de sus parámetros y, también, el uso que se hace de las mismas para la supervisión de actividades, han evolucionado a lo largo del tiempo.
Describir los datos fundamentales de la evolución de nuestras encuestas de opinión de pacientes en los últimos cuatro años, en atención primaria y hospitalaria, en cuanto a contenidos, explotación, resultados y conclusiones relevantes. Verificar su utilización y actuaciones incorporadas.
Se describen tres elementos esenciales: Grupos focales de elaboración de contenidos, Elaboración de las encuestas (variables tradicionales, variables incorporadas y variables transitorias). Explotación de los resultados y uso en la organización.
Hace cuatro años, se desarrollaron 3 grupos, en Barcelona, Madrid y Sevilla, con 28 participantes. Se valoraron las dimensiones clave que los pacientes consideraban fundamentales en cada uno de los procesos asistenciales. Se describen el conjunto de dimensiones y procesos asistenciales.

Más tarde se construyeron, pilotaron y aplicaron las nuevas encuestas en las clínicas propias de la Mutua. Se describen los tipos de encuesta, tamaño de las muestras y principales resultados obtenidos.

Recientemente se ha actualizado la explotación de resultados en la línea de incorporar la valoración NPS, preguntas orientadas a nuevas dimensiones y cambiantes en función de las iniciativas emprendidas.

Las opiniones de los usuarios se integran en los modelos de calidad UNE 179003, ISO 9001 y de acreditación.

Las encuestas ofrecen una visión de gran interés respecto a la opinión de los usuarios. Sus costes y utilización son elementos clave a considerar. Son imprescindibles y complementarias al de los estudios de experiencia del paciente.

AUTORES: Maria del Mar Iglesias Lobo; FE de la Torre; MA Plana; Di Moya; RA Manzanera.

CENTRO DE TRABAJO: MC Mutual.

ID: 530

TÍTULO: ¿ES SEGURO PARIR? LAS MUJERES OPINAN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN EL PARTO

RESUMEN: JUSTIFICACIÓN. El parto es el motivo número uno de ingreso hospitalario en España. Las expectativas de las familias son tener unos resultados felices, sin que la mujer haya tenido que haber sufrido ningún evento adverso y por supuesto volver a casa con un recién nacido sano entre los brazos que tampoco haya tenido que sufrir lesiones durante su llegada al mundo o durante su estancia en el hospital.Estos efectos adversos sentidos y la forma de reaccionar ante ellos por parte del personal sanitario, pueden tener un efecto sobre la satisfacción con la atención recibida y por tanto no se pueden obviar.

OBJETIVOS

- Poner al descubierto eventos adversos sentidos por la mujer durante su estancia en el hospital
- Conocer la seguridad percibida durante la asistencia
- Relacionar la existencia de estos errores y la reacción del personal responsable frente a ellos con la satisfacción con la asistencia recibida

MATERIAL Y MÉTODOS. La unidad de estudio la constituyeron los ítems: Durante su estancia en el hospital
¿Cree usted que se produjo algún tipo de fallo, o incidente, en su tratamiento, pruebas o cuidados?
¿Se resolvió de forma satisfactoria?
¿La información que le dieron sobre lo sucedido fue clara?
¿El personal sanitario pidió disculpas por lo sucedido?
¿Cómo se ha sentido de segura durante su estancia en el hospital en el que ingresó para parir?
¿Cómo califica globalmente su satisfacción con el hospital donde ingresó para parir?
incluidos en el cuestionario EMCA aplicado a una muestra de 1620 puérperas en 6 Hospitales con maternidad,en 2017.

RESULTADOS. Efectos adversos declarados: Problemas con la epidural 5 (7,46); Manejo inadecuado del parto 4 (5,97); Daño relacionado con parto 3 (4,48); Error relacionado con el procedimiento 6 (8,96); Error de identificación 3 (4,48); Problemas con la Información 6 (8,96); Demora en la atención 6 (8,96); Infección 2 (2,99); Poca supervisión 2 (2,99); Dieta inadecuada madre o niño 1 (1,49); Otros 29 (43,28); Total efectos adversos declarados 68.

Satisfacción media : Global con los S. Obstétricos 8,90; si se declara un efecto adverso 7,53; si no se ha declarado un efecto adverso 9,00; si el evento no se resolvió satisfactoriamente 6,80;si se resolvió satisfactoriamente 7,83; si no se dio información clara sobre el mismo 7,06; con información clara 8,43; si el personal responsable no se disculpó 7,46; si se disculpó 7,83.

Seguridad percibida: Global 9,03; con efecto adverso declarado 6,85; sin efecto adverso declarado 9,00.

CONCLUSIÓN. Los cuestionarios de calidad percibida y satisfacción son instrumentos útiles para evaluar y mejorar la calidad asistencial. La declaración de efectos adversos sucedidos durante la estancia en el hospital influye en la satisfacción con la asistencia recibida. Una vez sucedido el suceso adverso que se resuelva, dar una información clara sobre el mismo y la disculpa por parte del personal sanitario pueden incrementar la satisfacción media de la afectada.

AUTORES: Adelia Más Castillo[1]; P Parra Hidalgo[2]; MD Hidalgo Montesinos[3]; R Bermejo Alegría[4]; JE Calle Urra[5]; T Ramón Esparza[6].

CENTRO DE TRABAJO: Subdirección General de Calidad Asistencial, Evaluación y Seguridad. Servicio Murciano de Salud.[1, 2, 5, 6]; Universidad de Murcia. Facultad de Psicología. Dpto. Psicología Básica y Metodología[3]; Universidad de Murcia. Facultad de Psicología. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico.[4].

ID: 531

TÍTULO: INICIATIVA DE COMUNICACIÓN ENTRE EL HOSPITAL Y LOS CENTROS DE SALUD PARA EL MANTENIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EFICAZ

RESUMEN:
La mujer y el recién nacido son el centro de los cuidados, debemos promovemos y apoyar la lactancia materna. El equipo profesional de la planta de hospitalización proporciona el soporte necesario para favorecer una lactancia efectiva (posturas, frecuencia) información y asesoramiento ante los problemas más frecuentes del puerperio y los motivos de alarma (fiebre, dolor, sangrado, loquios malolientes, tristeza profunda, dolor en extremidades, …). Para cumplir el objetivo y compromiso previos, el hospital se propone cumplir los Diez Pasos de la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia). Las enfermeras de continuidad asistencial para mejorar la calidad de cuidados al alta hospitalaria, llevan a cabo la comunicación de los partos por e-mail semanalmente, lo que permite la captación precoz por parte de las matronas de los centros de salud y el mantenimiento de la lactancia materna efectiva.
Conocer el número de mujeres que se benefician del circuito de comunicación con atención primaria tras parto normal para seguimiento por la matrona en los 15 días posparto describiendo el proceso.
Estudio descriptivo transversal. 01/06/2016 hasta el 01/06/2018 En el área de influencia del hospital 23 centros de salud, 10 de ellos cuentan con matrona.
Como se acordó en las distintas reuniones mantenidas con las Matronas y con la Dirección Asistencial; se envía listado por email a través de BUZGEN al centro de salud, donde la Unidad Administrativa lo recibe y programa cita en la agenda de Matrona, poniendo en observaciones la fecha del parto. Facilitamos CIPA, edad y C.S. para la identificación. Las matronas contactan con la madre telefónicamente, y tienen a su disposición la e-consulta GINECOLOGIA LACTANCIA MATERNA para comunicarse de forma telemática con el hospital. Criterio de Inclusión, mujeres puérperas después del parto. CBA 1 Una visita en el domicilio o en el centro de salud (según preferencia de la mujer) en los Primeros 15 días después del parto. Excepciones: Mujeres que se encuentren hospitalizadas durante el periodo de realización de la visita, mujeres de fuera de zona.
De 1901 partos, se comunicaron el 75%, el 25% corresponde a pacientes fuera de zona que acuden por libre elección al hospital. 1421 madres se han beneficiado de este circuito; cita en la agenda de la matrona para captación activa de forma telefónica y detección precoz de necesidades. La media de edad 33,47 años (18-51). El 18,5% pertenecen a cs1, 13% cs2, 10,7% c3, 9,9% cs4. En el año 2015 la cobertura de cartera de servicios de visita 15 días postparto era 95,2. En el año 2016, tras aplicar el circuito, ascendió a 98,3. El dato de 2017 próximamente.
Este protocolo sirve como mejora de la comunicación entre profesionales, beneficiando a las mujeres y niños de una continuidad asistencial entre el hospital y los centros de atención primaria que promueve la lactancia materna.

AUTORES: Teresa De La Huerga Fernandez Bofill[1]; J Sanchez Martin[2]; O Gomez Martin[3]; Mc Sobrados Ferradal[4]; Ms Ochandorena Juanena[5]; S Ruiz Martin[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Jimenez Diaz[1, 2, 3]; Direccion Asistencial Noroeste Madrid[4, 5, 6].

ID: 532

TÍTULO: ANÁLISIS CAUSA RAÍZ: APRENDIENDO CUANDO LOS AGUJEROS DEL QUESO SE ALINEAN

RESUMEN:
El pensamiento sistémico se utiliza como una forma de entender los comportamientos y las acciones en las complejas organizaciones sanitarias. Una premisa importante del concepto es que cada acción en un sistema causa una reacción en otro lugar en ese sistema. Estas reacciones pueden conducir a consecuencias no deseadas, a veces mucho después de la acción original, por lo que no siempre se les atribuyen. El análisis causa raíz (ACR) es una metodología estructurada, centrada en el sistema, para descubrir factores latentes subyacentes en un suceso centinela o incidente crítico y sus causas raíz.
Aplicar el pensamiento sistémico al estudio de una notificación realizada al sistema voluntario de notificación de incidentes de seguridad y eventos adversos del centro.
La herramienta que utilizamos fue el ACR. Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por 10 personas, en el que se siguieron 4 fases:
1. Determinación del mapa de los hechos.
2. Estudio de los factores contribuyentes.
3. Estudio de los puntos críticos y barreras.
4. Propuesta de acciones de mejora.
La notificación analizada fue un error de medicación: administración de dos comprimidos de enalapril de 20 mg a paciente erróneo.
Los factores que se identificaron como contribuyentes fueron la comunicación, conocimientos y competencias, equipamiento (sistema de dispensación automatizada), normas, procedimientos, protocolos y fallo de las barreras de seguridad. Se realizó una descripción de acciones de mejora encaminadas a actualizar y hacer difusión de procedimientos normalizados de trabajo relacionados con la identificación inequívoca y la administración segura de medicamentos, mejorar la formación continuada y se propuso un plan de revisión de los perfiles de acceso al sistema de dispensación automatizada, así como el diseño de un póster con recomendaciones gráficas sobre la administración segura de medicamentos.
El análisis de problemas utilizando un enfoque de pensamiento de sistemas puede ayudar a los profesionales a desarrollar, de forma documentada y bien informada, iniciativas para mejorar la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes para proponerlas a los responsables de la toma de decisiones.
El estudio de caso es específico para un error de medicación en urgencias, en el que todos los agujeros del queso se alinearon, pero las estrategias se pueden aplicar a otras áreas y permite destacar cómo los profesionales pueden utilizar este tipo de enfoque para respaldar la planificación y la implementación de iniciativas de seguridad del paciente.
El ACR se percibió como una herramienta analítica beneficiosa que fomenta el trabajo en equipo y la comunicación entre el personal, promueve la cultura de la seguridad y mejora la calidad y seguridad de la atención al paciente.

AUTORES: Maria Jesús Bertran Luengo[1]; S Jiménez[2]; A Antolín[3]; E Uria[4]; M García[5]; M Castellà[6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Clínic[1, 5]; Área de Urgencias. Hospital Clínic[2, 3, 4]; Servicio de Farmacia. Hospital Clínic[6].

ID: 533

TÍTULO: LA HISTORIA INTERMINABLE... O LA GESTIÓN DE LOS PROYECTOS PILOTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

RESUMEN:
Una práctica habitual en los servicios de salud a la hora de introducir una innovación es diseñar un proyecto piloto con el objeto de evaluar los resultados y decidir la conveniencia o no de la extensión del mismo... pero en muchas ocasiones hay una agenda oculta y estos proyectos son una forma de abordar un cambio necesario pero sobre el que se cierne una gran resistencia. Muchos de estos proyectos pilotos se eternizan y nunca se produce la decisión sobre su extensión o su clausura por no cumplir con los objetivos esperados.
Analizar alguno de los proyectos piloto de desarrollo de la Atención Primaria en Asturias y reflexionar sobre el desarrollo presente y futuro de los mismos.
Se analizan algunos de los proyectos piloto de desarrollo de la atención primaria que han sido más carismáticos en los últimos años, se valora el grado de implantación en el momento actual y se hace una estimación del tiempo que tardarían en ser extendidos a la totalidad de la atención primaria de Asturias o del Área Sanitaria correspondiente. Se analiza la descentralización de la terapia de anticoagulación oral (TAO) a atención primaria en un área sanitaria, el desarrollo de la ecografía en atención primaria en un área sanitaria, el desarrollo de la teledermatología en la Comunidad Autónoma y el desarrollo de la teleoftalmología en la comunidad autónoma. La Descentralización del TAO se inició en un área sanitaria en 2 centros de salud de 59 posibles en 2011, en 2018 seguían siendo los mismos centros. La Ecografía en AP se inicio en 1 centro de salud en 1999, en 2014 lo tenían 3 centros y en 2018, 3 centros de 59 posibles. La Teledermatología en la CC.AA. la tenían 2015 1 centro de AP y en el 2018 está en 41 de 232 posibles.
En el caso de la descentralización del TAO en un área sanitaria llevamos 7 años con 3 centros de 59 posibles. Con esa progresión tardaríamos 206,5años en llevar el proyecto a los 59 centros. El proyecto de desarrollo de la ecografía en AP se inició en 1999 con 1 centro y se extendió a 2 centros más en 2014, 15 años más tarde. Con esa progresión tardaríamos 295 años en extenderlo a los 59 centros del área. La teledermatología se inició en 2015 en 1 centro, en 2018 estaba desarrollado en 41 centros de 232 posibles. Siguiendo ese mismo ritmo de extensión tardaríamos 13,97 años.Conclusiones: En resumen tendríamos el TAO en AP en el año 2.224, la ecografía en AP en el año 2.313 y la teledermatología en el año 2.032. El mundo cambia vertiginosamente y el entorno sanitario aún más... Es obvio que debemos reflexionar sobre los proyectos piloto que se convierten en “Una Historia Interminable”... será por marketing político, será por resistencias insalvables pero los proyectos piloto se deben evaluar y tomar decisiones. El resto genera inequidades, frustraciones en los profesionales y dificultades en la gestión de esas prestaciones...

AUTORES: Ricardo Dios Del Valle; B Prieto Carrocera; A Baltar Barrio; N Izquierdo Garcia; E Velasco Castañon; B Suarez Fernandez.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Area Sanitaria IV.

ID: 534

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE LA TECNOLOGÍA DE IMPRESIÓN 3D COMO HERRAMIENTA DE APOYO EN LA CIRUGÍA

RESUMEN: La Impresión 3D está llamada a revolucionar la medicina. Permite obtener con rapidez, precisión y bajo coste geometrías complejas como biomodelos o guías quirúrgicas. Sin embargo, la Impresión 3D no es un recurso más para el cirujano. Su integración en la práctica cínica habitual requiere de una estrategia de adaptación progresiva, guiada y evaluada. Teniendo en cuenta además, que el marco regulatorio no es específico en este ámbito, el abaratamiento de la tecnología puede provocar un incorrecto uso.A través de este proyecto se impulsa el uso de la Impresión 3D en el ámbito sanitario, facilitando la transferencia de tecnología, conectando los distintos actores implicados, abordando la formación, la difusión, definición de flujos de proceso y normativas, para además hacer de la Impresión 3D un factor de crecimiento inteligente en el País Vasco. El método utilizado ha seguido el siguiente esquema:

- Sesiones de difusión para el acercamiento de experiencias de impresión 3D.
- Formaciones específicas de impresión 3D a diferentes servicios.
- Consolidación de equipo multidisciplinar interno formado por: cirujanos de diferentes especialidades, radiólogos, economistas e Ingenieros.
- Compra de equipamiento básico a través de convocatorias locales.

El proceso consolidado es el siguiente:

- Enlace en la Intranet para la solicitud de modelos 3D. Plataforma de comunicación, control y registro.
- Evaluación del tipo de producto (PS) y viabilidad de fabricación interna o externalización.
- Segmentación de la imagen a través de los puestos de radiología.
- Impresión del modelo 3D desde la Unidad de Innovación.
- Feedback clínico a través de encuestas.

Además del uso de biomodelos para la preparación quirúrgica y explicación a paciente, la apertura de la tecnología está provocando otros resultados:

C. MAXILOFACIAL: Uso de guías quirúrgicas para cortes más precisos y seguros.

C. CARDIACA: Uso de biomodelos para miocardiopatías hipertróficas obstructivas. Cirugía compleja cirujano-dependiente, donde se están utilizando los biomodelos para contar con referencias de cara a la cirugía.

TRAUMATOLOGÍA: Uso de modelos 3D para la preconformación de placas de Osteosítesis en fracturas de pelvis y acetabulo.

NEUROLOGÍA: Desarrollo de una guía para la infiltración de toxina botulínica.

El uso de la Impresión en los diferentes servicios ha permitido desarrollar técnicas que provocan: menor variabilidad clínica, mayor seguridad clínica, mejores resultados quirúrgicos y en algunos casos menor tiempo de intervención. Las encuestas a profesionales sanitarios confirman que la Impresión 3D:

- Permite personalizar y adaptar el tratamiento a cada paciente.
- Facilita la explicación de la intervención al paciente.
- Permite el entrenamiento y/o preparación quirúrgica.
- Facilita el abordaje de la intervención.
- Aporta una mayor confianza de cara a la intervención.
- Supone un ahorro de tiempos de cara al abordaje de la cirugía.

AUTORES: Rubén Israel García Fernández[1]; A Gandiaga Mandiola[2]; L Margallo Itza[3]; F Velasco Juanes[4]; R Voces Sanchez[5]; N Martin Larrañaga[6].

CENTRO DE TRABAJO: OSI EEC - IIS BIOCRUCES[1]; OSI EE CRUCES[2, 3, 4, 5, 6].

ID: 535

TÍTULO: MANEJO DELA ANEMIA PREOPERATORIA EN AL EL PROGRAMA DE PBM EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA SANTANDER

RESUMEN:
La transfusión de concentrado de hematíes es una del los tratamientos más utilizados en la medicina en los que los datos sobre la evolución del paciente y costes económicos sobre los sistemas de salud no han sido suficientemente evaluados
El perioperatorio de los procesos con riesgo de sangrado constituye un escenario en el que cronológicamente se realizan algunas actuaciones para disminuir la administración de hemoderivados y obtener mejores resultados en los pacientes
Aunque el tratamiento de la Anemia preoperatoria se ha demostrado efectivo para conseguir disminución de la administración de concentrado de hematíes durante el proceso quirúrgico, no está suficientemente implementada en los hospitales. Quizás debido a aspectos de falta de conocimiento, formación o de aspectos organizativos Nuestra experiencia constituye un ejemplo de detección y tratamiento de la Anemia preoperatoria en forma adecuado para mejorar los resultados sobre el paciente y que habría que mejorar en el tiempo para que resulte coste efectivo
En complicidad con los Servicios de Análisis clínicos y hematología, realizamos determinaciones analíticas del metabolismo del Hierro en aquellos pacientes con cifras de hemoglobina menores de 12g/dL sometidos a procedimientos quirúrgicos seleccionados por el potencial sangrado que los hiciera subsidiarios de administración de Concentrados de Hematíes durante el perioperatorio.
La cantidad de hierro a administrara viene determinada por la fórmula habitual de nuestro habitual apoyada en la evidencia clínica
Dado que la administración de Hierro por su potencial riesgo de alergia se realiza en el Hospital de di Médico de nuestro hospital.
Desde la instauración del circuito en Abril del 2014 hasta Marzo del 2018 se les ha administrado Hierro intravenoso a 366 pacientes. Por la estructura de nuestro hospital se comenzó con los pacientes de Cáncer de colón. A lo largo del tiempo se han ido incorporando otras especialidades
La experiencia ha sido satisfactoria para los pacientes consiguiendo elevación de las cifras de hemoglobina entre 1-2 g/dl preoperatoria con respecto a los valores de visita preanestésica.
El número de pacientes es pequeño todavía pero sirve para establecer cambios organizativos La secuencia de este proceso está en evolución continua para establecer los cambios organizativos necesarios para la realizar la detección y el tratamiento de la anemia preoperatoria en tiempo y forma adecuado

AUTORES: M Angeles Villanueva Eguaras; cl Esparza del Valle; MS González Barrera; BE Trueba Preciados; CA Romero Almaraz.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

ID: 536

TÍTULO: PARA ESTIMULAR LA MEJORA HAY QUE DEFINIR METAS ALCANZABLES Y REALISTAS.....PUES VA A SER QUE NO...

RESUMEN:
La Gerencia Asistencial de Atención Primara (GAAP), a través del Contrato Programa de Centro (CPC), tiene el compromiso de fijar objetivos para evaluar la gestión de los Centros de Salud (CS). Hasta 2016, la negociación de los pactos anuales con los centros se alargaba hasta mayo-junio siendo esto objeto de quejas por parte de los profesionales que consideraban que, pasado ya medio año, era difícil conseguir los objetivos pactados. El motivo de este retraso era que, para el cálculo de las metas concretas a pactar con cada CS (según fórmulas que proponían un incremento asumible) era necesario tener el dato de cierre para un número importante de los indicadores del CP. Para el cierre del CP se calculan cada año los resultados de casi 300 indicadores para los 262 CS y este proceso es muy costoso.
Con la idea de firmar los CP en el primer trimestre del año, en 2017 no se ha pactado ningún objetivo individualizado entre la GAAP y los CS. El acuerdo implícito ha sido la mejora. Nos preocupaba, sin embargo, que el "no pacto" conllevara un empeoramiento de los resultados de cada indicador y también del nivel de cumplimiento (NC) ya que este se asocia al pago de incentivos.
Determinar el impacto que el cambio a un modelo sin pactos y con un nuevo sistema de valoración genera en los resultados y en el NC del CPC alcanzado por los CS.
Llamamos NC al % de puntos obtenidos sobre los posibles. Cada indicador tiene un valor y, hasta ahora, se conseguía por cumplir un objetivo pactado. Con este nuevo modelo, se consigue el total de los puntos de cada indicador por superar un umbral de excelencia (p75 del cierre del año anterior) y parte de los puntos proporcionalmente según lo alcanzado. En algunos indicadores, existe además un límite inferior de valoración por debajo del cual no se obtienen puntos. Tanto el umbral de excelencia como el límite inferior son iguales para todos los CS (a diferencia de los pactos que se ajustaban al punto de partida de cada uno). Es decir, que los puntos conseguidos premian la posición respecto a los mejores y no, como hasta ahora, el cumplimiento de un objetivo ajustado a cada realidad.
Estudio observacional descriptivo con análisis comparativo de los resultados y de los niveles de cumplimiento total y por dimensiones en los dos últimos años.
Todos los indicadores del CP en los que se ha introducido el "no pacto" se mantienen o mejoran en sus resultados.
El NC medio en 2017 es del 74,17 % frente al 71,% en 2016. El incremento es estadísticamente significativo ($p< 0,05$), tanto a nivel global como en las siguientes dimensiones contempladas en el CPC: calidad científico técnica, satisfacción, accesibilidad, efectividad e innovación y desarrollo.
No se confirma la idea de que no pactar de forma individualizada iba a traer como consecuencia el empeoramiento de los resultados. Tampoco ha disminuido el NC. Esta nueva forma de valoración que premia la posición respecto a los otros es más justa en opinión de los profesionales.

AUTORES: Inmaculada Mediavilla Herrera; E Bartolomé Benito; J Pérez Rivas; M Bayón Cabeza; J Jiménez Carramiñana; M Sánchez Celaya del Pozo.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Asistencial de Atención Primaria SERMAS.

ID: 537

TÍTULO: EVALUACIÓN TRAS DOS AÑOS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE COLON EN UNA COMUNIDAD

RESUMEN: El programa de cribado se inició en abril de 2015, comenzando en una primera fase en tres Gerencias. El 1 de julio 2016, tras una exhaustiva planificación con los recursos disponibles, se hace extensivo a toda la Comunidad Autónoma como objetivo estratégico. Este tipo de programas de prevención son una de las actuaciones preventivo-asistenciales de Salud Pública más eficaces y su objetivo es reducir el número de enfermos (la incidencia), evitar la mortalidad prematura y/o la discapacidad asociadas a la enfermedad y, en definitiva, mejorar su pronóstico. Para conseguirlo del modo más exitoso, su evaluación y seguimiento es primordial. Objetivo general:
Describir el estado de situación del Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal en la Comunidad a los dos años de su implantación.
Objetivos específicos:
1. Describir datos de cobertura y participación en el Programa de Prevención por Áreas Sanitarias.
2. Realizar una aproximación al impacto del Programa mediante el análisis de resultados intermedios.
3. Detectar áreas de mejora tras evaluación

Han sido analizados los datos obtenidos de las bases de datos disponibles tanto clínicas, de atención primaria y hospitalaria, como de gestión así como los principales indicadores de proceso (cobertura por primera invitación, % de participación) y resultado (% de positividad y datos relativos a colonoscopias y su diagnóstico). Los indicadores de proceso son referidos al periodo completo, desde abril de 2015 para las gerencias incluidas en la primera fase o julio de 2016 para aquellas incluidas en la segunda, hasta mayo de 2018 incluido. Aquellos datos de resultado son referidos a 2015 y 2016.
La cobertura por primera invitación obtenida en la región, a fecha de 30 de mayo de 2018, es del 63,89%. Sin embargo no existe constancia de visita a su enfermera de primaria en el 66% de estos casos. El % de participación (test de sangre oculta en heces válido) es de un 37,41%, existiendo variación entre las distintas gerencias en ambos indicadores.
El % de positividad es de un 8,10 siendo excepcional, tras seguimiento semanal en todas las áreas, que una colonoscopia de cribado se demore más de 6 semanas con una demora media de 29, 86 días.
La tasa de aceptación de colonoscopia fue de un 85% en el año 2015 habiendo descendido esta cifra en 2016. Son completas por encima de un 92%.
Solo durante 2015 y 2016, han sido detectados más de 150 cánceres colorrectales y 1856 adenomas de cualquier tipo.
CONCLUSIONES/DISCUSIÓN
1. Es preciso desarrollar estrategias que incrementen la participación de la población.
2. Se hace necesario el seguimiento de todas las personas incluidas en el programa con el fin de asegurar el menor número de pérdidas.
3. La colaboración de todos los implicados en el desarrollo y registro del Programa (Atención Primaria, Hospitales, Servicios Centrales de SESCAM, Consejería de Sanidad así como usuarios y sus familias) se hace imprescindible para el éxito del mismo.

AUTORES: M. Angeles Fuentes Guillén[1]; RM Arizmendi González[2]; ML Torijano Casalengua[3]; C Fernández Buey[4]; A Abaigar Martínez de Salinas[5]; A Caballero Carmona[6].

CENTRO DE TRABAJO: Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha[1, 2, 6]; Servicios Centrales de SESCAM[3, 4, 5].

ID: 538

TÍTULO: CULTURA DE SEGURIDAD TRAS UNA ESTRATEGIA DE CALIDAD

RESUMEN:
Makary et al. se posiciona, cifrando en 251.454 muertes anuales el resultado de los eventos adversos en los hospitales de los EE.UU, convirtiéndose en la tercera causa de muerte en el país. Estos datos reflejan una magnitud del problema cinco veces mayor, casi veinte años después del informe de Kohn L. "To err is Human". En un mundo global España y Cataluña no son ajenas a este problema de salud pública, dónde la tecnificación de los tratamientos y la complejidad de los cuidados en algunas áreas hospitalarias, pueden aumentar el riesgo de que los pacientes padezcan eventos adversos con consecuencias graves.
Por estos motivos se cree necesario medir la Cultura de Seguridad tras la implementación de una estrategia de calidad en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
- Analizar el impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la actitud de los profesionales y auxiliares de enfermería del Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu respecto a la cultura de seguridad.
- Identificar la actitud de los profesionales y auxiliares de enfermería, respecto la cultura de seguridad, en función del género, de la categoría profesional, de los años de experiencia en la institución, de las horas de dedicación laboral y del área de trabajo.
Diseño preexperimental de tipo preintervención y postintervención de un solo grupo, longitudinal y prospectivo.
Los sujetos de estudio fueron los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería adscritos al Hospital General del Parc Sanitari San Joan de Déu en Sant Boi del Llobregat, durante el periodo comprendido entre junio del 2015 a mayo 2017, con una muestra estimada de 276 en el cuestionario preintervención y de 296 en el cuestionario postintervención.
Para la recogida de datos y medición de las actitudes respecto la cultura de seguridad del paciente, se utilizó la versión española del cuestionario HSPSC, traducida y validada por el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, formado por 42 preguntas que se agrupan en 12 dimensiones, además de 2 preguntas de información adicional.
La intervención consistió en una estrategia de calidad en el marco de los objetivos estratégicos de la institución y bajo la orientación de la Unidad de Calidad y Seguridad del PSSJD que consistió en tres aspectos.
La dimensión: "Trabajo en equipo en la unidad/servicio" se comportó como una fortaleza con más de un 75% de respuestas positivas, en las dos administraciones.
La dimensión: "Dotación de personal" se comportó como una de las debilidades o puntos de mejora con más de un 50% de respuestas negativas, en ambas administraciones.
Ser profesional de enfermería, con una experiencia en la institución inferior o igual a 5 años, con una dedicación a jornada parcial y ubicación en el área ambulatoria son las características socioprofesionales que resultaron mostrar una actitud más favorable respecto la cultura de seguridad del paciente.

AUTORES: Ramon Mir Abellan[1]; A Cruz Antolin[2]; ML De La Puente Martorell[3]; A Falcò Pegueroles[4].

CENTRO DE TRABAJO: Parc Sanitari Sant Joan De Deu[1, 2, 3]; Universitat De Barcelona[4].

ID: 539

TÍTULO: DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN LA NORMA UNE EN ISO 9001:2015

RESUMEN:
La Norma UNE EN ISO 9001:2015 introduce de forma relevante, respecto a la versión 2008, el pensamiento basado en el riesgo, de modo que las organizaciones necesitan planificar e implementar acciones para abordar los riesgos y las oportunidades y con ello aumentar la eficacia del sistema de gestión de calidad. Siendo uno de los objetivos institucionales de la Consejería de Sanidad apoyar e impulsar los sistemas de gestión de la calidad, se estimó conveniente elaborar una herramienta práctica orientada a facilitar la aplicación de dicho enfoque
Diseñar y proporcionar una herramienta de carácter práctico para facilitar a los centros sanitarios el análisis de la gestión de riesgos y oportunidades en el entorno de la Norma UNE EN ISO 9001:2015
Planificación (abril 2016-mayo 2017) en fases consecutivas: (a) diseño, (b) pilotaje, (c) difusión.
a1) Grupo Trabajo: Responsables de calidad de 9 hospitales certificados en ISO 9001:2008 del Servicio Regional de Salud y técnicos de la Subdirección General de Calidad Asistencial
a2) Análisis técnico de los cambios introducidos por la Norma 9001:2015, preparación de información básica y soporte inicial basado en el AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)
a3) Dinámica de grupo: Trabajo individual/grupal mediante técnica de consenso para abordar las áreas susceptibles de aplicación y adaptación al enfoque de riesgos
a4) Herramienta. Estructura en 4 apartados relacionados: Riesgos asociados a procesos, partes interesadas (necesidades, expectativas, requisitos), contexto de la organización (cuestiones internas y externas) y oportunidades. Organizado en tablas de cálculo y ejemplos permite el análisis sistemático identificando tipo de proceso/riesgo asociado, causas/efectos, criterios de evaluación (impacto, probabilidad, detectabilidad), exposición (factor/nivel de riesgo) y plan de acción; para el contexto (cuestiones externas/internas) aplicando el DAFO se identifica las causas-efectos, criterios de evaluación (interno: impacto/probabilidad; externo: impacto/factibilidad), exposición (factor/nivel de riesgo) y plan de acción. La herramienta (Microsoft Excel©) permite su aplicación a cualquier tipología de centro y orienta los pasos clave para la adaptación 9001:2015 a sus características
b1) Comprobación práctica de la adaptación sobre casos reales en los 9 hospitales participantes. Revisión y validación final
c1) Divulgación al Servicio Regional de Salud por los canales habituales y publicación digital en biblioteca virtual. Complementariamente se desarrollaron 4 talleres formativos dirigidos a los profesionales (n=122) responsables de su aplicación en los centros sanitarios
Se ha elaborado una herramienta práctica para abordar la complejidad del análisis de la gestión de riesgos y oportunidades derivada de la aplicación de la Norma UNE EN ISO 9001:2015. La adaptación a las características de cada centro es un factor esencial, lo que permite avanzar en la implantación de la nueva versión de la Norma 9001:2015

AUTORES: Esther Moreno Maté; JA Ferrándiz Santos; A Pardo Hernández; C Navarro Royo.

CENTRO DE TRABAJO: Subdirección General Calidad Asistencial.

ID: 540

TÍTULO: POR TI Y POR MI

RESUMEN:
Se recogen quejas y reclamaciones en el SAU, conflictos de canalización y falta de información relacionados con los derechos y deberes de los usuarios, por desconocimiento de las leyes 3/2009 de 11 de mayo de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la región de Murcia y la 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

1. Evaluar grado de conocimiento que nuestros profesionales tienen en legislación en cuanto a derechos y deberes de los pacientes y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Formación para los profesionales de nuestra área.
3. Mejorar conocimientos que nuestros profesionales tienen en legislación sobre derechos y deberes de los usuarios y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Estudio retrospectivo transversal.
Se evalúan 2 criterios

- Nuestros profesionales, también como usuarios, deben saber sus derechos y deberes
- Debemos informar correctamente a nuestros pacientes basándose en estas 2 leyes para ello se diseñó un cuestionario para saber el conocimiento de los profesionales, todos los estamentos,con 3 preguntas y 3 opciones de respuesta (mucho, suficiente y nada/ninguna):
  - Como usuario, ¿Qué sabes sobre tus derechos y deberes?
  - Conoces estas 2 leyes
  - ¿Has consultado el contenido en alguna ocasión?

Cree saber “suficiente” 59%, “no conoce ninguna de ellas” 63%, “no ha consultado nunca” 62%

Se plantea realizar una acción de mejora basada en dar formación, sobre las leyes citadas a todos los profesionales de nuestra área.
Todos los profesionales se han formado mediante 21 sesiones de 1:30”. Con lo que pretendemos disminuir en gran medida los conflictos detectados en SAU mejorando la satisfacción de nuestros usuarios y disponer de profesionales FORMADOS PARA INFORMAR.

AUTORES: Maria Encarnacion Martinez Saorin; A Martinez Gimenez; AB Alcazar Costa; V Rocamora Ruiz; F Moya Escudero; MF Martinez Saorin.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital De La Vega Lorenzo Guirao.

ID: 541

TÍTULO: ACCIONES DE MEJORA TRAS EL ANÁLISIS DE INCIDENTES DE RIESGOS RELACIONADOS CON EL CÓDIGO ICTUS.

RESUMEN:
El Ictus es una de las enfermedades neurológicas más prevalentes, siendo el principal motivo de hospitalización neurológica y una de las que más gasto sanitario consume, tanto durante la fase aguda como posteriormente, ya que es la principal causa de discapacidad en el adulto. La aplicación de un tratamiento adecuado precoz mejora significativamente la evolución de los pacientes, ya que reduce la mortalidad y la probabilidad de dependencia. Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de los pacientes que sufren un Ictus se beneficia de hecho de estos tratamientos específicos y ello es debido, en gran parte, a que no acceden a tiempo a los mismos. Se denomina CÓDIGO ICTUS al procedimiento de actuación prehospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ICTUS con el objetivo de priorizar los cuidados y el traslado inmediato al Centro Útil que requiera cada paciente candidato a beneficiarse de una terapia de reperfusión, y de cuidados neurológicos especializados en una Unidad de ICTUS.
Descripción de las medidas de mejoras recomendadas tras el análisis de los IR relacionados con el código ICTUS.
Estudio descriptivo transversal. Comisión Clínica de Seguridad. Análisis de IR mediante revisión de historias clínicas, fichas y audios y elaborando grupos de discusión incluyendo expertos en la patología como asesores técnicos.
Durante el primer semestre de 2018 se han analizado un total 56 IR de los cuales 12 (21,43%) están relacionados con el ICTUS. Tras su análisis fueron considerados todos IR salvo uno que se descartó.
Se han propuesto un total de 8 acciones de mejora, cabe destacar la realización de acciones formativas sobre semiología neurológica y actualización en el manejo de C.Ictus, mejora de la entrevista clínica en la regulación medica telefónica e implantación de escalas validadas en Centro coordinador y en Ambulancias SVB para los TES.
Los aspectos con los que mayor relación tuvieron a la vista de lo datos fueron relacionados con la inadecuada elección de recurso, exploración neurológica deficiente o inexistente, problemas en la entrevista clínica telefónica dentro de la regulación médica, criterios de inclusión o exclusión escasamente claros y falta de competencia
Todo ello llevo a una demora en el traslado al centro idóneo donde poder aplicar técnicas terapéuticas encaminadas a la reducción de las secuelas del ictus.
De todas las acciones de mejora se han puesto en marcha actualmente 2 de las 8, y el resto se encuentra en ejecución o pendientes de comenzar su ejecución.

AUTORES: Víctor Escudero González; ML Dominguez Perez; F Gutierrez Sanchez; N Riera Lopez; N Garcia Garcia; MA Perez Cuevas

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: 542

TÍTULO: MEDIDAS PROACTIVAS PARA EL CONTROL DE LAS AGENDAS DE CITAS EN PERIODOS DE ALTA FRECUENTACIÓN.

RESUMEN:
Dentro de cualquier equipo directivo existen indicadores de servicios esenciales que son de cumplimiento inexcusable, ligados a la propia dinámica de atención sanitaria, como es la disponibilidad de agendas adaptadas a la demanda solicitada por los usuarios.
Este hecho hace sin embargo que aquellos diseños que pueden ser válidos durante la mayor parte del año, en ciertas épocas, como por ejemplo la época de gripe, haya que habilitar soluciones de planificación estratégica que den respuesta a la demanda, que se puede situar en torno al 30% el incremento de demanda de carácter urgente.
Una vez estudiada la situación de carácter repetitivo, se decidió poner en marcha un sistema de monitorización de agendas, el cual permite el estudio y la posible intervención proactiva dentro de la asistencia normal de los centros.
Objetivo general señalamos dotar de mecanismos de organización de carácter proactivo a los cargos intermedios y al staff directivo del Distrito.
Objetivos específicos:
1.- Adquirir conocimiento sobre la gestión de la demanda.
2.- Planificar intervenciones que puedan minimizar la demora de asistencia.
3.- Dotar de instrumentos de seguimiento en cuanto a consultas disponibles y urgencias atendidas.
4.- Prever la puesta en marcha de recursos extra ante situaciones de bloqueo de citas
5.- Crear una cultura organizacional de reacción proactiva ante la demanda
6.- Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios en 'temporadas pico' de aumento de la frecuentación en los centros
Se ha desarrollado un sistema de monitorización telemática que comporta la siguiente información:
Nº Agendas teóricas de médico de familia existentes en el centro en tramos de mañana y tarde.
Nº Agendas disponibles de médico de familia en el centro en tramos de mañana y tarde para ese mismo días, para las siguientes 24, 48 y 72 horas.
Nº Agendas y cuantas de estas cuentan con citas disponibles consulta de médico de familia para el mismo día, para las siguientes 24, 48 y 72 horas.
Lo que se ha realizado es un cuadro de mandos, el cual es rellenado por cada uno de los directores de las 20 Unidades de Gestión Clínica que componen el Distrito, antes de las 9 de la mañana, donde también se incorporan los datos de asistencia a urgencias de los dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias extrahospitalarias, como el dato de los atendidos en la puerta de Urgencias del Hospital.
Todo ello es auditado aleatoriamente, por el departamento de sistemas de información, para la veracidad de los datos.
Conclusión cada director tiene el dato del porcentaje de agendas de su centro con demora, así como desde la dirección del Distrito, se monitoriza la demora de los centros para el día, para las 24, 48 y 72 horas siguientes, lo que permite con antelación poder intervenir en la dotación de profesionales tanto a la dirección de la unidad, como desde el staff directivo, abriendo una agenda extra para disminuir la demora.
Disminución en un 80% reclamaciones por falta de citas disponibles.

AUTORES: Javier Narbona Rodríguez[1]; JM Cosano Santiago[2]; MA Gálvez Arjona[3]; MI Elías Ordóñez[4]; [5]; [6].

CENTRO DE TRABAJO: DSAP Córdoba y Guadalquivir[1, 2, 4]; AGS Sur de Córdoba[3].

ID: 543

TÍTULO: INCIDENTES DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

RESUMEN:
La coordinación entre los distintos ámbitos y niveles asistenciales por los que transitan los pacientes a lo largo de su proceso de salud-enfermedad está, tiene impacto en salud y en la mejora la eficiencia del sistema. Ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona es un reto, por la creciente complejidad de las organizaciones, la posible fragmentación de los servicios, la amplia variabilidad de la práctica clínica y la tradicional orientación del sistema hacia los profesionales y procesos agudos con solución de continuidad. Existe evidencia científica que la transferencia del paciente es relevante para su Seguridad por la frecuente producción de Incides de Riego (IR) evitables. Ante el elevado número de notificaciones relacionado con la Continuidad de cuidados (CC) la Comisión de Seguridad Clínica se planteó un análisis monográfico centrado en la mejora del proceso.
Describir la mecánica seguida para el análisis de los IR en CC y las acciones de mejora propuestas.
Estudio descriptivo transversal. Comisión Clínica de Seguridad. Análisis de IR mediante revisión de historias clínicas, fichas, informes de derivación (cuando existían) en sesión monográfica por profesionales de la comisión con apoyo de profesionales asesores expertos. Muestreo aleatorio simple del 50% de las notificaciones.
Desde el 1 de enero hasta el 19 de abril de 2018 se recibieron un total de 23 notificaciones de IR en CC, todas ellas catalogadas como Error de medicación en su fase de prescripción.
Las notificaciones se centraban en tres áreas sanitarias muy determinadas.
Se propusieron tras su análisis, 6 recomendaciones. Caben destacar las siguientes: Revisar el modelo de prescripción de CC, crear un sistema de prescripción telemática de CC, concienciar a los profesionales sobre la administración de anticoagulantes subcutáneos de que estos son medicamentos considerados de alto riesgo.
A la vista de los resultados, se evidencia que las causas de los IR eran prescripciones incompletas (falta de dosis y presentación del fármaco prescrito), prescripción de fármacos fuera de comercialización y prescripción fuera de formato oficial. Esto es congruente con los hallazgos de diferentes estudios que revelan los errores de medicación como una de las causas más importantes de IR y EA en la asistencia sanitaria.
El análisis agrupado de Incidentes de Riesgo es un método eficiente para valorar todas las notificaciones relacionadas con el mismo aspecto; en nuestro caso concreto, por operatividad, se realizó el análisis del 50% de escogidos por muestreo simple.
Este elevado número de notificaciones junto con un cambio organizativo dentro del servicio propicio que se pudiera llevar las recomendaciones tras los análisis a una reunión monográfica de los diferentes ámbitos implicados (coordinación de niveles) y todas las acciones de mejora propuestas se encuentran en fase de ejecución.

AUTORES: Eva Maria Aguilar Vivar; V Escudero Gonzalez; A Lopez-Guerero Almansa; A Colomer Rosas; A Villar Arias; P Busca Ostolaza.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 544

TÍTULO: GESTIÓN POR COMPETENCIAS CLAVE: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PILOTO DE AVALUACIÓN GENERAL Y ACCIONES DE MEJORA

RESUMEN:
El "Área de Formación y Desarrollo (AFyD)" de la "Dirección de Recursos Humanos (RRHH)" del centro realiza distintos procedimientos para mejorar las competencias clave de sus profesionales; destacan la "Formación", "Procesos de coaching", "Competencias en Carrera Profesional", "Evaluación 360º" y "Competencias en Grupos de Talento". Si bien, se detectó la necesidad de disponer de una herramienta más sencilla y general que permita valorar globalmente las competencias de los profesionales de la organización, así como identificar profesionales con potencial de desarrollo.
Describir la elaboración e implementación de un nuevo procedimiento del proceso de "Gestión por Competencias (GC)" a partir de un proyecto piloto realizado en 6 equipos sobre la evaluación de sus competencias clave y la realización de acciones de mejora.
El AFyD ha implementado en 2018 la 1ª fase de evaluación del procedimiento piloto en 6 equipos, con un cuestionario básico autoexplicativo, donde cada mando evalúa a la totalidad de sus profesionales con una escala de Likert de 5 puntos (1: nivel bajo; 5: nivel excelente). Se evalúan 6 competencias clave corporativas: 1) orientación al usuario, 2) trabajo en equipo, 3) comunicación, 4) gestión del estrés, 5) orientación a resultados, y 6) adaptación a los cambios; además de 2 competencias de liderazgo para mandos: 7) gestión de personas, y 8) desarrollo de personas. Asimismo, se complementan con: a) una "valoración global final", b) un "nivel de competencia técnica", y c) una "valoración del potencial" (poder asumir responsabilidades en el futuro). Por último, se pedía al mando qué acciones de mejora se propondrían. Se fijaron los estándares ≥ 3,75 sobre 5 por competencia.
En el primer trimestre de 2018 se evaluaron 162 profesionales (10% de la plantilla del centro) de los equipos de: Diagnóstico por la Imagen 58 (36% de profesionales), Laboratorio 35 (22%), Dirección RRHH 19 (12%), Farmacia 18 (11%), Anatomía Patológica 18 (11%), Sistemas de Información 8 (5%), y Calidad y Planificación 6 (3,7%).
Para cada competencia, la media de puntuación (± DE) fue: "variable 1) Orientación al Usuario" 3,8±0,9 (59% superior al "Estándar -≥E-"); variable 2) 3,8±0,9 (62% ≥E); 3) 3,6±1 (59% ≥E); 4) 3,6±0,9 (52% ≥E); 5) 3,8±0,9 (64% ≥E); 6) 3,6±1 (58% ≥E); 7) 3,25±0,9 (25% ≥E); 8) 4,2±0,9 (76% ≥E).
La Para: "a) valoración global" 3,71±0,9 (51% ≥E); b) Competencia técnica 3,75±1,1 (60% ≥E); c) Potencial 1,8±0,7 (64% medio/alto E ≥1,5).
Se han propuesto 20 acciones de mejora: trabajo en equipo, eficiencia profesional, gestión de reuniones, alcance de objetivos previstos, motivación, gestión del estrés, reconocimiento y empatía; a través de acciones formativas y "coaching".
El proceso ha de permitir disponer de un mapa del nivel competencial de los profesionales que componen cada equipo, e identificar personas que presentan un potencial de desarrollo en la organización.

AUTORES: Andreu Aloy-Duch; M Buqueras-Carbonell; C Pla-Poveda; A Espinar-Porcel; L Ibáñez-Roselló; R Lledó-Rodríguez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Granollers.

ID: 545

TÍTULO: COMISIÓN DE ADECUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HOSPITALARIA: INDICADORES Y PRIMEROS RESULTADOS

RESUMEN:
Las comisiones de adecuación pretenden influir, mediante la elaboración e implementación de "recomendaciones" avaladas por la evidencia científica existente, en el diagnóstico y tratamiento de patologías agudas, graves y/o complejas con una alta prevalencia/incidencia, en la evaluación y coste de sus recursos, y con una influencia crítica en la satisfacción de los pacientes.
Presentar los indicadores y los primeros resultados de la implementación de las recomendaciones desarrolladas por la "Comisión para la Adecuación de la Práctica Clínica" (CAPC), para la mejora de la calidad asistencial en todas sus dimensiones, con especial énfasis en la seguridad del paciente, y en la eficiencia (efectividad-coste).
La CAPC, creada en 2017, se reúne 1 hora al mes con una participación interdisciplinar de 12 profesionales especialistas y enfermeras, y ha desarrollado un total de 13 recomendaciones, con sus respectivos indicadores. La difusión se realiza a través de la intranet, con 1 sesión general semestral, y sesiones periódicas internas en los respectivos equipos. El formato de la "recomendación" se basa en una sola cara de una hoja con la evidencia, la conclusión, y los indicadores a evaluar pre- y post- implementación.
Las 13 "recomendaciones" con sus indicadores se han basado en NO UTILIZAR: a) las creatin-kinasa (CK) para el dolor torácico; b) la Rx abdominal extensivamente; c) el cribado repetitivo mediante proteinogramas, hormonas tiroidales, alfafetoproteína, o marcadores tumorales; d) el TAC cerebral urgente fuera de las indicaciones prescritas; y e) el uso sistemático de la ecografía pediátrica en fosas coxígeas, o de antiulcerosos tomando AINES, o de EEG ante un síncope, o de clopidogrel en coronariopatías aguda sin elevación del segmento ST, o de corticoides endovenosos en lugar de orales en la EPOC agudizada, o de aspirina para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular.
Los indicadores y resultados obtenidos en el seguimiento de 6 de las recomendaciones han mostrado una mejora en la adecuación pre- y post-implementación, respectivamente, de: a) las CK (96% y 33%; Estándar "E" de < 5%); b) el cribado tiroidal (ratio FT4/TSH 0,25 y 0,22; E< 0,20)(TSH ingresos/TSH totales 26% y 19%; E< 20%); c) el cribado con proteinogramas innecesarios (5,3% y 3,72%; E< 3,5%) (descenso del 45% entre ambos períodos); d) la Rx simples abdominales innecesarias (54% y 39%; E< 10%).
Es determinante disponer en cada equipo de profesionales clave que elaboren y revisen las recomendaciones realizadas, las evalúen periódicamente, y den soporte a la adecuación (eficiencia – evidencia – coste) de las pruebas diagnósticas y tratamientos en sus áreas respectivas.

AUTORES: Rosa Mª Sabater-Raga; M Pérez-Moreno; Y Galea-Colón; X Mira-Alonso; A Aloy-Duch; M Vila-Senante.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Granollers.

ID: 546

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA: ¿DAMOS EJEMPLO?

RESUMEN:
La dieta mediterránea se caracteriza por el alto consumo de aceite de oliva, fruta, frutos secos, y consumo moderado de pescado, entro otros.
En el estudio PREDIMED, utilizando un test específico y validado sobre la Prevención con Dieta Mediterránea (DM) complementada con aceite de oliva virgen extra y frutos secos, dio como resultado una reducción del 30% del riesgo relativo entre las personas con alto riesgo que eran inicialmente libres de enfermedad cardiovascular.
Conocer el grado de adherencia del personal de una institución sanitaria a la DM.
Para conocer el % de adherencia a la DM se utilizó el test de 14 variables validado para la población española. Al test se le asigna un valor de 1 punto para cada una de las variables con connotación positiva respecto a la DM y un 0 cuando tienen una connotación negativa. A partir de la suma de los valores obtenidos se determina el grado de adherencia a la DM cuando la suma de factores pro-dieta suman ≥ 9 puntos sobre un total global óptimo de 14 puntos.
Se envió por correo electrónico el test PREDIMED en línea, a todo el personal de un centro sanitario hospitalario y sociosanitario.
De los 1.600 profesionales del centro respondieron un 22,6%, con una media de edad 44,6 años (± 10,9), y el 83,4% eran mujeres. La adherencia a la DM de los encuestados fue del 58%.
En relación a las 14 variables, la adherencia a la DM fue alta en cuanto al uso de aceite de oliva cocinando (97%), y la ingesta baja de mantequillas (98%) y refrescos (94%); la adherencia fue baja < 50% con respecto a la fruta, legumbres, pescados, y vino; fue intermedia entre el 50 y el 90%, la cantidad de aceite de oliva, las verduras, las carnes rojas, la repostería, los frutos secos, la carne blanca y los sofritos.
Las siguientes variables han mostrado un mayor grado significativo de adherencia (≥ 9 puntos en el test): tener más edad (P≤0,001; IC 95%: 1,5 a 6,0); ser mujer (60,5%) (p≤ 0,027), la antigüedad> 5 años en el centro (61%) (p≤ 0,01); el personal de enfermería (62,7%) (p≤ 0,031); y tener un contrato indefinido (60,8%) (p≤ 0,028). No mostró más adherencia, el turno de trabajo o de la variabilidad de la jornada.
Globalmente, la adherencia a la DM de los profesionales del centro se ha situado por debajo de la población catalana (72,4% en 2016). Algunas variables son determinantes en la adherencia, como una edad más alta, ser mujer, más antigüedad en el centro, ser personal de enfermería, y con un contrato indefinido. Se detectan oportunidades de mejora en cuanto al consumo de fruta, legumbres y pescado. En relación al bajo consumo de vino, si bien la ingesta moderada puede tener efectos beneficiosos, no se considera necesario estimular su consumo.
En conclusión, hay que desarrollar un programa extenso y ambicioso de intervención, para promover y potenciar la DM entre los profesionales del centro, como patrón saludable para alcanzar sus efectos beneficiosos, mejorar la salud y la calidad de vida.

AUTORES: Rosa Mª Sabater-Raga; A Aloy-Duch; J Serra-Moscoso; J Guerrero-Monge; E Sánchez-Pujol; O Lecina-Novo.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Granollers.

ID: 547

TÍTULO: NUEVA NORMA ISO 9001:2015. ANÁLISIS DE LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES MEDIANTE UN ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS

RESUMEN:
La nueva versión de la norma UNE EN ISO 9001:2015, ha introducido cambios importantes en el sistema de gestión de la calidad de los equipos. Uno de los requisitos más novedosos en la misma ha sido la incorporación del análisis de los "Riesgos y Oportunidades (RyO)". Nuestra institución ha planificado e implantado herramientas de soporte específicas, para llevar a cabo el análisis de los RyO, así como las acciones de mejora para abordarlos, con la misión de disminuir su impacto y detectar nuevas oportunidades.
Presentar y describir los resultados del proceso de detección y priorización de los RyO relacionados con los diferentes procesos, ya sean de la organización (procesos estratégicos y de soporte) como de los procesos clave de los diferentes equipos (direcciones y servicios).
Durante el 2016 la Dirección de Calidad y Planificación evaluó las repercusiones de los cambios con la implementación de la nueva norma ISO en nuestro hospital. La metodología diseñada se basó en un "Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)" y consistió en determinar: 1º: los riesgos que podrían provocar desviaciones en los resultados planificados; 2º: el impacto de los mismos priorizando y puntuando la gravedad, la frecuencia y la detección; 3ª las posibles acciones de mejora para minimizarlos, siempre que sea posible; 4º como evaluar el efecto de dichas acciones preventivas planificadas; y, 5º las oportunidades que se presenten con dicha evaluación. A lo largo del 2017 se planificó e implementó el proceso de RyO en los equipos ISO (anatomía patológica, laboratorio, farmacia, radiología, recursos humanos, informática, y calidad) por lo que respecta a los siguientes 2 ámbitos: 1) formación, y 2) elaboración del mapa de RyO mediante el AMFE.
Durante 2017 los resultados fueron:
1. Formación. Se realizó 1º un curso de 2 horas sobre la nueva norma (194 profesionales), y 2º dos talleres personalizados por equipo de 4 horas (28 profesionales expertos de cada área certificada).
2. Elaboración del mapa de RyO (AMFE). Se han detectado 111 riesgos potenciales y 26 oportunidades. De los riesgos, se han detallado sus posibles causas, las consecuencias y su impacto, evaluando la gravedad (1 leve – 10 catastrófico), frecuencia (1 nula – 10 muy frecuente) y detección (10 fácil – 1 muy difícil) de cada uno de ellos. Se ha considerado un riesgo "bajo control y asumible" en puntuaciones bajas, si se mantienen constantes en el tiempo, o si no precisan de nuevas acciones. En los riesgos más "relevantes" (de mayor impacto o descontrolados durante su seguimiento), se planifican y ponen en marcha distintas acciones preventivas.
En conclusión, la evaluación de los RyO nos ha de ayudar: a) al trabajo en equipo y a la comunicación entre las diferentes áreas; b) a ser proactivos, para evitarlos e implementar acciones de mejora preventivas; c) durante su seguimiento, a valorar las posibilidades de error del proceso, y sus posibles oportunidades.

AUTORES: Rosa Mª Sabater-Raga; A Aloy-Duch; C Villà-Blasco; J Moraté-Cañizares; MD Dalmau-Garcia; P Medina-Ibañez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Granollers.

ID: 548

TÍTULO: ¿CONOCEMOS QUE PACIENTES ATENDIDOS POR UN RECURSO MÓVIL TIENEN MAS RIESGOS DE SUFRIR UN EVENTO ADVERSO?

RESUMEN:
Los estudios epidemiológicos de Seguridad del Paciente evidencian que hay factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que aumentan la probabilidad del paciente de presentar un Evento Adverso. Caracterizar los pacientes en cada medio de atención que son susceptibles de sufrir un Evento Adverso supone un avance en la cultura de la seguridad y concienciación del riesgo del paciente y genera un entorno más seguro y eleva la calidad integral del servicio. Caracterizar los pacientes atendidos por los recursos móviles que son más susceptibles de sufrir un Evento Adverso. Grupo de trabajo interdisciplinar liderado por la Comisión Clínica de Seguridad. Revisión bibliográfica: sobre elaboración de Mapa de Riesgos y factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos (proyecto IDEA). Revisión de la casuística clínica.Auditoría clínica. Tormenta de Ideas de identificación de tipo de paciente con mayor riesgo de EA.Priorización en base a criterios explícitos,valorados de 1 a 5,Frecuencia de atención a ese tipo de paciente y Gravedad de la patología/s y Detectabilidad por parte de los profesionales de que fuese un paciente más susceptible de sufrir un Evento Adverso. Elaboración de resultados. Grupo de trabajo interdisciplinar liderado por la Comisión Clínica de Seguridad. Revisión bibliográfica: Proyecto IDEA. Revisión de la casuística clínica. Revisión informes auditoría clínica. Tormenta de Ideas de identificación de tipo de paciente con mayor riesgo de EA. Priorización en base a criterios explícitos, valorados de 1 a 5, de Frecuencia de atención a ese tipo de paciente y Gravedad de la patología/s y Detectabilidad por parte de los profesionales de que fuese un paciente más susceptible de sufrir un Evento Adverso. Elaboración de resultados. Se identificaron 30 tipos de pacientes.De los tipos de pacientes de priorizados los que ocupaban un percentil 75 o más:

1. Pacientes Pluripatológicos y plurimedicados
2. Pacientes que desconocen sus antecedentes, medicación, donde están los informes o con informes disponibles no actualizados,…
3. Pacientes mayores que viven solos
4. Pacientes con deterioro cognitivo en todos sus grados.
5. Pacientes potencialmente graves
6. Pacientes con Cardiopatías
7. Pacientes anticoagulados.
8. Pacientes Hiperfrecuentadores.

La identificación en nuestro medio de los tipos de pacientes que tienen más probabilidad de sufrir un EA, y que sea de mayor gravedad y que más difícilmente se detecte nos permite en primer lugar valorar si las actuaciones integradas en nuestra Estrategia de Seguridad y desplegadas en objetivos anuales dan respuesta a esta situación, y de otro lado, impulsar actuaciones sobre profesionales, dirección y procedimientos que mejore la cultura de seguridad y disminuya el riesgo de sufrir un EA de estos pacientes.Otra parte nuestro trabajo presenta hallazgos similares a otros en los que la pluripatología, mayores solos, o el deterioro cognitivo se presentan como factores que aumentan el riesgo de padecer EA

AUTORES: Amparo Lopez-Guerrero Almansa; JM Elcano Villanueva; S Navarro Santos; F Gutierrez Sanchez; M Palencia Calzada; JC Cerdeira Varela.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 549

TÍTULO: APORTAR VALOR A LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA, BASANDONOS EN SU EXPERIENCIA

RESUMEN:
La experiencia del paciente consiste en escuchar las necesidades explicitas e implícitas de los pacientes y analizar esa información en el contexto sanitario para alcanzar resultados en salud y bienestar que se puedan medir científicamente.
Estrategia OSI aportar valor. Valor es resultados en Salud + experiencia vital con el proceso + calidad de vidacostes
Valor lo debe definir el Paciente (lo que de verdad le importa)
Para poder avanzar necesitamos conocer sus "momentos de verdad" en el proceso tanto para mejorarlos como para actuar, reforzado aprovechar esos momentos importantes que el Paciente identifica como tal. No es satisfacción, buscamos identificar momentos clave para incorporar lo que de verdad importa.
Ver el proceso de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama desde el punto de vista de las pacientes que lo han vivido.
Aportar valor al Paciente, conociendo la experiencia vital del mismo con el sistema /proceso
Con esta información queremos mejorar las ineficiencias del sistema y desburocratizar la asistencia. Incluir a pacientes como miembros del equipo de trabajo
Grupo focal, Mapa de empatía, Journey Map, encuesta de calidad de vida, encuesta de experiencia de Paciente.
Design thinking
Mejora del circuito de atención a pacientes con cáncer de mama poniendo nuestro esfuerzo en la paciente y en su calidad de vida:
Identificación momentos clave
Identificación interlocutora y puntos de contacto con el sistema (información, llamadas...)
Identificación de mejoras para el rediseño del proceso
Identificación de pacientes susceptibles de entrar en el proceso
Aprendizaje sobre la propia metodología design thinking y experiencia usuario

AUTORES: Estibaliz Izarzugaza Iturrizar[1]; R Benito[2]; R Garcia[3]; A Loyola[4]; A Goñi[5]; I Gallego[6].

CENTRO DE TRABAJO: Osi Ezkerraldea Enkarterri Cruces, Hospital Universitario Cruces[1]; Ruiz De La Peña[2]; Fernandez[3]; Irutegui[4]; De Francisco[5]; Camiña[6].

ID: 550

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN "GLOBAL TRIGGER TOOL" SIMPLIFICADO. ANÁLISIS DE LOS "TRIGGER" Y EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS

RESUMEN:
La notificación voluntaria de "Eventos Adversos (EA)" subestiman la incidencia real de los mismos y son poco confiables. En 2009 se desarrolló el "Global Trigger Tool' (GTT) para la medición retrospectiva de EA, con la identificación de 53 sucesos "alarma" o "trigger', agrupados en cinco módulos: cuidados generales, medicación, quirúrgico, pediátrico y cuidados intensivos. El GTT mide el daño (resultado) y no el error (proceso). Sin embargo, éste el alto número de "trigger" y módulos dificultan en cierta medida el análisis clínico, por lo que sería interesante simplificarlos en unos pocos generales que facilitaran la evaluación de los mismos.
A partir del GTT existente, se presenta un programa de implementación para la evaluación de EA mediante un GTT "simplificado y global", en pacientes hospitalarios de diferentes especialidades, describiendo los "trigger" y EA detectados.
El programa consistió en un estudio concurrente, de los cursos clínicos de pacientes ingresados, observacional y descriptivo, analizando todos los días de ingreso de cada paciente escogido al azar, durante el día del estudio con el GTT "simplificado" en un hospital general de referencia comarcal de 300 camas.
Se recogió el número de historia clínica, la edad, el sexo, los días de estancia, y la especialidad responsable.
Los 53 "trigger" y 5 módulos se simplificaron en 11 "trigger" en un solo módulo único genérico, que se describe en el apartado de resultados. Una vez identificado el "trigger", se buscaba algún EA asociado y, si así fuera, se le asignaba una "Categoría (CAT)" (A a la I) dependiendo del daño aparecido.
Se cribaron 100 historias clínicas. La media de edad fue 66 (+/- 23) años, con un 54% de mujeres; 40% quirúrgicos, 33% médicos, 16% gine-obstetricia, 7% intensivos, y 4% de pediatría; con un total de 624 días de estancia.
Se detectaron 75 (75%) "trigger", en 65 (87%) de ellos se apreció algún error, y en 54 (72%) algún EA. Así, 1) 24% por alguna medicación causante de EA o para tratar un EA, con 94% CAT "E" (error y daño leve)(diarreas); 2) 41% por infección nosocomial, con 87% CAT "E" (flebitis) y 13% "F" (error e ingreso prolongado) (neumonía); 3) 15% por complicaciones postquirúrgicas o post-procedimientos, con 81% CAT "E", y 19% "F" ; 4) 7% por caídas o úlceras por decúbito, todos con CAT "E"; 5) 9% por transfusiones, sin error CAT "A"; 6) 3% por IOT sin motivo o re-IOT, todos con CAT "F"; 7) 1% por inmovilización o contención, todos con CAT "C"; (error sin producir daño) 8) 0% por aumento de urea o creatinina; 9) 0% por reingresos o readmisiones; 10) 0% por AVC nosocomial; 11) 0% por traslado a otros niveles asistenciales o UCI; 12) Diálisis; 13) Estudios de imagen; 14) Otros
Los indicadores finales fueron: 1) 75% de trigger detectados; 2) 86 EA cada 1.000 días de estancia/paciente; 2) 54 EA cada 100 admisiones; y c) 62% de admisiones con EA.
El GTT es una herramienta muy útil para detectar la presencia de eventos adversos.

AUTORES: Andreu Aloy-Duch; R Sabater-Raga; E Micó-Reyes; D Maldonado-López; LL Bancó-Tura; L Molero-Hernández.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Granollers.

ID: 551

TÍTULO: PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN ANTIBIÓTICA (PROA) PARA LA EFICIENCIA EN EL USO ANTIBIÓTICO HOSPITALARIO: RESULTADOS 2015-207

RESUMEN:
El "Programa de Optimización Antibiótica (PROA)" promovido por la OMS, clave para la calidad y eficiencia, y con un desarrollo ya progresivo en varios centros del país, tiene como objetivo mejorar la adecuación antibiótica (AB) respecto al tipo, vía, dosificación y duración. Actualmente, diferentes departamentos de Salud ya incluyen el PROA en los objetivos de salud anuales que trasladan a los distintos centros sanitarios de su territorio, con la participación ya más reciente de la atención primaria en el programa; y todo ello para disminuir los brotes infecciosos, las resistencias AB y el coste farmacéutico.
Presentar los resultados de los 3 primeros años de implementación del PROA en la evaluación del uso de los mismos, y soporte a la prescripción y seguimiento de la terapéutica AB, tanto a nivel general como en los AB restringidos, con el fin de conseguir un nivel óptimo de adecuación y eficiencia, proponiendo e instaurando acciones de mejora individuales y grupales.
El Equipo PROA está constituido por un médico internista (80% de dedicación) y una enfermera (100% de dedicación) expertos en infección, una microbióloga, una farmacéutica, una traumatóloga y un intensivista. En enero de 2015, desde la Comisión de Infecciones (CINF) se inició el programa PROA con un conjunto de objetivos, actividades e indicadores, para obtener una mejora en la adecuación AB, la disminución y control de brotes, las resistencias AB y el coste. La CINF da soporte al PROA, con recomendaciones sobre protocolización y acciones de mejora. El equipo documentó el "proceso PROA", y las funciones asignadas a sus profesionales; monitorizando online (80%) y/o presencialmente la antibiticoterapia con reuniones semanales, la prescripción y administración diarias, la adecuación a "guía", la duración < 9 días, y/o el uso de AB restringidos (vancomicina, linezolid…); dando apoyo diario al código sepsis, y realizando las interconsultas sobre infección para todo el centro.
Entre 2015-2017 se evaluaron 583, 1317 y 569 pacientes respectivamente, proponiendo cambios de AB en el 46%, 37% y 63% (con una media anual de 1,5 pacientes al día). Más del 90% de los profesionales aceptaron dichos cambios. Los tipos de intervención realizados anualmente fueron: retirar AB (48%, 40% y 16%); simplificar AB (1%, 42% y 48%); y, optimizar AB (1%, 17% y 35%). La vía endovenosa es muy prevalente (70%, 79% y 86%). Su usan > 1 AB en el 41%, 35% y 40%; los servicios más evaluados son medicina interna (32%, 27%, 24%), traumatología (16%, 20% y 28%), cirugía (17%, 12% y 18%) y medicina intensiva (13%, 14% y 17%). El coste AB disminuyó entre 2015 y 2016 en un 30%, y entre 2016 y 2017 un 10%.
En conclusión, los resultados de la implementación del programa PROA están significando un cambio importante, tanto en la calidad como en la eficiencia de la prescripción, seguimiento hospitalario y coste AB.

AUTORES: Andreu Aloy-Duch; J Cuquet-Pedragosa; D Maldonado-López; C Martí-Sala; R Lledó-Rodríguez; P Garro-Martínez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Granollers.

ID: 552

TÍTULO: LEAN EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UNA UNIDAD DE NEUROLOGÍA: ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO, Y ACCIONES DE MEJORA

RESUMEN:
La metodología Lean propone la participación directa de los profesionales del equipo que trabajan en el proceso a mejorar, la utilización de herramientas LEAN, la implementación de acciones dirigidas a la mejora para eliminar las actividades sin valor (muda), y su seguimiento en reuniones periódicas de seguimiento.
Evaluar, mediante LEAN, el proceso de atención ambulatoria de una "Unidad de Neurología" (UNEURO), implementando distintas acciones de mejora para disminuir el índice de reiteración (IR), la demora en el tiempo de espera de una 1ª visita y, en consecuencia, mejorar la lista de espera en las primeras visitas de consulta externa (CCEE).
La UNEURO realiza >90% de su actividad general en CCEE, agrupada en visitas y pruebas complementarias ambulatorias en sus procesos clave. Se constataba un aumento progresivo de las listas de espera en las primeras visitas de CCEE. Para el LEAN, se realizó una 1ª fase diagnóstica cualitativa (90 min.) con todo el personal implicado, y se utilizaron las herramientas LEAN "5S" y "Visual Stream Map (VSM)"; una 2ª fase diagnóstica analítica simultánea (4 horas); y una 3ª fase, post-implementación de "Acciones de Mejora (AM)", con los indicadores pre- y post-.
Los indicadores y estándares (E) globales en CCEE, por proceso patológico y por profesional, con sus resultados y la propuesta de AM fueron:
1. IR global UNEURO 3,7 (estándar "E"< 2), y por profesional (1,15 a 8,6). AM: a) concienciar y consensuar criterios de alta de CCEE; b) en cada CCEE dar 1-2 altas como mínimo. Así, post-AM, el IR de mayo-junio 2017 vs 2018 ha sido 3,96 vs 3,27 (reducción del 17 %).
2. Tiempos de demora en los 4 "tiempos" del VSM, desde la solicitud de una 1ª/2ª visita hasta el día de visita. Demora global UNEURO (planificación 30 días, citación 65 días, espera 15 min, y visita 23 min). AM: con las 5S se estandarizaron tiempos y funciones profesionales; se concienció y controló la puntualidad de 3 sobre 7 médicos; se propuso delegar actividades a enfermería, y aumentar las consultas virtuales, e-mail y telefónicas. Así, post-AM, los tiempos de espera de una 1º visita comparando enero-junio 2017 vs 2018 han sido 61,7 vs 45,5 días.
3. El 15% de pacientes no acudían a las visitas. AM: se propuso citar per overbooking (en un 10%) en las CCEE con más ausencias, y que la administrativa recordara a los pacientes 4 días su visita.
La tasa de pacientes ausentes ha sido de mayo-junio 2017 vs 2018 del 13% vs 5,47%.
4. El 5% de las visitas solicitadas eran inadecuadas clínicamente por complejidad (E ≤ 5% de inadecuación)
El LEAN ha sido clave en la disminución del índice de resolución, del tiempo de demora para una 1ª visita y del % de pacientes no presentados, reflejo del trabajo, motivación y eficiencia alcanzada por el equipo de neurología.

AUTORES: Rafael Lledó-Rodríguez; D Cocho-Calderón; A Aloy-Duch; M Massó-Garolera; A Boltes-Alandí; RM Sabater-Raga.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Granollers.

ID: 553

TÍTULO: IMPACTO DE UNA ACCIÓN FORMATIVA SOBRE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS

RESUMEN:
La evaluación de la formación en las organizaciones es una estrategia necesaria para garantizar la calidad de las acciones formativas que se llevan a cabo.
La evaluación del impacto de una acción formativa, como un tipo concreto de evaluación, permite identificar los efectos reales que la formación tiene en la organización.
Se pretende valorar cómo incide una acción formativa sobre los resultados en calidad de cuidados medidos mediante los indicadores recogidos en Acuerdo de Gestión 2017 (AG_2017). La mejora en estos indicadores supone la consecución de los objetivos planteados en la acción formativa, que se pueden resumir en describir los indicadores de calidad de cuidados de enfermería incluidos en AG_2017 e identificar los registros de historia clínica fuente de datos para cada indicador.
Características de la acción formativa: formación en horario de trabajo, para asegurar el acceso de la mayoría de profesionales es necesario programar 10 ediciones (2 por cada día de formación), durante 5 días (1 por cada clave).
Para interferir lo mínimo posible en la atención al paciente se buscan los horarios de menor actividad.
Se evalúa el impacto de la formación contrastando los resultados en los indicadores de calidad de cuidados previo a la formación y un mes posterior a la formación.
La fuente de datos para la obtención de resultados de los indicadores es la herramienta de gestión de la información que utiliza el servicio de salud, denominada Portal de Inteligencia de Negocio (PIN).
Para la evaluación inicial se utilizan los datos de PIN de Septiembre de 2017 y para la evaluación final los datos de PIN de noviembre de 2017.
Los datos se han analizado utilizando las herramientas de SEQUALITA
Se observa una mejora absoluta y relativa en 7 de los 8 indicadores evaluados, siendo esta estadísticamente significativa en 5 indicadores (Plan de Acogida 36,88%, Valoración temprana del riesgo de UPP 47,72%, Valoración temprana del riesgo de Caídas 47,64% y Altas hospitalarias con informe de continuidad de cuidados 32,74%).
Del análisis de los indicadores de calidad de cuidados hospitalarios incluidos en acuerdo de gestión se concluye que están mediados por la calidad del registro.
En la reevaluación se observa una mejora de los registros en general, con mejora en los indicadores en los que un buen registro supone mejores resultados (Plan de Acogida, Valoración temprana del riesgo de UPP, Valoración temprana del riesgo de Caídas y Altas hospitalarias con informe de continuidad de cuidados) y una estabilización o empeoramiento en los indicadores favorecidos por el infraregistro (Pacientes con UPP desarrolladas durante la estancia hospitalaria, Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en el Hospital, Flebitis y Extravasación).
Los resultados de la reevaluación más la retroalimentación recibida desde los profesionales que asisten al curso indica que se han alcanzado los objetivos planteados en esta acción formativa.

AUTORES: Juan Antonio Lopez Garcia; M Gomez Ruiz.

CENTRO DE TRABAJO: Área IV-Noroeste.

ID: 554

TÍTULO: PLAN DE ADECUACIÓN DE SOLICITUD DE DETERMINACIONES DE 25-OH-VITAMINA D Y PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS PARA SU SUPLEMENTACIÓN

RESUMEN:
La determinación de vitamina D y su suplementación se ha instaurado como una práctica clínica habitual sin haber demostrado su mejora en resultados en salud en la población, incluso estando en debate en la actualidad si los niveles considerados de referencia están correctamente calculados.
En los últimos seis años se ha producido un incremento anual del 30% aproximadamente respecto al año anterior en las peticiones de determinación de Vitamina D en nuestro Área de Salud, suponiendo un incremento total del 487% desde 2012 al 2017, que no responde a razones de crecimiento demográfico ni a cambios en las indicaciones de la determinación.
Diseño y ejecución de un plan de adecuación de determinaciones de Vitamina D y prescripción de suplementos en el ámbito de Atención Primaria y Hospital.
El Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) realizó una revisión bibliográfica para determinar en qué grupos de población está indicado su determinación, el manejo farmacoterapéutico de su suplementación y cada cuánto se debe monitorizar. Los aspectos en cuanto a determinaciones analíticas fueron consensuados con el Servicios de Análisis Clínicos del hospital de referencia, que por su parte, los aplicaron al procesamiento de muestras:
- El tratamiento de repleción se reevaluará no antes de 4 meses.
- El tratamiento de monitorización se reevaluará no antes de 6 meses.
- Para las sospechas de toxicidad se determinará el calcio únicamente, y si está elevado el laboratorio ampliará la petición para 25-OH-Vitamina D.

Todas las peticiones que no se ajusten a estas reglas se rechazarán.
En cuanto a la indicación de la petición, en el momento actual no es posible su explotación, por lo que no se aplicó ninguna restricción.
El plan entró en acción en marzo de 2018.
A partir de la implantación, en el periodo abril-mayo 2018 se han solicitado el siguiente número de determinaciones de 25-OH-Vitamina D: 3.579, 698 (en hospital) y 1.763, 184 (en atención primaria), rechazándose 698 (19,5%) y 184 (11,6%) respectivamente.
En total, se han rechazado un 16,5% de las peticiones, suponiendo un ahorro total de 2.646€.
Este ahorro se irá amortiguando a lo largo de los meses, ya que los profesionales 'aprenderán' a no solicitar la determinación. Se habrá conseguido el objetivo principal del plan, realizar las determinaciones sólo cuando está indicado.

AUTORES: Sara Barbadillo Villanueva[1]; S Gundín Menendez[2]; MC Marquina Verde[3]; MV Poncela García[4]; MC Ibáñez Rodriguez[5]; M Puente García[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Atención Primaria De Burgos[1, 3]; Hospital Universitario De Burgos[2, 4]; Inspección De Farmacia Burgos[5, 6].

ID: 555

TÍTULO: SIGUIENDO EL RASTRO DE CADA PERSONA SOMETIDA A CRIBADO DE CÁNCER EN UNA COMUNIDAD: INDISPENSABLE EN EL PROGRAMA

RESUMEN:
El cribado de cáncer colorrectal se realiza en nuestra Comunidad desde el año 2015.
Requisitos para la implantación de este programa son disponer de un sistema de información para integrar toda la gestión del programa y coordinar el proceso completo y que permita el control de resultados para asegurar que los objetivos se están cumpliendo, que se alcanzan los estándares adecuados y que el programa es eficiente.
Todos los implicados solicitan información sobre el trabajo que realizan y la obtención de sus resultados especificos supondría una motivación para su mejora.
Desarrollar el sistema de control del proceso y el cuadro de mando integral del Programa Poblacional de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal adecuado para su seguimiento y evaluación, con el mayor acceso posible.
Se desarrolló en distintas fases:
1. Constitución de un grupo de trabajo compuesto por técnicos del Área de Tecnologías de Información, del Área Asistencial y de Salud Pública.
2. Conexión de los distintos subprocesos, desde la invitación del ciudadano hasta la obtención del resultado final mediante realización de colonoscopia, si se precisa. Para ello se ha utilizado una herramienta de gestión de procesos de negocio y realización de flujos de trabajo que integra las bases de datos institucionales implicadas.
3. Estudio de la potencial obtención de información y selección de la misma.
4. Diseño del cuadro del mando con acceso a determinar.
Se ha logrado gestionar la planificación de invitaciones de modo centralizado definiendo el número de pacientes a invitar por gerencia y con posibilidad de elegir, estableciendo una prioridad y una periodicidad y controlando las devoluciones. Desde ese momento se realiza un seguimiento de la ejecución de cada tarea de todos los involucrados (Atención Primaria, Laboratorio, Digestivo, Anatomía Patológica). Se registra cada paso, lo que permite consultar el estado de cada paciente, alertando de tareas pendientes o que superan los tiempos definidos. Se controla que el paciente no se realice pruebas innecesarias si no están establecidas.
Se ha logrado conectar la historia de Atención Primaria y Hospital migrando la información entre una y otra.
El cuadro de mandos consta de 3 apartados, el primero con los indicadores principales, el segundo con el detalle y distintos filtros que permiten conocer los estados de los pacientes y un tercero que permite obtener resultados intermedios (calidad diagnóstica, diagnósticos realizados y actitud) y control del proceso desde un punto de vista de Salud Pública. Es accesible por usuario según permisos.
CONCLUSIONES:
1. La colaboración interdisciplinar es fundamental para obtener una adecuada calidad en un proceso de esta envergadura.
2. Se ha conseguido un control muy adecuado de todo el proceso, si bien será necesario realizar un seguimiento estrecho y mantener un equilibrio entre la rigidez que permite su control y evaluación y la realidad cotidiana necesaria para el manejo clínico.

AUTORES: María Luisa Torijano Casalengua[1]; J Lucendo Fernández[2]; V García Moreno[3]; J López Díaz[4]; A Abaigar Martínez de Salinas[5]; L Morell Baladrón[6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicios Centrales de SESCAM[1, 4, 5, 6]; Gerencia Atención Integrada Alcázar de San Juan[2]; Telefónica[3].

ID: 556

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN RCP POR PARTE DE FORMADORES INTERNOS EN SOPORTE VITAL BÁSICO

RESUMEN:
El Plan Nacional de RCP (PNRCP) contempla en su Misión, que todos los profesionales sanitarios y también los ciudadanos han de tener un nivel de conocimiento y habilidades que corresponda a su competencia ya sea medidas básicas, inmediatas o avanzadas en Soporte Vital Básico.
En Clínicas MC Mutual, mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, decidimos alinear nuestro Plan de Formación Anual a las recomendaciones del PNRCP y Consejo Europeo de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP).
En el año 2015 se decidió incluir en el Plan de Formación Anual, la formación de los miembros de la comisión como Instructores de RCP básica con la finalidad de que estos instructores siguieran con la formación interna pero en este caso sería una formación reglada y acreditada.
Valorar la opinión y experiencia de los profesionales en la formación en Soporte Vital Básico + Desfibrilador Externo Semi Automático (DESA), dos años después de su puesta en marcha
Se inició la formación en el segundo semestre del 2016, realizándose 8 cursos de 8 alumnos cada uno, y dos instructores cada año. El periodo evaluado es desde el inicio del programa hasta el primer trimestre del 2018.
Estos cursos son dados de alta en SEMICYUC ya que es el organismo acreditador, y se realiza bajo las directrices de éste, respecto a ratio alumnos/instructores, horas lectivas, cronograma, material docente y contenidos.
Las formaciones se estructuraron en 8 horas dentro de las cuales había 2 horas teóricas, tiempo de descanso, 4 horas de práctica y 1 horas para el examen teórico/práctico
Se han formados 186 profesionales sanitarios y no sanitarios, representa el 86% de los profesionales de las clínicas.
La satisfacción general de los cursos ha sido de 8 sobre 10, la utilidad y la capacitación de esta formación son las mejores consideradas (10 sobre 10).
En la valoración cualitativa de la formación los profesionales consideran como elemento clave que los formadores internos sean elementos de referencia fomentando un feed-back continuo en relación a la respuesta en situaciones de emergencia vital.
Los profesionales han manifestado su satisfacción en la realización de la formación, encuentran positivo la familiarización con el DESA, y que es de gran utilidad y que contribuye directamente a su capacitación profesional.
Los profesionales valoran positivamente disponer de personal de referencia propio en las clínicas ya que fomenta la confianza en situaciones de PCR, además de contribuir en la actualización de conocimientos.

AUTORES: Carolina Jimenez Gonzalez; R Caballero Muñoz; L Cabot Mota; R Tudo Puig; A Ayala Jou; DJ Moya Alcocer.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 557

TÍTULO: EXPERIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.

RESUMEN:
La idea de Medio Ambiente se encuentra imbricada en la de desarrollo sostenible que garantice una adecuada calidad de vida para las generaciones actuales y futuras, y por ende, con la responsabilidad social que deben asumir todas las organizaciones, especialmente las sanitarias. De aquí la relevancia de implantar un sistema de gestión ambiental (SGA) que optimice los consumos y la gestión de residuos y minimice el impacto sobre el entorno. Implantar un SGA implica para la organización reducir su impacto sobre el medio y realizar acciones que redunden en una mejora del entorno y la biodiversidad.
Implantar un SGA en un servicio de urgencias extrahospitalario.
Creación de la Comisión Ambiental. Formación específica. Análisis DAFO (análisis incluso de las características específicas: dispersión de centros y bases, recursos móviles). Diseño de un plan de acción para la implantación del SGA (Etapas, Cronograma, Recopilación de la Información).
Constitución del Comité de GA presidido por el Gerente. Se nombró al Responsable de GA, los componentes del Comité son los dinamizadores y responsables de la implantación del sistema.
Planificación de Actividades:
1.- Aprobación de la Política Ambiental y elaboración de la documentación del SGA
2.-Evaluación e identificación de aspectos ambientales y revisión de requisitos legales.
3.- Planteamiento de objetivos y metas dentro de un programa de Gestión Ambiental.
4.- Actividades de difusión y comunicación del SGA: 2 cursos para mandos intermedios, y 2 cursos de Auditores Internos en Norma ISO 14001:2015 y 8 talleres de Buenas Prácticas Ambientales, otras actividades divulgativas.
5.- Actuaciones orientadas a la certificación en UNE EN ISO 90001:2015
En 2017 se alcanzaron los siguientes hitos:
- Disminución de residuos Clase V en un 61,17% (de 1116,45 kg en 2016 a 433,50 kg en 2017).
- Instalación de luminarias Led.
- Sustitución de grifería incorporando temporizador.
- Adquisición de puntos de segregación.
- Establecimiento de alianzas estratégicas en materia ambiental.
- Reducción del consumo de papel con la historia clínica electrónica.
- Compra de productos sanitarios con poco embalaje, y reciclado del mismo.

Una vez analizado el contexto de la organización y sus características, se ha visto que no todas las instalaciones se encuentran bajo el control de la organización, por lo que en la definición del alcance en esta fase inicial, se restringe a aquellas que están controladas de forma directa.
Disponer de un SGC implantado ha facilitado el despliegue del SGA. Es fundamental la implicación de la alta dirección a la hora de implantar un SGA, no sólo por la necesidad de recursos, sino por el liderazgo que ofrece dentro de la organización generando la cultura del cuidado del medioambiente entre los profesionales y usuarios.
El informe de situación inicial permite dirigir los esfuerzos a aquellas debilidades del sistema y priorizar su mejora en aras de conseguir la certificación.

AUTORES: Victor Escudero Gonzalez; A Villar Arias; C Fernandez Merchan; MV Perez Fernandez; MV Hernandez Jaras; P Busca Ostolaza.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 558

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA 2017.

RESUMEN:
La lista de verificación de seguridad quirúrgica, propuesta por la OMS, garantiza el cumplimiento de las normas imprescindibles de seguridad, reduciendo las complicaciones y la mortalidad relacionadas con la cirugía. En el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa fue implantada en el año 2010 y desde entonces se hace un seguimiento anual de la cumplimentación.
Evaluar el grado de utilización y cumplimentación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en el año 2017; conocer el grado de cumplimentación global y por apartados de la LVSQ, y analizar la cumplimentación en el año 2017 en relación con los años previos.
Estudio observacional, transversal, mediante auditoría de historias clínicas, analizando una muestra aleatoria por conglomerados de las intervenciones realizadas entre el 25 de septiembre y el 31 de octubre de 2017. Se consideró utilización de la LVSQ la existencia del formulario de LVSQ cumplimentado en la Historia Clínica. Se consideró verificación CORRECTA de la LVSQ si todas las casillas estaban marcadas en las tres columnas principales: “ENTRADA, “PAUSA” y “SALIDA” (17 ítems).
Se revisaron 151 casos, 53% varones, de edad media 57 años. Se analizaron 114 casos de cirugía programada (78%) y 32 casos de cirugía urgente (22%). La utilización de la LVSQ alcanza en 2017 un 96% (IC95%: 92,9% a 99,1%) de las cirugías, lo que supone el nivel máximo de utilización desde su implantación en 2010. El análisis por apartados muestra una cumplimentación baja en el grupo de ítems de “ENTRADA” (65%; IC95%: 57,2% a 72,8%), y aceptable en “PAUSA” y “SALIDA” (97,9%; IC95%: 95,6% a 100% y 91,0%; IC95%: 86,3% a 95,7%, respectivamente). En la cirugía programada, con respecto a la urgente, se observó una mejor cumplimentación en todos los apartados, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. La cumplimentación correcta de todos los ítems de la LVSQ fue de un 60% (IC95%: 52% a 68,5%), dato inferior a años anteriores.

Hay una tendencia de incremento de la utilización de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ), alcanzando el 96% de las intervenciones quirúrgicas analizadas en 2017. Aceptable cumplimentación de pausa y salida, sin embargo, continúa existiendo una oportunidad de mejora en cumplimentación de entrada y firma/nombre anestesista. El seguimiento de la cumplimentación del LVSQ y el establecimiento de un adecuado feedback con los profesionales implicados favorece su utilización.

AUTORES: Julián Mozota Duarte; A Chaure Pardos; P Cascán Herreros; J Guillén Antón; M Elia Guedea; JM Lasierra Sanromán.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

ID: 559

TÍTULO: MEJORES PERSONAS MEJOR LIDERAZGO

RESUMEN:
Nuestra institución dispone de un plan estratégico y de herramientas para la gestión de las competencias de gestión de las personas. La mejora del liderazgo de los equipos es por tanto un objetivo estratégico de nuestra organización.El plan estratégico del territorio se propuso orientó a elaborar sistema cuantitativo que permitiera tomar decisiones en el momento de establecer planes de desarrollo para los equipos.
Que todos los mandos intermedios de la organización tengan un plan de desarrollo individual.Tener información objetiva para definir acciones de desarrollo individuales y grupales. Medir objetivamente el impacto de las acciones con datos antes y después del desarrollo de las acciones.
Hemos usado la metodología de gestión por competencias de McClelland.Hemos usado registros de observación directa, entrevistas de incidente crítico, y herramientas estándar de detección de habilidades directivas. Diccionario de competencias. El resultado fueron 50 informes estándar uno por mando.
Los resultados quantitativos se explotaron en una Base de datos y se segmentaron por las tres posiciones de dirección: Director/Adjunto/Responsable Admin.
Se han evaluado un total de 43 profesionales
Se han realizado 31 entrevistas de incidente crítico y otras 31 de feed-back del informe.
Se han administrado 12 cuestionarios on-line respondidos por un total de 204 profesionales
Se han elaborado 43 informes de competencias y un informe de análisis de conclusiones.
Los resultados obtenidos han permiten establecer por un lado el nivel competencial general de todos los mandos intermedios de la organización. Los Podemos comparar por posición. No se han observado diferencias significativas entre habilidades en lo que respecta a las tres posiciones del equipo directivo. Será importante organizar acciones tanto individuales como grupales orientadas bien a mejorar el nivel competencial actual de las competencias con menor puntuación bien a mantener aquellas competencias en las que el nivel es alto.
Competencias nivel alto:
Orientación al servicio mediana 3,86 / 5
Liderazgo mediana 3,84 / 5
Desarrollo de personas y de equipos mediana 3,82 / 5
Competencias a desarrollar:
Adecuación al cambio y flexibilidad mediana 3,09 / 5
Mejora y aprendizaje permanente mediana 3,08 / 5
Efectividad y orientación al logro de resultados mediana 3,05 / 5
Es importante establecer el plan de desarrollo individual en una reunión para ganar el compromiso del profesional con el mismo. Evaluaremos el porcentaje de acciones realizadas.A nivel colectivo tenemos una detección de necesidades para establecer el plan de formación de 2019 de los mandos de nuestra organización.
También tenemos un nivel inicial de referencia que podremos comparar en dos años si volvemos a aplicar la misma metodología y será la referencia para ver si los valores mejoran, siguen igual o disminuyen.

AUTORES: Albert Adam Morell[1]; Y Menjibar Garcia[2]; A Cortes Cortes[3]; A Matamoros Bru[4]; C Ribes Moreno[5]; N Camñes Garcia[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Joan XXIII[1]; Atenció Primària Tarragona[2, 3, 4, 5, 6].

ID: 560

TÍTULO: HAGAMOS QUE LOS PROFESIONALES PARTICIPEN Y MEJORARAN LOS RESULTADOS: LA EXPLORACIÓN DE PIES DIABÉTICOS

RESUMEN:
La diabetes mellitus tiene una gran prevalencia, cercana al 12%. España es el país Europeo con mayor tasa de amputaciones en pie de pacientes diabéticos (tasa 26/100.000). 4 de cada 10 diabéticos sufrirá una amputación. El cuidado del pie diabético se conforma como una estrategia clave en salud pública para reducir las tasas de amputaciones en estos pacientes. A pesar de ello, los resultados que nos arroja el sistema de información de Atención Primaria apuntan a que la exploración de los pies en pacientes diabéticos es una excepción. Con el objetivo de promover la instauración de la práctica de la exploración de pies a nuestros pacientes diabéticos se establece una acción desde el Comité de Diabetes del Área IV basada en dotar del material necesario para la misma a los equipos de AP (diapasones/monofilamentos) y en desarrollar una actividad formativa corta con el objetivo de sensibilizar y mejorar la capacitación de los profesionales.
Evaluar el proyecto de mejora encaminado a incrementar el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les realiza la exploración de pies.
Diseño: estudio descriptivo transversal.
Ámbito: Área Sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
Período: Se realiza un corte pre-implantación (datos de enero a diciembre de 2017) y un corte en abril de 2018 que incluye de enero a abril de 2018 tras la implantación.
Población: Todos los pacientes registrados en OMI-AP como Diabéticos.
Variables: Se evalúa el % de pacientes diabéticos con exploración de pies realizada a diciembre de 2017 y en abril 2018.
Análisis: Se analiza las diferencias encontradas entre los datos preimplantación (enero-diciembre 2017) y tras la implantación (enero-mayo2018). Así como la comparación enero-mayo 2017 y enero-mayo 2018-
Durante el 2017 se había realizado la exploración de pies al 15,32% de los pacientes diabéticos en el Área IV. Tras la implantación del programa se había realizado la exploración de pies al 19,44% , lo que significa un crecimiento de 4,12% en 5 meses. En el momento de la evaluación se había realizado la formación en 8 de 23 zonas de salud (34,78%), quedando pendiente el resto. la evolución de los resultados de Enero a Mayo de 2017 fue: 15,59, 15,57, 15,99, 15,32, 15,45. En 2018 fueron: 15,69, 16,04, 16,09, 16,63, 19,44. Conclusiones:Establecer estrategias participativas con implicación de todos los agentes protagonistas del proceso asistencial es una herramienta útil para lograr una mejora progresiva de la atención prestada a nuestros pacientes diabéticos. Observamos como el resultado es progresivamente mejor y esperamos que tras el verano el porcentaje de mejora aumente según reforcemos la formación a otros centros.

AUTORES: Belen Prieto Carrocera[1]; M Alonso Fernández[2]; A Baltar Barrio[3]; E Menendez Torre[4]; R Villa Estebánez[5]; R Dios Del Valle[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Area Sanitaria IV[1, 3, 6]; Centro Salud La Ería[2]; Hospital Universitario Central De Asturias[4]; Centro De Salud De Grado[5].

ID: 562

TÍTULO: MANEJO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA

RESUMEN:
La información y comunicación con el paciente y su familia requiere de conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren su eficacia. Los profesionales tienen la responsabilidad de proporcionar a los usuarios información adecuada a sus necesidades para ofrecer una atención sanitaria de calidad.
En el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria promueve el manejo de habilidades de comunicación adecuadas a través de un informe de reflexión donde los profesionales analizan los puntos para encuadrar la entrevista con pacientes y/o familiares en situaciones conflictivas, en las que requieren negociación, en las que participan pacientes con diferencias transculturales o en las que implican la transmisión de malas noticias.
Conocer los aspectos que los profesionales sanitarios del SSPA ponen en valor para una comunicación eficaz con el paciente y su familia.
Tamaño de la muestra: 1509 informes de reflexión evaluados sobre manejo de las habilidades de comunicación correspondientes a la última versión de los manuales de acreditación.
Periodo de estudio: septiembre 2015 - abril 2018.
Tipo de diseño: Análisis descriptivo.
Instrumento: aplicación informática Me_jora P, herramienta para la realización del proceso.
Aspectos señalados por más del 50% de los profesionales en relación a sus habilidades de comunicación:
- Empatía (76,28%).
- Escucha activa (76,14%).
- Uso de vocabulario sencillo, preciso y comprensible (55,93%).
Aspectos señalados por menos del 15% de los profesionales:
- Abordaje de la posibilidad de suicidio (0,66%).
- Consulta e información sobre Voluntades Vitales Anticipadas (VVA) (1,06%).
- Uso de técnicas de entrevista familiar (1,52%).
- Verificación de información recibida en personas con diferencias transculturales (9,87%).
- Tono de voz neutro, evitando enfrentamiento directo e incidiendo sobre algún punto positivo en pacientes conflictivos (13,25%).
De acuerdo con los resultados del estudio, se evidencia que la mayoría de los profesionales del SSPA ponen en valor habilidades como la empatía, la escucha activa y la utilización de un lenguaje sencillo, preciso y comprensible por el paciente/familia para conseguir una comunicación eficaz.
Sin embargo, los profesionales demuestran un menor conocimiento de las habilidades necesarias para el manejo de situaciones concretas como el abordaje de la posibilidad de suicidio y la información sobre las VVA en la transmisión de malas noticias, la verificación de la información recibida especialmente en casos de personas con diferencias transculturales y el uso de la entrevista familiar o el incidir en un punto positivo ante pacientes conflictivos.
En conclusión, sería recomendable la oferta de programas formativos dirigidos a los profesionales y orientados a la consecución de habilidades de comunicación específicas para el abordaje de estas situaciones.

AUTORES: Sheila María Martín García; MP Carrascosa Salmoral; J Julián Carrión; A Rojas De Mora-Figueroa; P Brea Rivero.

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia.

ID: 563

TÍTULO: CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES DE LOS CENTROS DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD CLINICA

RESUMEN:
La clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente describe 10 clases superiores que integran el marco conceptual, que incluye las "Características del paciente", a tener en cuenta en las estrategias orientadas a prevenir o mitigar el daño asociado a la atención al paciente. Nos planteamos si con los actuales protocolos clínicos y procedimientos de enfermería damos respuesta a las Características del Paciente que hacen que tenga una mayor probabilidad de sufrir un Incidente de Riesgo.
1ª Identificar las Características de los pacientes que acuden a nuestros centros desde la perspectiva de la Seguridad Clínica y 2ª Identificar si dicho aspecto están contemplados en los protocolos y procedimientos, e incluirlo como criterio en la actualización de los mismos.
Presentamos metodología y resultados de la primera fase.
Grupo de trabajo: miembros de comisiones clínicas y de Seguridad. Revisión: de la evidencia científica, de la casuística propia, informes de auditoría, y de análisis de incidentes de riesgos y recomendaciones. Identificación y priorización (gravedad, frecuencia y detectabilidad) de las Características del Paciente que acude a los centros de urgencia extrahospitalario más susceptibles de sufrir un Incidente de Riesgo y Elaboración de resultados.
Características del Paciente identificadas y priorizadas: Se valoró en primer lugar a los pacientes "Polimedicados·, seguidos en prioridad por los "Pacientes anticoagulados", "Con historial previo de alergias a medicamentos o/y otro tipo de reacciones alérgicas", "Pacientes con factores de riesgo intrínsecos (hipertensión, dislipemia, diabetes, insuficiencia renal, …)", la "Complejidad clínica de la patología por la que demanda la asistencia" y "Pacientes calificados como frágiles por motivo de edad (ancianos o pediátricos)". Se determinaron hasta un total de 21 Características.
La caracterización de los pacientes que acuden a los centros de urgencias extrahospitalaria que tienen más probabilidad de sufrir un Evento Adverso, y que sea de mayor gravedad y que más difícilmente se detecte es un paso previo fundamental para identificar si dichas características las estamos incluyendo en los protocolos y procedimientos de actuación, y por tanto promoviendo la cultura de seguridad, generando procesos mas robustos en seguridad del paciente para su atención y poniendo realmente al paciente en el centro de la actuación clínica y de cuidados.
Al igual que en otros estudios el paciente polimedicado ocupa una especial relevancia. Destacamos también que en segundo lugar aparezcan los pacientes anticoagulados, lo que relacionamos con nuestra casuística y con la continuidad de cuidados en la que existe una elevada prevalencia de "administración parenteral de medicación" en la que la anticoagulación actualmente mucho más extendida sobre todo en personas mayores supone un riesgo añadido.
En el momento actual hemos revisado tres procedimientos enfermeros y adaptados en base a estos criterios

AUTORES: Patricia Fernan Perez; MT Martinez Martinez; M Lozano Cortés; C Mendoza Aritmendi; D Risco Tellez; C Arranz Rementeria.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 564

TÍTULO: ANALISIS COMPARADO DE LA MORTALIDAD EN HOSPITALES DE AGUDOS

RESUMEN:
Los indicadores de mortalidad de cada centro, se publican en abierto por algunos servicios de salud. Dada la sensibilidad de esta información, es imprescindible asegurar su validez. Durante tres años, se obtuvieron índices de mortalidad (agregado, insuficiencia cardiaca y neumonía) en los límites altos del panel en un hospital de agudos de tercer nivel. Por ello, se puso en marcha un plan de acción
Analizar los indicadores de mortalidad ajustados por cada uno de los procesos analizados, para asegurar su comparabilidad, siguiendo los criterios establecidos
Los indicadores de mortalidad, se basan en la codificación del diagnóstico de las altas según la CIE-10-ES. El análisis, en un modelo de regresión logística para la comparación intercentros.
Se constituye un grupo de trabajo con los responsables de los servicios implicados (Cardiología, Medicina Interna, Neumología, Cuidados Paliativos, Admisión-Archivo), Dirección Médica y la Coordinadora de Calidad. Tras una fase preliminar de estudio y análisis exhaustivo de indicadores de mortalidad y método empleado para el ajuste, se pone en marcha un Plan de acción, basado en: revisión diagnósticos, asignación códigos CIE y cumplimiento de criterios de exclusión. Fases: 1.designación de interlocutores 2.creación de grupo promotor 3.elaboración y acuerdo de criterios para la revisión (asignación de pacientes, análisis por servicios, nueva revisión por cuidados paliativos, discusión y acuerdo final en grupo promotor) y de plantilla de revisión 4.descarga de pacientes (fuente: CMBD consolidado de hospitalización de los procesos analizados con CIE9 en 2015 y CIE 10 en 2016 y 2017) 5.análisis de historias clínicas según método acordado 6.Análisis y discusión final por grupo promotor 7.difusión de resultados
Previo al plan, se realizó un análisis de este perfil de pacientes fallecidos en el año previo
Este plan se ha puesto en marcha en el año 2015 y está vigente en la actualidad. Se analizan todos los pacientes incluidos en los indicadores de mortalidad de los tres procesos. Los resultados obtenidos en el año 2017 son: Revisados 99 pacientes (20% de IAM, 45% de Insuficiencia cardiaca y 35% de neumonía). Se actualiza la codificación en 23 pacientes (2% IAM, 9% Neumonía y 12% Insuficiencia cardiaca). Se encuentra controversia en 17% de los pacientes, (76,5% corresponden a éxitus por Insuficiencia cardiaca). Tras implantar este método de revisión en el año 2015, los tres procesos presentan indicadores de mortalidad ajustados similares a los 24 hospitales con los que se compara (dentro del intervalo de confianza del modelo). Como conclusión: este Plan de acción para la Monitorización de la Mortalidad nos ha aportado: 1/mejora del indicador ajustado y de su validez 2/consistencia en la revisión de la mortalidad 3/acercamiento de clínicos y codificadores; aprendizaje mutuo 4/ pero sobre todo, mejorar el abordaje asistencial de estos pacientes.

AUTORES: M Mercedes Vinuesa Sebastián[1]; A Pita Carranza[2]; P Gil Martinez[3]; P Diez Villanueva[4]; MT Bastante Valiente[5]; ML Varela Ruiz[6].

CENTRO DE TRABAJO: H Universitario de la Princesa[1]; HULP[2, 3, 4, 5, 6].

ID: 565

TÍTULO: CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO OSTEOMUSCULAR Y NEURÁLGICO POR EL PROPIO PACIENTE CON ANALGESIA INTEGRATIVA

RESUMEN:
El dolor crónico puede ir acompañado de ansiedad, dolor emocional o visión negativa ante la vida, lo que disminuye la calidad de vida del paciente, interfiere en sus actividades diarias y lleva a ausencias en el trabajo. El abordaje del tratamiento del dolor crónico con fármacos resulta en ocasiones insuficiente, por lo que los pacientes recurren a otras terapias como técnicas psicológicas, relajación, meditación o yoga, entre otras.
Conocer las expectativas, beneficios y opiniones sobre la intervención llevada a cabo en pacientes con dolor crónico osteomuscular o neurálgico.
La intervención consiste en 4 talleres presenciales semanales, de 3,5 horas cada, durante un mes, haciendo partícipe al paciente en el control de su dolor y de la enfermedad que se lo provoca, con diversas técnicas no farmacológicas que le permitan disminuir el nivel de dolor, mejorar su calidad de vida y aumentar su bienestar. Contenidos: 1) Neurociencia y noesiterapia, 2) Vibración y creencias. Meditación. 3) Proyecto de vida. Visualización creativa. Empoderamiento del paciente. 4) Mindfullness. Experiencia de un paciente. Se realizaron ejercicios escritos y actividades dinámicas en los talleres y se recomendaron actividades para hacer en casa. Se registró la experiencia del paciente con el taller a través de escritura reflexiva y se analizaron sus discursos con una metodología cualitativa con diseño de tipo fenomenológico, desde el software de Atlas-ti.
Participaron en el taller 19 pacientes (18 mujeres), con edad media de 54 años; 16 pacientes tenían dos o más localizaciones con dolor; los más comunes: espalda (12), rodilla (9) y cadera (7); 14 de ellos tomaban medicación para el dolor, asociando dos o más fármacos, 10 de ellos tomaban morfina; el resto sólo ante dolor intenso. Hasta 11 pacientes tenían invalidez laboral. El estado de ánimo al inicio del taller fue deprimido o desanimado en 10. La media de dolor al inicio fue de 6,2 (10: máximo dolor) y la de bienestar de 6 (10: bienestar total). Se examinaron 16 escritos (15 mujeres). Se establecieron 9 categorías para codificar citas a través de la triangulación de las investigadoras del estudio y, durante la lectura y análisis de los textos, se encontró una categoría emergente: Expectativas previas al curso. Se agruparon las categorías en dos familias: 1) Beneficios personales percibidos. Categorías: Actitud ante la vida, Actitud ante la enfermedad, Dolor, Ansiedad, Medicación. 2) Valoraciones del taller. Categorías: Valoración del taller, Valoración de las docentes, Técnicas que más les han servido, Lo que ha faltado en el taller y Expectativas previas al curso. Todos los pacientes reflejaron una alta satisfacción con el taller y con los profesionales que lo impartieron, porque les ha ayudado a mejorar su actitud ante la vida y ante la enfermedad, a controlar el dolor (con meditación y relajación) y a reducir la ansiedad, incluso bajando la medicación. Manifestaron el deseo de repetir la experiencia con otro taller.

AUTORES: Victoria Ruiz Romero[1]; C Sánchez Gutiérrez[2]; L Álvarez Tellado[3]; E Sánchez Villar[4]; A Arroyo Rodríguez[5].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe[1, 2, 3]; Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla[4, 5].

ID: 566

TÍTULO: GESTIÓN DEL RIESGO HOSPITALARIO MEDIANTE RONDAS DE SEGURIDAD DE ENFERMERÍA

RESUMEN:
La creciente complejidad de los procesos, tecnologías e interacciones humanas conlleva el riesgo de que ocurran acontecimientos adversos.
La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria.
Las Rondas de Seguridad (RS) consisten en una visita planificada del equipo responsable relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, mantener unos estándares de calidad asistencial óptimos y promover una actitud educativa
Convertir la seguridad del paciente en uno de los pilares básicos en la atención sanitaria.

Identificar áreas de mejora y establecer medidas correctoras si procede.
Realizar un seguimiento al cumplimiento de las prácticas seguras.
Realizar educación a los profesionales en el mismo momento que se evidencian las acciones inseguras.
Las RS se realizan mediante metodología observacional directa del paciente y de los registros enfermeros. Se cumplimenta una ficha de evaluación específica con ítems relacionados con la seguridad del paciente en las diferentes Unidades de Enfermería.
Las RS implican a la mayoría de procesos del hospital.
Los días establecidos para realizar las RS se recogen los datos en las fichas y se pasa la información a la tabla de recogida de datos.
Para el análisis de los datos se diseñó una tabla dinámica que contenía las variables e ítems.
Cada supervisora realiza el análisis y evaluación de los resultados.Se realiza la difusión e implantación de las Buenas Prácticas.
Se han realizado dos RS en noviembre 2017 y abril 2018 con 63 y 115 (178) pacientes y 26 consultas de enfermería evaluadas. Pendiente próxima RS en septiembre 2018 con nuevas áreas a incorporar.
Como principales puntos fuertes fueron: En el proceso de hospitalización, cerca del 100 % de los pacientes estaban correctamente identificados, el cuidado y mantenimiento de los catéteres es correcto en torno al 85%.
Respecto a las áreas de mejora están enfocadas a la mejora de los registros y de la valoración de las escalas.
Se ha realizado educación a los profesionales implicados en la realización de la valoración y el registro de las escalas, se han realizado carteles recordatorios en las unidades y se han difundido los diferentes informes vía web y mediante reuniones con las referentes de área.
La implantación de las Rondas de Seguridad contribuye a un mejor funcionamiento de la unidad, disminuyendo la posibilidad de incidentes e incrementando la seguridad del paciente
La RS permite identificar oportunidades para mejorar la calidad y seguridad del paciente. Tienen un carácter educativo en cuanto a una creación de cultura de seguridad en la organización, concienciando a todos los trabajadores del equipo de los potenciales riesgos y errores que se pueden producir. Su implementación debe ajustarse al contexto propio de cada institución.

AUTORES: Cristina Sanchez Sanchez; MC Alonso Nogales; I Bilbao Unibaso; MJ Monguiló Martitegui; MP Sánchez Rubio; MA Valero Usategui.

CENTRO DE TRABAJO: Osi Enkarterri Ezkerrealdea Cruces.

ID: 567

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA HUMANIZACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

RESUMEN:
Uno de los aspectos más importantes que condiciona la satisfacción del paciente es una atención centrada en la persona, en el que la humanización de la asistencia sanitaria juega un papel fundamental.
Evaluar la satisfacción de los usuarios con aspectos relacionados con la humanización en hospitalización mediante la creación de un índice.
Estudio transversal que evalúa diversos aspectos relacionados con la humanización en pacientes hospitalizados mediante una encuesta de satisfacción, que se realiza anualmente a una muestra representativa de la población atendida en el servicio regional de salud.
El índice de satisfacción con la humanización (ISH) en hospitalización se elabora con once preguntas de la encuesta de satisfacción agregadas en siete dimensiones clave relacionadas con la humanización: 1) el trato y la amabilidad de los profesionales; 2) la información facilitada en diferentes momentos de la asistencia; 3) el tiempo y la dedicación de los profesionales; 4) el respeto a la intimidad, 5) la participación en las decisiones de tratamiento y cuidados; 6) el silencio por la noche, y 7) el tratamiento del dolor.
El ISH se calcula con la media del porcentaje de satisfechos y muy satisfechos de las siete dimensiones anteriores. Cada dimensión tiene el mismo peso; en dimensiones constituidas por varias preguntas de la encuesta (trato, dedicación e información), se calcula previamente una única con la media de las variables correspondientes.
Se realiza un análisis descriptivo de las dimensiones que componen el ISH. Se calcula el intervalo de confianza (IC) de los resultados de 2017 y se compara con los valores de 2016, considerados como el estándar. Si el IC de los resultados de 2017 incluye el valor estándar, los resultados de ambos años se consideran similares; si el IC 2017 es superior al estándar, se considera que existe una mejora de los resultados; mientras que si el IC 2017 es inferior al estándar, se considera que los resultados empeoran.
En 2017, el ISH en hospitalización fue de un 88,3%, resultado que experimenta un incremento en valor absoluto al de 2016 (87,1%).
La comparación de los resultados de satisfacción de las siete dimensiones del ISH de 2017 frente a los valores obtenidos en 2016 muestra un incremento de la satisfacción con el trato y la amabilidad de los profesionales (93,5% 2017 versus 92,1% 2016); la información facilitada (91,1% vs 88,9%); el tiempo y dedicación (90,1% vs 87,9%); la participación en las decisiones (85,2% vs 83,2%) y el tratamiento del dolor (88,7% vs 86,6%). La satisfacción con el silencio por la noche presenta resultados similares en ambos años (80,4% 2017 vs 79,4% 2016); mientras que la intimidad es la única dimensión que presenta disminución de la satisfacción (88,9% vs 91,7%).
La evaluación de la satisfacción con la humanización en hospitalización en 2017 presenta unos resultados elevados, cercanos al 90%; mostrando una evolución favorable respecto a 2016.

AUTORES: Beatriz Valentin Lopez; A Pardo Hernández; C Navarro Royo; A Fernández Delgado.

CENTRO DE TRABAJO: Subdirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad.

ID: 568

TÍTULO: SEGUIMIENTO WEB DE UNA ESCUELA DE SALUD DENTRO DE UN PLAN DE HUMANIZACIÓN

RESUMEN:
Nuestra comunidad ha definido dentro del plan de humanización la creación de una Escuela de Salud. Para su implantación, se identifican líneas de ejecución. La segunda es diseñar e implementar un espacio virtual versátil y participativo. Para este cometido y acorde con la integración de actuaciones se plantea utilizar como modelo de referencia los determinantes sociales, de salud y cronicidad.
Diseñar e implementar un espacio virtual versátil y participativo que incluya contenidos informativos y formativos acorde a las necesidades identificadas, que facilite el intercambio de información, conocimientos, habilidades y experiencias entre pacientes, personas cuidadoras, profesionales, asociaciones de pacientes y de la sociedad civil y ciudadanos en relación con el autocuidado, la promoción de la salud y el manejo de las diferentes enfermedades.
Para este cometido, se crean 3 grupos de trabajo ad hoc que se encarga de la planificación del proyecto G1: personas cuidadoras y pacientes crónicos complejos y dependientes.G2: pacientes con enfermedades crónicas de complejidad baja y media. G3: población general, ciudadanía.Colaboradores expertos por temas: se conforma una red de colaboradores expertos en las distintas temáticas a desarrollar en la Escuela Madrileña de Salud que colaborarán. Se definen unas fases de trabajo: revisión bibliográfica, elección de un modelo arquitectónico, recogida, análisis de información y documentación existentes y priorización de los mismos. Los documentos priorizados se agrupan en clases y se define una clase a modo de agrupador por áreas temáticas. Se normaliza la información y se diseña una plataforma para su difusión.
Se han identificado 11 clases y/o temáticas globales. Tras la priorización por criterios de relevancia y factibilidad, han resultado seleccionados 88 subclases para incluir información fiable y basada en la evidencia. Todos los documentos recogen los datos de los dos o tres últimos años, en función de la disponibilidad dentro del portal Salud e información del ministerio. Los documentos/ información se agrupa en 11 clases: Alfabetización (1), Hábitos, conductas saludables, estilos de vida (20), Etapas y situaciones vitales (9), Medio ambiente (10), Habilidades para la vida (1), Afrontamiento de la cronicidad: viviendo una vida sana con condiciones crónicas, Paciente activo (15), Programa de paciente experto (1), Población con necesidades especiales (7), Escuelas comunitarias de salud (1), Escuelas de personas cuidadoras y programas de cuidador experto (3), Escuela de entrenadores de salud (1).

La identificación de estas clases, temáticas arquitectónicas además, nos permitirá establecer trazabilidad en términos de resultados de uso: disponemos de datos de acceso a la web desde su implantación globales. Los pasos futuros serán desarrollar funcionalidades versátiles y de intercambio con los ciudadanos.Por último, y más adelante, se diseñarán nuevas funcionalidades interactivas.

AUTORES: Yolanda Del Rey Granado.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Atención Primaria.

ID: 569

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PATIENT BLOOD MANAGEMENT EN DIFERENTES HOSPITALES.

RESUMEN:
Aunque la transfusión sanguínea puede salvar vidas, es una de las estrategias terapéuticas más sobreutilizada. Una transfusión sanguínea innecesaria puede exponer al paciente a riesgos evitables, incrementar los costes sanitarios sin beneficio sobre la evolución del paciente. La mejora de la práctica transfusional es una forma efectiva de promocionar cuidado de alta calidad
En esta idea, el proyecto MAPbm (Maturity Assessment in Patient Blood Management) consiste en la aplicación de una matriz para evaluar la madurez del centro, institución o servicio desde el punto de vista de la practica transfusional. Esta herramienta incluye la valoración de aspectos organizativos, formación y sistemas de comunicación e información. Una de las formas de valorar el grado de penetración de esta cultura en las decisiones clínicas del hospital, es analizar los resultados de la estructura mediante una encuesta dirigida a los profesionales para evaluar el conocimiento sobre principios y práctica de PBM.
Durante el año 2016, 42 hospitales estuvieron asociados al proyecto MAPbm. La encuesta constaba de tres partes que analizaban organización, formación y sistemas de información con 10 preguntas. Fue enviada a cada líder clínico hospitalario encargado de su distribución y difusión mediante correo electrónico, vinculada a un link automático. El número mínimo de respuestas fue asignado según el número de camas hospitalarios de acuerdo con la siguiente distribución y categorización: 1 = Menos de 200 - (20*), 2 = Entre 200 y 500 - (30*), 3 = Entre 501 y 1000 - (50*), 4 = Más de 1000 – (90*).
Del total de 1403 encuestas contestadas, la especialidad con mayor respuesta fue anestesiología (40,9%) seguida por servicios quirúrgicos (27,1%). La distribución respecto a los años de experiencia profesional de los encuestados fue parecida: < 10 años 33,4%, 10-20 años 33% y >20 años 33,6%. El 72% de los médicos refería conocer el protocolo de transfusión sanguínea (umbral transfusional) de su centro y un 90% consideraba otros factores además del valor de la hemoglobina (baja Hb) para la decisión de la transfusión. El 80% de los encuestados utilizaba siempre o casi siempre técnicas para minimizar las transfusiones y conocía algún protocolo sobre la minimización de la pérdida hemática intraoperatoria como el acido tranexámico. Un 74,2% conocía la existencia del programa PBM en su centro y un 60,7% conocía el protocolo de tratamiento de la anemia preoperatoria. Solo un 30,7% de los profesionales decía recibir información periódica útil sobre la práctica transfusional de los procedimientos en los que participaba.
Se detecta la necesidad de una mejor comunicación entre los profesionales para promover el conocimiento de los umbrales transfusionales. Hay una falta de integración del manejo de los hemoderivados en el cuidado global del paciente. Se evidencia un déficit estructural importante respecto a la información recibida acerca de la práctica transfusional a través de los sistemas de información.

AUTORES: Mángeles Villanueva Eguaras[1]; Lu Olmedilla Arnal[2]; MJ Colomina Soler[3]; El Bisve Vives[4].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marques De Valdecilla[1]; Hospital universitario Gregorio Marañón[2]; Hospital universitatio Bellvitge[3]; Parc Salut Mar[4].

ID: 570

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS CON LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOL

RESUMEN:
Actualmente es frecuente el uso de sistemas de notificación voluntaria de incidentes y eventos adversos (EA). Sin embargo, su utilidad es limitada a la hora de hacer estimaciones reales de incidencia de EA, permitiendo según datos publicados detectar solo el 1% de los EA. Es por tanto necesario implementar otras metodologías para la detección de EA que complementen los sistemas de vigilancia pasivos.
Implantar un sistema de vigilancia epidemiológica activa de eventos adversos en un hospital de tercer nivel a partir del uso de la Global Trigger Tool. Identificar oportunidades de mejora asistencial a partir de los eventos adversos hallados mediante el sistema de vigilancia.
Estudio observacional retroprospectivo basado en la revisión de historias en un hospital de tercer nivel. Revisión, por dos revisores independientes y aplicado la metodología Global Trigger Tools (GTT, versión 2009, Institute for Healthcare Improvement), de un mínimo de 20 historias clínicas (HC) al mes de pacientes ingresados durante más de 24 horas y dados de alta entre 30 y 60 días antes de la fecha de la revisión, seleccionadas aleatoriamente después de excluir ingresados en las unidades de Psiquiatría, Rehabilitación y Neonatología.
Revisión de todas las HC seleccionadas utilizando los triggers de los módulos de cuidados y medicación; solo se utilizan los módulos quirúrgico, curas intensivas, perinatal y urgencias en las HC que corresponden a pacientes que han pasado por esas áreas clínicas. Siempre que se detecta un trigger se evalúa si se produjo o no un EA y en caso de confirmarse se procede a la categorización del daño. Los hallazgos de las revisiones son consensuados en una reunión quincenal entre los dos revisores y un tercer miembro del equipo que arbitrará en caso de discrepancias entre los dos revisores.
Dado que la herramienta GTT requiere una revisión de los registros de pacientes hospitalizados cerrados, una vez codificados, la implantación del sistema de vigilancia ha sufrido cierto retraso debido al cambio de codificación de ICD9 a ICD10. Sin embargo, productos intermedios de este proyecto han sido la elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo y un mapa de procesos, que permiten estandarizar el proceso de recogida de datos y vigilancia epidemiológica de eventos adversos mediante la metodología GTT, así como el diseño de una base de datos para la tabulación, gestión y análisis de las revisiones de HCs realizadas.
La implantación de un seguimiento epidemiológico de los eventos adversos con la GTT permitirá monitorizar en el tiempo los EA, aportando información cuantitativa relevante para mejorar la calidad asistencial de nuestro centro y la seguridad de los pacientes. El sistema de vigilancia de EA que se presenta, procedimiento normalizado de trabajo, mapa de procesos y base de datos, podrían servir de modelo para otros centros.

AUTORES: Maria Jesús Bertran Luengo; A Prat; L de la Torre; M García; E Roel; A Trilla.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Clínic.

ID: 571

TÍTULO: UNIDADES FUNCIONALES DE CALIDAD Y SEGURIDAD: COLABORADORES ACTIVOS EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD CORPORATIVO.

RESUMEN:
La constitución de Unidades Funcionales de Calidad Asistencial y Seguridad de paciente en los Departamentos de Salud se inicia en 2017 desde la Dirección General de Innovación, Investigación, Tecnología y Calidad, con la elaboración de una normativa (Instrucción 3/2017), con el objetivo de normalizar las funciones en materia de calidad y seguridad de los departamentos y centros sanitarios de la Comunidad Valenciana y dar cumplimiento a las líneas estratégicas enmarcadas en el IV Plan de Salud 2016-2020 en materia de calidad y seguridad.
Creación de unidades funcionales de Calidad Asistencial y Seguridad del paciente (UFCASP) en los Departamentos de Salud, como órgano interno departamental para colaborar activamente con la DGIITC en la definición del marco estratégico y el plan de calidad, alineado con las directrices de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Publica, siendo el órgano responsable de normalizar la actuaciones en materia de calidad y seguridad, y coordinar y gestionar los procesos de evaluación y mejora continua.
La unidad se constituye como un elemento de soporte para el departamento de salud en lo relacionado con la gestión de la calidad y seguridad del paciente, fomentando la cultura de la calidad y seguridad clínica y colaborando con la dirección en la definición del marco estratégico alineado con el plan y directrices de la Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad.
Elaboración de normativa para normalización de funciones en materia de calidad y seguridad.
Difusión a los equipos directivos de los departamentos de salud para su conocimiento e implantación.Informe de seguimiento de la norma (Instrucción 3/2017)
Análisis de la situación de departamentos tras dictar la instrucción.
Constitución de las UFCASP y elaboración del Reglamento interno de funcionamiento
Elaboración del Plan de Calidad normalizado, teniendo presente el análisis de contexto y las necesidades y expectativas de las partes interesadas, en el que se definen 6 líneas estratégicas , con objetivos, planes de acción e indicadores para todos los departamentos de salud.
Difusión de la documentación mediante jornadas formativas a todos los Gerentes/referentes de UFCASP.
La creación de las UFCASP supone mejorar la retroalimentación y comunicación de la información en materia de calidad entre la DGIITC y los departamentos, favoreciendo el análisis de la situación actual los departamentos, siendo un elemento imprescindible para elaboración y diseño del Plan de Calidad normalizado para todos los Departamentos permitiendo estandarizar sus actuaciones, y disminuir la variabilidad entre los distintos Departamentos y Hospitales de larga estancia , facilitaando a los equipos directivos a través de las UFCASP el impulso de la mejora continua de la calidad asistencial y crear una cultura de calidad entre los profesionales que desarrollan su actividad en los centros sanitarios.

AUTORES: María José Avilés Martínez[1]; M Garcia Perez[2]; V Magraner Plá[3].

CENTRO DE TRABAJO: Conselleria De Sanitat Universal I Salut Publica[1]; Hospital Universitario Sant Joan[2]; Conselleria De Sanitat Universal I Salut Publica[3].

ID: 572

TÍTULO: PELUCHES QUE SALVAN VIDAS. PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA.

RESUMEN:
PROPORCIONAR A LOS NIÑOS FORMACION EN RCP VALIENDOSE DE LA AYUDA DE SUS JUGUETES FAVORITOS
La formacion sanitaria a la población es un aspecto fundamental en nuestro Equipo de Atención Primaria. Es fundamental que las personas de nuestro entorno tengan nociones de primeros auxilios que permitan aumentar la capacidad de autocuidado. El tema de la formación en reanimación cardiopulmonar es una asignatura pendiente en nuestro país. Desde nuestro punto de vista, estas actuaciones, que salvan vidas con técnicas de fácil realización deben comenzar a enseñarse en la infancia para que el niño interiorice su importancia. En nuestro caso, nos valemos del peluche mas querido de nuestros niños para c, con su ayuda enseñarle nociones de reanimación cardiopulmonar básica. Así, mediante el juego nuestros niños aprenden técnicas que posiblemnete les ayuden a salvar vidas .
Hemos realizado los talleres de RCP con peluches en todos los centros escolares de nuestro municipio. Los niños lo viven como algo nuevo y divertido y nos valemos de la capacidad enorme de implicación de los escolares para concienciarlos en el valor de estas técnicas. La idea es convertir estos talleres en una práctica rutinaria en nuestros colegios.
Este ha sido el primer año de realización de los talleres y no disponemos de estadistivcasa al respecto. Además, se trata de una “inversión a largo plazo”, que esperamos de resultados tras años de trabajo con los niños.
Este tipo de talleres es perfectamente exportable a cualquier equipo del departamento y parece que su relación costo efectividad es excelente. Debemos tener en cuenta que todo esfuerzo en educación realizado en la infancia temprana y que perdure en el tiempo con refuerzos periódicos puede reportarnos un importante rédito en forma de aumento en los conocimientos en materia de salud de nuestra población.

AUTORES: Nuria Megía Rico; F Marrades Botella; I Avalos Meseguer.

CENTRO DE TRABAJO: Departamento De Salud Sant Joan D'alacant.

ID: 573

TÍTULO: ¿REGISTROS E INDICADORES FIABLES?. DIFERENCIAS ENTRE EL "PAPEL" Y LA "REALIDAD". EJEMPLO EN LAS PROFILAXIS ANTIBIÓTICAS

RESUMEN:
Existen diferentes formas de registros para obtener sus indicadores. Por un lado, los simples "check-list" anotando un "adecuado/inadecuado" para definir la calidad de una actividad, si bien la realidad depende de la subjetividad de cada profesional en esa apreciación dicotómica; y, por otro lado, los registros que describen objetivamente, con sus tiempos reales, la administración de fármacos o intervenciones quirúrgicas, por ejemplo.
El uso de un sistema u otro, pone en duda la fiabilidad de los indicadores, apreciándose en algunos casos diferencias significativas entre los resultados "reales asistenciales" y los "declarados en el papel".
A modo de ejemplo, se presentan los resultados del indicador de "Profilaxis Antibiótica (PA)" "adecuada", comparando la validez de 3 evaluaciones: a) la apreciación subjetiva por entrevista a los facultativos, sobre si se administraba o no la PA; b) la información documentada en los bundle (paquetes de medidas preventivas) descritos por los cirujanos en las hojas de IQ, o en el propio "check-list" quirúrgico; y c) cuando se objetivaba el registro en la base de datos "online/ontime".
Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes ≥18 años con "Intervenciones Quirúrgicas (IQ)" programadas de prótesis de rodilla (PTG) y cadera (PTC), y neoplasias de colon-recto (CR), y en todas las cesáreas (CES). Los datos son del 2015/2016/2017, en base a la programación informática del quirófano, y a su prescripción y administración. Se consideró una PA adecuada por paciente y procedimiento, cuando el tipo de "antibiótico (AB)", dosis, hora de inicio, duración y hora final eran correctos a guía AB; y en global, cuando la PA era adecuada en ≥80% de pacientes. Una PA no registrada, un AB no ajustado a guía o administrado fuera de tiempo, era inadecuada. Se analiza la causa, el responsable y la acción de mejora claves de la PA.
Se incluyeron 1314 pacientes consecutivos durante los 3 años y entre los 4 procedimientos. Por evaluaciones: a) 20 profesionales opinaban que la PA administrada era "adecuada" en el 100%; b) en 419 de CR la PA estaba descrita como "adecuada" en los bundle y/o "check-list" en el 100%; y, c) en registros informáticos, del total el 74% de PA eran adecuadas (77% en PTG, 79% PTC, 78% CR, y 60% CES). Del 26% inadecuadas, en el 45% no existían registros, y del 55% restante en el 52% la PA se inició < 30' antes o después de iniciar la IQ; y en 48% la PA finalizó > 60' antes de la IQ.
¿Dónde está el problema, en el "papel" o en la "asistencia"? ¿Lo hacemos bien en la práctica?
En este caso la inadecuación se debía a la falta de control (causa) en la administración enfermera (responsable), quién debía permitir o no el acceso a la IQ (acción de mejora), según la adecuación de la PA.
Escoger la metodología de registro más válida (online/ontime) es clave para disponer de indicadores fiables, para asegurar una asistencia de calidad en aquellos procedimientos y tratamientos con un riesgo alto para el paciente.

AUTORES: Josep Rodríguez-Sadurní; A Aloy-Duch; MT Riu-Albornà; D Maldonado-López; J Cuquet-Pedragosa; M Vila-Senante.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Granollers.

ID: 574

TÍTULO: TALLERES DE MANEJO DEL ESTRES Y TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.

RESUMEN:
El estrés está presente siempre en la vida de cualquier ser vivo. Sin embargo , cuando los niveles de estrés son excesivos generan disconfort y se convierten en un obstáculo para el desarrollo normal de la vida de nuestros pacientes. Tanto los equipos de Atención Primaria como las Unidades de Salud Mental tienen gran cantidad de pacientes con niveles altos de ansiedad y , en muchos casos, con tratamiento ansiolítico. Es por esto que hemos visto necesario ofrecer a nuestros pacientes herramientas que les permitan enfrentarse al estrés de una manera efectiva. Ofrecemos a nuestra población talleres de 5 sesiones de 90 minutos en las que se les proporciona psicoeducación durante 60 minutos. Los siguientes 30 minutos se dedican a la realización y aprendizaje de técnicas de relajación. Utilizamos una técnica mixta que ha demostrado ser muy útil en sesiones individuales en las consultas de Enfermería.
Proporcionar a nuestros usuarios herramientas que les permitan el manejo del Estres Vital.
Los resultados que hemos obtenido son solo cualitativos dado que no tenemos suficiente volumen de participantes para una adecuado análisis estadístico que nos permita, por ejemplo, establecer una asociación entre la asistencia a los talleres con un menor consumo de ansiolíticos. Sin embargo, la encuesta de satisfacción entregada indica una alto grado de satisfacción. De echo el aspecto mas comunicado por los asistentes es que cinco sesiones les resultan pocas.
En conversación con los pacientes, estos refieren encontrarse mejor tras realizar el taller, incluso , en algunos casos dicen que ya no dependen de los ansiolíticos para conciliar el sueño.
Este tipo de experiencia es perfectamente exportable a cualquier equipo del departamento y parece que su relación costo efectividad es excelente.
Los resultados preliminares indican que los pacientes ganan en autoestima al encontrarse, de pronto con que pueden controlar lo que, hasta hace unos días era un problema insalvable.

AUTORES: Ignacio Betancor Alonso; N Sanchez Montero; R Pérez Santosolmo; F Marrades Botella; I Avalos Meseguer.

CENTRO DE TRABAJO: Departamento De Salud Sant Joan D'Alacant.

ID: 575

TÍTULO: UN PACIENTE, UNA IDENTIDAD. ESTRATEGIA GENERAL PARA TODO EL HOSPITAL

RESUMEN:
El proceso de identificación del paciente hospitalizado, se enmarca en el desarrollo del plan estratégico de calidad y seguridad del Hospital Universitario Sant Joan.
La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad recogido como un principio del SNS y de la Ley General de Sanidad que en el Título I incluye como una de las actuaciones a desarrollar por la administración sanitaria la de controlar y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en todos su niveles.

la promoción y mejora de la cultura de seguridad en nuestra organización sanitaria incorporando la gestión del riesgo sanitario a nuestra práctica diaria y fomentando la implicación no sólo del profesional sanitario sino también de los pacientes en aspectos básicos de seguridad.
La existencia de un proceso de Identificación del paciente va a proporcionar beneficios a todas las personas implicadas en el proceso asistencial y a la Administración Sanitaria.
instaurar una política de identificación segura de pacientes, con el fin de identificar de forma fidedigna al paciente como la persona a la que va dirigida el tratamiento, cuidado, el servicio y relacionar el tratamiento, cuidado o servicio con el paciente.
Reunión de grupo de mejora para la elaboración del procedimiento de identificación.
Elaboración de la ficha de indicador de correcta identificación con pulsera.
Reuniones con supervisores de unidades de hospitalización para la difusión del procedimiento, de la ficha así como del método de recogida en las primeras muestras.
Colocación de cartelería en las habitaciones de las unidades de hospitalización.
Los parámetros analizados han sido los siguientes:
Paciente portador de pulsera. Los resultados oscilan entre 85-93 % en función de la unidad de hospitalización.
Pulsera con datos correctos: los resultados entre un 95-99% en función de la unidad de hsopitalización.
Pulsera con “H” y no “U”: los resultados oscilan entre 86-94% de cumplimentación correcta en función de la unidad.
Muestra: 1025 pacientes.
La identificación del paciente así como la comprobación de la pulsera identificativa forma parte del cuidado del paciente, siendo un procedimiento sistematizado, incluido en el sistema de gestión de calidad, contribuyendo a reducir la posibilidad de error.La realización de una primera toma de muestra ha contribuido a evidenciar la utilización de la pulsera en un porcentaje superior al 90% de pacientes hospitalizados.Es imprescindible la formación de los profesionales sanitarios para la correcta identificación del paciente así como hacer partícipe al paciente en su correcta identificación.

AUTORES: Inmaculada Avalos Meseguer; B Massa Dominguez; C Domingo Puchalt; R Aguilera; M Garcia Perez.

CENTRO DE TRABAJO: Departamento De Salud Sant Joan D'Alacant.

ID: 576

TÍTULO: ¿ES DISTINTA LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD ENTRE CATEGORÍAS PROFESIONALES?

RESUMEN:
El análisis de la cultura de seguridad en las instituciones hospitalarias permite evaluar las fortalezas y percibir los aspectos a mejorar en la propia organización, de manera que se pueda enfocar y priorizar acciones de mejora. Para ello, es recomendable utilizar herramientas validadas.
Describir la cultura de seguridad del paciente de los profesionales que trabajan en un hospital de tercer nivel, así como analizar las diferencias encontradas en dos años consecutivos y entre categorías profesionales.
Estudio descriptivo, longitudinal (2015-2016). Se distribuyó a 1.432 profesionales sanitarios de distintas categorías profesionales del hospital, el cuestionario auto-administrado de 61 preguntas agrupadas en 12 categorías "Hospital Survey on Patient Safety Culture" de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptado y validado para el castellano. Se clasificaron las dimensiones como fortalezas con el 75% o más de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. Se clasificaron las dimensiones como oportunidad de mejora con el 50% o más de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo. Se valoran los incidentes notificados y el clima de seguridad percibido.
Se recopilaron 768 cuestionarios (371 en 2015 y 397 en 2016), la tasa de respuesta fue del 53,6%. El 27,2% eran facultativos; 48,7% enfermeros; 19,7% auxiliares y 4,3% otros. El 57,1% llevaba desempeñando su profesión más de 15 años y un 10,5% menos de 5 años. En 2015 el 77,6% (257) de los encuestados no notificaron ningún incidente en el último año y un 3,3% (11) notificaron más de 5; por otro lado, en 2016 el 66,1% (226) no notificaron ningún incidente en el último año y un 7,0% (24) más de 5 ($p< 0,01$). Se calificó el clima de seguridad del paciente con 7,0 puntos de media global (DE 1,6). Los facultativos puntuaron de media el clima de seguridad con 7,2 puntos (IC 95%: 6,9-7,4) mientras que los enfermeros con 6,8 puntos (IC 95%: 6,6-7,0), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas categorías profesionales ($p=0,04$). No destaca ninguna dimensión como fortaleza, sin embargo, la dimensión "trabajo en equipo en la unidad" tiene un 73% de respuestas positivas. Como área de mejora destacan las dimensiones "dotación de recursos humanos" con 64% de respuestas negativas y "apoyo de la gerencia del hospital en seguridad del paciente" con un 53%.
Los profesionales del hospital perciben un clima de seguridad notable, aunque las puntuaciones difieren entre categorías, siendo menores en enfermería que en medicina. Valoran positivamente el trabajo en equipo, pero consideran mejorable el apoyo de la gerencia y la dotación de recursos humanos. El número de incidentes notificado por profesional crece anualmente, lo que sugiere una mayor concienciación del personal, y por tanto una mayor cultura de seguridad.

AUTORES: Daniel Toledo Bartolomé; P Jurado Macias; A Díaz Redondo; V Quesada Cubo.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 577

TÍTULO: TENDENCIAS Y VARIABILIDAD GEOGRÁFICA DE LA FRACTURA DE CADERA EN ESPAÑA (2000-2015)

RESUMEN:
Las fracturas de cadera ocurren predominantemente en población anciana y se trata de un problema mayor de salud pública por su prevalencia, consecuencias y costes.
En España hay pocos trabajos que analicen las tendencias temporales y la variabilidad geográfica. La mayoría se limitan a Comunidades Autónomas (CCAA) concretas y/o a una franja temporal estrecha.
Describir las tasas de fractura de cadera en España desde el año 2001 hasta el año 2015 y estudiar su variabilidad geográfica.
Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de fracturas de cadera de España producidas entre 2001-2015 en mayores de 64 años. Se extrajo la información del Conjunto Mínimo Básico de Datos y se aplicó un exhaustivo rigor metodológico para seleccionar las fracturas, excluyendo los años 1997-2001, los politraumatismos y los casos duplicados.
Se calcularon las tasas de fractura de cadera por grupos de edad (65-84 y >85), sexo y CCAA analizando su evolución y variabilidad. Además, se analizó la mortalidad y la estancia hospitalaria.
Se realizó ajuste de tasas por edad mediante el método directo utilizando como denominador los datos del Instituto Nacional de Estadística y como población de referencia la población estándar europea de la OMS.
Se estudiaron 611.373 fracturas de cadera en mayores de 64 años entre 2001-2015, lo que supuso el 93,4% de las fracturas producidas en todas las edades. El 74,9% se dieron en mujeres; la mortalidad hospitalaria asociada fue del 5,6%; la edad media de los pacientes fue de 81,6 años (DS 11,1); y la estancia media hospitalaria de 12,7 días (DS 10,1). La edad media aumenta a lo largo de los años, mientras que el porcentaje de mujeres, la mortalidad y la estancia disminuyen. Hay diferencias en estas variables entre CCAA.
La tasa de fractura global cruda fue de 530,9 fracturas por 100.000 habitantes y presentó una tendencia temporal creciente (486,2 en 2001 y 561,1 en 2015). Sin embargo, la tasa ajustada por edad asciende hasta 2005 (560,9), para después ir decreciendo hasta 2015 (515,1). La tasa de fracturas fue mayor en el grupo de mayores de 84 años (1934,1), y creció paulatinamente, no así en el grupo de 65 a 84 años (330,45), donde se aprecia una disminución temporal.
Las CCAA con mayor tasa de fracturas fueron Castilla La Mancha, Cataluña, La Rioja y Aragón, mientras que las CCAA con tasas más bajas fueron Canarias, Galicia, País Vasco y Castilla-León.
La tasa cruda de fracturas de cadera en España está en continuo aumento debido al envejecimiento de la población. Sin embargo, la tasa ajustada por edad presenta una disminución paulatina desde el año 2005. Además, la tasa en mayores de 84 años aumenta, pero disminuye en el grupo de 65 a 84 años. Esto apunta a una mejora del tratamiento de las fracturas y la calidad de vida de las personas afectadas.
La variabilidad por CCAA es un hecho, y es difícil atribuirlo a una causa, pero el clima o la alimentación podrían estar creando patrones geográficos de fractura de cadera en nuestro país.

AUTORES: Daniel Toledo Bartolomé; JA Serra Rexach; P Jurado Macías; A Díaz Redondo.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ID: 578

TÍTULO: MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES TRAS LA PUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

RESUMEN:
- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia durante el ingreso, dentro de su propio entorno, favoreciendo la continuidad de su vida personal y familiar respecto a un ingreso hospitalario tradicional.
- Evitar el "aislamiento social" del paciente y su familia de su entorno habitual.
- Buscar la participación activa del paciente y/o cuidador fomentando el autocuidado y/o la implicación del cuidador.
- Disminuir la incidencia y prevalencia de las infecciones nosocomiales.
- Dar a conocer la nueva dimensión del concepto de Ingreso Domiciliario respecto al Ingreso Tradicional.
- Dar a conocer las mejoras de la calidad de vida del paciente ingresado con el servicio de hospitalización domiciliaria.
- Reuniones de equipo multidisciplinares con los diferentes servicios del hospital, servicios de emergencias y ambulancias (061) y AP, para la realización de protocolos de actuación, favoreciendo la continuidad de la atención, en todos los niveles asistenciales, en los cuidados al paciente.
- Desarrollo de la organización del servicio y la metodología de trabajo del equipo, con readaptación continua al contexto del paciente y al ámbito geográfico rural de cobertura, para conseguir una atención continuada de calidad durante las 24 horas.
- Formación del cuidador para garantizar unos cuidados de calidad aumentando la seguridad del paciente.
- Organización eficiente de los recursos humanos y materiales disponibles, para asegurar la máxima eficiencia posible en la calidad asistencial, y poder crecer como servicio estableciendo estas premisas como base del futuro desarrollo

* Utilización de presentación Powerpoint con esquemas, tablas y fotografías durante la comunicación oral
- Descripción por parte del paciente y familia de un mayor grado de satisfacción respecto a los pacientes y familias de un ingreso hospitalario tradicional.
- Utilización de las encuestas de satisfacción del paciente y familia como instrumento subjetivo de la calidad asistencial para la mejora de las actuaciones, cuidados y protocolos y modificación o readaptación en cada caso concreto.

AUTORES: Juan Luis Crespo Tundidor; RA Fernández Causo; MA Mier Ezquerra; MA Gutiérrez Saez; GA Palacios Lobato; LU Alonso Setién.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Comarcal De Laredo.

ID: 579

TÍTULO: MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LAS INTERVENCIONES DE CIRUGÍA DE COLON CON LA APLICACIÓN DEL BUNDLE INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO

RESUMEN:
El área quirúrgica es una de las zonas críticas en seguridad del paciente. La mayoría de los problemas de seguridad en el área quirúrgica están relacionados con el cuidado perioperatorio y no tanto con la técnica quirúrgica. La infección de localización quirúrgica (ILQ), es una de las infecciones nosocomiales mas frecuentes y la que se considera más prevenible y produce un incremento del gasto debido a que origina un aumento de estancia hospitalaria, re-intervenciones, sobreinfecciones, bajas laborales, secuelas, entre otros, por lo que es indispensable un buen programa de prevención. La aplicación de un paquete de medidas preventivas podría reducir la ILQ en más del 50% la incidencia en cirugía contaminada. El Ministerio de Sanidad ha lanzado, dentro de la Estrategia de seguridad del paciente, dos proyectos para mejorar la seguridad en el área quirúrgica: Cirugía Segura e Infección quirúrgica zero.
El objetivo general es mejorar la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en el hospital. Los objetivos específicos son:

- Mejorar la utilización y cumplimentación adecuada del LVQ
- Conseguir una alta adherencia a 5 medidas de eficacia probada en la prevención de ILQ(profilaxis antibiótica, antisepsia de la piel con clorhexidina alcohólica al 2%, correcta eliminación del vello, normotermia y normoglucemia) .

Pilotaje inicial: noviembre y diciembre 2017
Estudio y seguimiento primer semestre 2018
Pacientes incluidos: intervenidos de cirugía programada de colon
Fases:
Presentación del proyecto al equipo directivo y profesionales implicados
Configuración del equipo de trabajo
Revisión de actividades y establecimiento de un plan de trabajo con asignación de tareas y responsables
Revisión de los materiales necesarios y adquisición
Comunicación de la participación a las comisiones clínicas implicadas
Revisión y actualización de los procedimientos y protocolos
Adaptación de los check list
Evaluación periódica de los Indicadores de seguimiento establecidos en los proyectos y feed-back
Se estudian más de 100 pacientes sometidos a cirugía de colon programada. El cumplimiento de cada item del bundle es superior al 80%. Las tasas de infección se mantienen inferiores al 10%, objetivo marcado por el Sacyl para este tipo de procedimientos.
Durante la fase de pilotaje se promueve la participación de los profesionales y se identifican diferentes problemas, se realizan cambios en los listados de verificación y propuestas de mejora. Esto ayuda a que lo vivan como propio y a que los profesionales desarrollen un sentimiento de pertenencia al proyecto. Se analizan los incumplimientos, las áreas a reforzar y los sucesos críticos que se van produciendo y se van introduciendo mejoras.
La implementación de medidas preventivas en la actividad diaria y el trabajo en equipo aumenta la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en los hospitales.

AUTORES: Marta Eva González Pérez; T Lopez Caballero; J Fernandez Fueyo; AM Perez Villafañe; ME Urdiales Garcia; R Martinez Zarauza.

CENTRO DE TRABAJO: CAULE.

ID: 580

TÍTULO: LA CERTIFICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA.UDE PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

RESUMEN:
Los estudios estiman una prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes entre el 10-20%. En los últimos años, la demanda ha experimentado un notable incremento en la Comunidad de Madrid, tanto en Centros de Salud Mental, 6.84%, como a nivel hospitalario, con un aumento del 14.33% en el número de altas de las Unidades de Hospitalización.
La mayor parte de los trastornos psiquiátricos graves y crónicos del adulto tienen su inicio en la adolescencia y la intervención precoz puede cambiar su pronóstico.

En respuesta a la necesidad de implementar nuevas fórmulas que permitan una mejor atención, adecuada a necesidades y expectativas de usuarios, con estándares de calidad en el funcionamiento, de acuerdo a la mejor práctica clínica posible, el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental se propuso adoptar el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) basado en la Norma ISO 9001:2008.
El principal objetivo cuando se planteó la implementación del SGC, fue establecer un sistema de gestión que permitiera conocer en profundidad todo el proceso de atención a nuestros pacientes, evaluación, diagnóstico e intervención terapéutica, para así poder mejorarlo, poniendo el énfasis en la estandarización, en los procesos, tanto clínicos como operativos, en la evaluación continua de resultados y satisfacción de pacientes, y en la toma de decisiones basadas en datos.
El trabajo da comienzo en 2015 y culmina inicialmente a finales de 2016 con la obtención del sello de certificación. En 2017 comienza una nueva etapa en la que se aborda la Transición a la Nueva Norma 9001:2015 que termina en 2018 con la recertificación de la Unidad
En la primera etapa, se implementaron, de manera multidisciplinar y consensuada, todos los procesos y todos los indicadores para la evaluación de los mismos y el análisis de satisfacción de pacientes.
El Plan de Trabajo para la adaptación a la nueva norma, liderado por la Unidad de Calidad y llevado a cabo con la metodología de Aprender Haciendo, ha supuesto un gran esfuerzo por parte de los miembros de la Unidad pero también una mejora significativa fundamentalmente como consecuencia de tres aspectos clave: El Análisis de Situación (contexto interno y externo) y las partes interesadas y el Análisis de Riesgos.
La recertificación en 2018 confirma que el SGC establecido es conforme a los requerimientos de la Norma y que la incorporación de los principios de la gestión de la calidad es clara y sostenida en el tiempo.
El proceso de Transición llevado a cabo durante 2017 ha supuesto un nuevo avance en el SGC, incorporando mejoras en circuitos asistenciales y en procesos.
Fruto del análisis exhaustivo de situación y partes interesadas por un lado y del Análisis de Riesgos por otro, materializado en la matriz de riesgos que recoge la priorización de los riesgos identificados estableciendo una jerarquía en el abordaje (inmediato, anual, bienal o trienal), es el Plan de Acción de la Unidad, que marcará la hoja de ruta para los próximos 3 años.

AUTORES: María Raquel Ruiz Valiente; N Tur Salamanca; B Reneses Prieto.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico San Carlos.

ID: 581

TÍTULO: SEGUIMIENTO WEB DE LA ESCUELA DE SALUD DENTRO DE UN PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA COMUNIDAD

RESUMEN:
Nuestra comunidad ha definido dentro del plan de humanización la creación de una Escuela de Salud. Para su implantación, se identifican líneas de ejecución. La segunda es diseñar e implementar un espacio virtual versátil y participativo. Para este cometido y acorde con la integración de actuaciones se plantea utilizar como modelo de referencia los determinantes sociales, de salud y abordaje de la cronicidad.
Diseñar e implementar un espacio virtual versátil y participativo que incluya contenidos informativos y formativos acorde a las necesidades identificadas, que facilite el intercambio de información, conocimientos, habilidades y experiencias entre pacientes, personas cuidadoras, profesionales, asociaciones de pacientes y de la sociedad civil y ciudadanos en relación con el autocuidado, la promoción de la salud y el manejo de las diferentes enfermedades.
Para este cometido, se crean 3 grupos de trabajo ad hoc que se encarga de la planificación del proyecto G1: personas cuidadoras y pacientes crónicos complejos y dependientes.G2: pacientes con enfermedades crónicas de complejidad baja y media. G3: población general, ciudadanía.Colaboradores expertos por temas: se conforma una red de colaboradores expertos en las distintas temáticas a desarrollar en la Escuela Madrileña de Salud que colaborarán. Se definen unas fases de trabajo: revisión bibliográfica, elección de un modelo arquitectónico, recogida, análisis de información y documentación existentes y priorización de los mismos. Los documentos priorizados se agrupan en clases y se define una clase a modo de agrupador por áreas temáticas. Se normaliza la información y se diseña una plataforma para su difusión.
Se han identificado 11 clases y/o temáticas globales. Tras la priorización por criterios de relevancia y factibilidad, han resultado seleccionados 88 subclases para incluir información fiable y basada en la evidencia. Todos los documentos recogen los datos de los dos o tres últimos años, en función de la disponibilidad dentro del portal Salud e información del ministerio. Los documentos/ información se agrupa en 11 clases: Alfabetización (1), Hábitos, conductas saludables, estilos de vida (20), Etapas y situaciones vitales (9), Medio ambiente (10), Habilidades para la vida (1), Afrontamiento de la cronicidad: viviendo una vida sana con condiciones crónicas, Paciente activo (15), Programa de paciente experto (1), Población con necesidades especiales (7), Escuelas comunitarias de salud (1), Escuelas de personas cuidadoras y programas de cuidador experto (3), Escuela de entrenadores de salud (1). La identificación de estas clases, temáticas arquitectónicas además, nos permitirá establecer trazabilidad en términos de resultados de uso: disponemos de datos de acceso a la web desde su implantación globales. Los pasos futuros serán desarrollar funcionalidades versátiles y de intercambio con los ciudadanos.Por último, y más adelante, se diseñarán nuevas funcionalidades interactivas.

AUTORES: Yolanda Del Rey Granado[1]; P Rivera Moreno-Chocano[2]; J Mateos Rodilla[3]; C Jimenez Garcia[4]; C Ferrer Arnedo[5]; P Mestre Ortega[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Atención Primaria[1]; Subdirección General Informacion Y Atención Al Paciente[2]; Subdirección General De Humanización[3]; Subdirección General De Continuidad Asistencial[4]; Atencion Al Paciente Hospital Cruz Roja[5]; Gabinete De Prensa Consejeria Sanidad[6].

ID: 582

TÍTULO: ACOGIDA Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TCAE A LA UCI DE POSTOPERATORIO CARDIACO.

RESUMEN:
La incorporación al nuevo puesto de trabajo crea a todo el personal un estrés que en muchas ocasiones impide desarrollar las tareas en unas condiciones emocionales óptimas. Cabe mencionar que en las Unidades de Cuidados Intensivos los pacientes se encuentran en un estado crítico, precisando ser atendido por el personal emocionalmente competente. Según las encuestas realizadas al personal de la Unidad, el 80% del personal de nueva incorporación no tuvo la formación previa relacionada con material, técnicas específicas, drogas vasoactivas y cuidados de enfermería realizadas en una Unidad de Cuidados Intensivos. Así mismo, según otro estudio, un 40% de eventos adversos se podrían evitar con una mayor formación del personal sanitario.
1. Reducir el estrés del personal de enfermería y auxiliar de enfermería relacionado con la incorporación a un nuevo puesto de trabajo en una UCI
2. Proporcionar la continuidad de cuidados al paciente crítico mediante la formación específica sobre el material y técnicas y cuidados de enfermería en la UCI
3. Elaborar material docente para facilitar la formación del personal
1. Organización de Jornada de Acogida y Formación al personal de nueva incorporación para explicar el funcionamiento de la Unidad y características específicas de los pacientes
2. Elaboración y presentación de la Guía de consulta rápida de material y técnicas específicas de la UCI
3. Elaboración y presentación de la Guía de consulta rápida de medicación específica de UCI
La sesión formativa se realizó según la metodología ABP, realizando evaluación inicial para verificar los conocimientos previos de los alumnos, evaluación final y evaluación de la práctica docente, lo que permite introducir mejoras en siguientes sesiones.
Para la realización de este Proyecto se marcó el indicador N.º 120 Formación continuada con estándar ≥75%; y el indicador N.º 112 Plan de acogida y formación, estándar 100%, según los Indicadores de Calidad en el enfermo crítico, disponibles en SEMICYUC. Ambos estándares se alcanzaron en su totalidad. En cuanto a la evaluación inicial y final de los alumnos, se obtuvo un 48% y 90% de aciertos, respectivamente. El contenido formativo, así como la duración de la actividad (11horas) fueron suficientes para la actualización de conocimientos para el personal que estuvo trabajando previamente en alguna Unidad de Cuidados Intensivos. Sin embargo, para el personal que no tuvo ningún contacto laboral con una UCI, la Jornada sirvió para un primer contacto y una visión global sobre la Unidad, pero no fue suficiente para que un profesional sin ninguna experiencia previa pudiera desarrollar su labor de una manera autónoma. Es necesario desarrollar más herramientas de Formación Continuada para dar respuesta a todas necesidades formativas. En cuanto a las Guías, su elaboración sigue siendo de gran utilidad para el personal de UCI, además sirvieron como punto de partida para otras iniciativas y elaboración de otros documentos.

AUTORES: A Klimenko; D Gil Bernal; C Martínez Soriano; E Joven Casaucau; E Gálvez Álvarez; J Villabona Resano.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet.

ID: 583

TÍTULO: BENCMARKING ÁGIL

RESUMEN:
En el año 2001 Kent Beck en Snowbird (Utah) acuñó el término Métodos Ágiles para definir las técnicas que surgían como alternativa a las metodologías formales consideradas demasiado pesadas y rígidas por su carácter normativo y fuerte dependencia de planificaciones detalladas y propuso el Manifiesto Ágil. Ágil significa ser capaz de adaptarse al cambio y su idea es reducir la complejidad y focalizarse en proporcionar servicios que satisfagan las necesidades de los ciudadanos potenciando la innovación, siendo para ello esencial maximizar el trabajo no realizado.
El Benchmarking genérico, que aparece en EEUU en la década de los setenta y se expande gracias a su introducción en los modelos de gestión de Calidad Total, es un proceso de evaluación continuo y sistemático, que define a una organización que aprende, mediante el cual se analizan y comparan sus procesos frente a los de organizaciones líderes, a fin de obtener información para adoptar acciones de mejora y añadir valor a nuestra interacción con los ciudadanos. Su aplicación metodológica estricta, como por ejemplo con el modelo de Robert Camp, exige recursos y tiempo de los que muchas veces se carece. Sin descuidar el Código de conducta europeo proponemos un benchmarking
ágil que nos permita adaptarnos con rapidez a los cambios del entorno y de las expectativas de la sociedad.
Desde el año 2017 hemos implantado en nuestra organización el concepto de benchmarking ágil mediante una actividad estructurada y sistemática con las siguientes fases:
- detección de áreas de mejora (autoevaluaciones, evaluaciones externas, control de procesos, opinión y experiencia de los ciudadanos) y sus indicadores.
- búsqueda de organizaciones líderes con buenas prácticas en nuestras áreas de mejora (revisiones bibiliográficas, revisiones en internet, foros de calidad, congresos).
- contacto directo (correo electrónico y videoconferencia) para objetivar nuestras necesidades y proponer colaboración mutua, ofertando nuestras buenas prácticas, y transmitir nuestra situación actual.
- detectar posibles acciones de mejora.
- modificar nuestros procesos y realizar su seguimiento para evaluar la eficiencia.
- cuantificar la satisfacción de las organizaciones con la actividad realizada.
Durante el año 2017 hemos realizado 8 actividades de benchmarking ágil con organizaciones de nuestro ámbito (sanitarias) o no (colegios, entidades bancarias) con 10 prácticas de mejora en nuestra organización en campos como las alianzas, la experiencia del paciente, los cuadros de mando, la conciliación de la vida familiar y laboral, la gestión del capital humano o la formación. Todas las organizaciones contactadas han respondido favorablemente a nuestra solicitud de colaboración y hemos establecido, por nuestra parte, una red estable de colaboración de cara al futuro en benchmarking ágil. Por tanto consideramos esta práctica como de gran utilidad en momentos de rápidos cambios , ideológicos como estructurales, y con coste accesible.

AUTORES: José Mª Sierra Manzano; E Ladron Moreno; C Andres Gonzalo; O Buergo García; JL Pérez Pérez; ML Sanz Muñoz.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

ID: 584

TÍTULO: AVANZANDO EN LAS RELACIONES CON LOS GRUPOS DE INTERÉS DESDE LA TRANSPARENCIA

RESUMEN:
La transparencia se ha convertido en uno de los principales mecanismos para que las organizaciones y las instituciones recuperen la confianza de la sociedad. Hay una demanda de coherencia y compromisos tangibles hacia las organizaciones y más aún en el caso de organizaciones públicas.
Una de las claves para mejorar en este ámbito es la gestión de los grupos de interés, su conocimiento y su engagement, ya que son los que nos pueden advertir de una oportunidad latente para la reputación de la compañía y la mejora en el desempeño y la información brindada.
Hablar de stakeholder engagement es pensar en términos de relaciones, de interacciones necesarias para el desarrollo de la propia actividad y del negocio. La relación y monitorización activa de nuestros grupos de interés permite una continua actualización de la agenda común, generar un marco que acompaña a la gestión de riesgos y oportunidades.
Identificar necesidades y expectativas de los grupos de interés
Generar confianza y mejores relaciones, el diálogo bidireccional que permita no solo emitir información sino incentivar la escucha activa
Tejer redes de colaboración con la sociedad e involucrarlos en la consecución de nuestros objetivos
Evaluar la percepción de los grupos de interés en relación a diferentes áreas de acción (estratégica, económica, social, medio ambiental, innovación)
Fase 1: Identificación de los grupos de interés y elaboración de una matriz donde están clasificados en función de la influencia e interés en nuestra organización. En función de estos dos parámetros se ha optado por diferentes estrategias colaborar, comunicar, satisfacer y observar.
Fase 2: Colaboración en la elaboración del Plan Estratégico. Sesión World Café a la que acudieron 34 personas de diferentes grupos de interés para contrastar la estrategia definida por profesionales de la organización. Identificaron proyectos que se podrían realizar en colaboración, para mejorar la salud de la población.
Fase 3: Comunicación de los resultados de la organización por parte del Director Gerente a los grupos de interés como muestra de transparencia en la gestión de la organización.
Fase 4: Encuesta dirigida a todos los grupos de interés que se realizara anualmente con el fin de captar objetivamente la eficacia de nuestras acciones para el logro de nuestra línea de visión Sociedad y conocer la percepción de nuestros grupos de interés.
Índice de respuesta del cuestionario a grupos de interés fue del 40%, con una valoración media obtenida de 8,17, referente a la transparencia en la gestión. La valoración global de los servicios que prestamos a la sociedad en su conjunto es de 7,92.
Consideramos fundamental involucrar a los grupos de interés en la mejora de SALUD de nuestra población de referencia, porque que la SALUD es mucho más que la atención sanitaria que ofrecemos en los centros de salud y en el hospital… es un RETO COMPARTIDO que nos concierne a todos, y que tendremos que abordar en COLABORACIÓN.

AUTORES: Mikel Buruaga Berrojalbiz; V Martín González; A De Prado Basterrica; J Ballestero Zarraga.

CENTRO DE TRABAJO: Organización Sanitaria Integrada Barakaldo Sestao.

ID: 586

TÍTULO: VALOR AÑADIDO DE LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN URGENCIAS

RESUMEN:
Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son dispositivos asistenciales complejos altamente sensibles a la aparición de errores de medicación (EM) con consecuencias
graves. En el estudio de "Eventos adversos ligados a la asistencia en los SUH españoles (EVADUR)", los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) fueron las reacciones adversas (RA) prevenibles más frecuentes ligadas a la asistencia urgente (37,6%).
Evaluar el proceso de implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida (PEA) en un Servicio de Urgencias (SU), así como analizar el valor añadido de la validación farmacéutica y las mejoras en la administración de medicamentos que ha supuesto este sistema.
Se desarrolló la interfaz necesaria para integrar el programa de PEA (Farmatools® módulo Unidosis) y el software de gestión integral del paciente en el SU (PCH-URGENCIAS®). Se integró la PEA con el Sistema automatizado de dispensación (SAD) disponible en Urgencias (Pyxis®) y con el sistema de solicitud de medicamen
tos por vía urgente al Servicio de Farmacia. Se formó al personal facultativo y de enfermería por parte del Servicio de Farmacia. La PEA a través Farmatools® integrada en PCH-URGENCIAS®, ha permitido mantener el flujo de trabajo habitual, pero dotando a los facultativos de un sistema asistido que integra un vademécum y alertas de prescripción como duplicidad, contraindicaciones... Se crearon protocolos habitualmente utilizados en urgencias en el programa para facilitar la prescripción. Una vez
realizada la prescripción es validada por farmacia, analizándose las intervenciones realizadas desde la implantación, el 21/11/2017, hasta el 27/04/2018 detallándose las causas, modo de realización y grado de aceptación.
Se formó a 50 FEAs y unos 100 DUE del SU y 250 MIR de diferentes especialidades. Se han registrado 464 intervenciones, de las que fueron aceptadas 374 (80,6%). Se detectaron 24 motivos de intervención, siendo "conciliación" el que aglutinaba mayor número de intervenciones, 238 (51,3%) con una aceptación del 76,9%. Tras conciliación, los motivos más frecuentes fueron "dosis excesiva" con 44 intervenciones (9,4%), "dosificación insuficiente" con 27 (5,82%), "duplicidad terapéutica" con 26 (5,6%)
"alergia" 19 (4,1%). En 337 (72,6%) ocasiones la intervención se comunicó por escrito, información verbal in situ en el SU en 73 (15,7%) y vía telefónica en 54 (11,6%).
La combinación de una nueva herramienta de prescripción asistida junto con la posterior validación por parte del farmacéutico y la integración con el SAD de cara a la administración por parte de enfermería han dado lugar a una prescripción y administración más segura de medicamentos. Aunque la implantación ha supuesto un esfuerzo por parte de todos, el hecho de poder integrar la PEA con PCH-Urgencias® ha supuesto que el flujo de trabajo en el SU no se haya visto modificado en exceso.

AUTORES: Jose Manuel Real Campaña; P Olier Martinez; M Izuel Rami; R Turrón Tendidor; BJ Povar Marco; MR Abad Sazatornil.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet.

ID: 587

TÍTULO: ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS: ¿CUÁL ES SU PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA EN ESPAÑA?

RESUMEN:
Las enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) son un conjunto de patologías relacionadas entre sí desde un punto de vista genético e inmunólogico que, a menudo, coexisten y que responden a agentes farmacológicos dirigidos a moléculas clave comunes en las rutas inflamatorias. Clínicamente se presentan de manera muy disímil, comprometiendo órganos diversos y acompañándose de distintas comorbilidades y complicaciones derivadas de los efectos crónicos de la inflamación lo que provoca un alto grado de discapacidad y reduce considerablemente la calidad de vida. Además requieren de un modelo asistencial basado en la multidisciplinariedad para su correcta atención sanitaria y psicosocial.

Los estudios epidemiológicos de las IMID consideradas en su conjunto como grupo de enfermedades son escasos, lo que justifica el interés de realizar un estudio de su prevalencia en España.
Determinar la prevalencia de un conjunto de diez IMID, incluyendo artritis reumatoide, psoriasis, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, lupus eritematoso sistémico, hidradenitis supurativa, sarcoidosis y uveítis en España.
Debido a la complejidad del concepto IMID y a la diversidad de las patologías que comprende, se seleccionaron para este estudio a un conjunto de 10 IMID agrupables porque comparten criterios clínicos y fisiopatológicos comunes y por su especial relevancia en el entorno sanitario español.

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico, nacional y transversal a través de un cuestionario estructurado, previamente validado por un grupo de expertos y diseñado a partir de la Encuesta Nacional de Salud.

Se realizaron entrevistas telefónicas asistidas por ordenador (CATI) a los residentes mayores de 16 años de edad en viviendas seleccionadas al azar por toda la geografía española, que aceptaron participar, para determinar el diagnóstico conocido y la co-ocurrencia de IMID en el entrevistado y en otros habitantes del mismo domicilio en 2016.
Se realizaron 7980 entrevistas; 510 participantes refirieron el diagnostico de, al menos, una IMID lo que representó una prevalencia puntual de 6,39%. Se identificó co-ocurrencia de IMID en el mismo individuo en un 8,9% de los entrevistados. En un 12,8% de los hogares varios habitantes refirieron diagnóstico de una o más IMID. La prevalencia de las IMID difirió en función de género ($p=0.004$) y edad ($p< 0.001$).

Este estudio, pionero en España, pone de manifiesto la relevancia de las IMID como un problema de salud que afecta a más del 6% de la población adulta en España. Los resultados confirman la co-ocurrencia de estas enfermedades en el mismo individuo en cerca del 10% de los entrevistados y la agregación familiar de las IMID al detectarse cerca de un 13% de hogares con diagnóstico de una o más IMID en varios de sus habitantes. De acuerdo con estos resultados, las IMID representarían un problema de salud prioritario para las políticas sanitarias actuales.

AUTORES: Angel Gil[1]; J G. Ruiz de Morales[2]; M Codesido[3]; A Arraiza[4]; C Escobar[5]; P Casado[6].

CENTRO DE TRABAJO: Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos[1]; Servicio de Inmunología, Complejo Hospitalario Universitario de León[2]; Hospital Nisa Pardo de Aravaca[3]; Asistencia Sanitaria, Dirección General, Osakidetza[4]; UNIMID[5]; Calidad y Cohesión, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad[6].

ID: 588

TÍTULO: ANÁLISIS DEL RIESGO EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES AMBULATORIOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO

RESUMEN:
La norma ISO 9001:2015 ha incorporado el enfoque basado en el riesgo como uno de los pilares de los sistemas de gestión de la calidad. Se considera riesgo el efecto de la incertidumbre sobre un resultado esperado (posibilidad de que algo suceda durante la prestación de un servicio sanitario y tenga un impacto negativo sobre el paciente). Es necesario realizar una identificación, análisis y priorización de los riesgos para asegurar que el sistema logra los resultados previstos, reforzar los efectos deseados, prevenir o reducir efectos indeseados y lograr la mejora continua.
Identificar los riesgos en la dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios, priorizar aquellos más relevantes y establecer medidas de mejora a fin de aumentar la seguridad del paciente.
Se utilizó la metodología del análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Un equipo compuesto por farmacéuticos y técnicos auxiliares de farmacia identificó los modos de fallo de
cada etapa del proceso. Se evaluó el impacto asociado a cada modo de fallo mediante el número de prioridad de riesgo (NPR), determinado mediante tres variables: ocurrencia, gravedad y posibilidad de detección. Se propusieron medidas de mejora para todos los modos de fallo, priorizando la actuación en los NPR superiores.
Se identificaron 47 posibles modos de fallos con 75 causas (en algunos casos comunes para distintos modos de fallos). En total, se propusieron 24 acciones con capacidad de resolver o paliar los riesgos detectados. Actualmente se han ejecutado 4 de las acciones y 20 se encuentran en proceso. Las acciones más relevantes propuestas son: la automatización del almacén, la gestión de citas y la implantación de la prescripción electrónica en consultas externas (PresSalud). En el caso de la automatización del almacén, se procedió a la instalación de un sistema robotizado de dispensación (ROWA) que ha solucionado los 3 puntos críticos siguientes: 1) la no solicitud de un medicamento al proveedor, que tendría como consecuencia el retraso o interrupción del tratamiento de un paciente o la solicitud de un préstamo a otro hospital, 2) la dispensación de un medicamento erróneo y 3) el registro erróneo de una dispensación, que podría generar confusión en las próximas visitas del paciente al consultar el histórico de dispensación, así como descuadres en el stock.
La gestión del riesgo mediante la utilización de la metodología AMFE es una herramienta eficaz para mejorar la calidad y seguridad de la asistencia al paciente. Con el análisis realizado se han priorizados los posibles problemas de la unidad de pacientes externos del servicio de Farmacia, pudiendo prevenirlos o paliar los, y trabajar en las acciones de mejora. Asimismo, será necesario evaluar de nuevo mediante esta metodología el impacto que han tenido las medidas propuestas, especialmente sobre los puntos críticos ya conocidos y valorar si se detectan nuevos modos de fallo sobre los que haya que actuar.

AUTORES: Jose Manuel Real Campaña; Á Arias Sánchez; H Navarro Aznárez; B Abad Bañuelos; O Pereira Blanco; Mr Abad Sazatornil.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet.

ID: 589

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN INTELIGENTE PROACTIVA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE(SP) PARA EL CONTROL DE PROCESOS.

RESUMEN:
El proyecto de las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente(SP) de nuestra consejería ha sido un motor de cambio para promover la SP en nuestra organización. Nos ha hecho reflexionar y definir estrategias disminuir la variabilidad asistencial, incorporar la tecnología en la toma de decisiones y en el control de los procesos.
Diseñar e implantar una aplicación inteligente proactiva en Seguridad del Paciente (aplicación proSP) que permita a los profesionales la ejecución, evaluación y mejora de procesos relacionados con la SP.
Crear núcleo Core multidisciplinar entre profesionales sanitarios y tecnológicos. Características aplicación:1) Informatizar listas de verificación(LV) de procesos SP a partir de variables consensuadas 2)Planificar las según el procedimiento (diaria, mensual, etc) 3) Crear Alertas visuales con formato semáforo para indicar estado de resolución; 5) Incorporar un Sistema de inteligencia activa que permita monitorizar automáticamente las LV no realizadas o con incidencias 6) Controlar el proceso a partir de proporcionar información on-time de indicadores, incidencias y su resolución 8) Realizar las LV desde tablets 9) Sistema Framework PHP propio.
Implantado en el 81%(304) Centros (Centros de Salud, Unidades de Salud Sexual y Reproductiva, penitenciaria, urgencias y equipos pediátricos). La utilizan 4.379 profesionales. Durante el año 2017 se realizaron el 92% LV planificadas (260.240 de 281.793 LV). Atención urgente: "Box diario":92'6% realizadas (45.559 de 49.162LV), 12 % incidencias(I) (5.500), 88% revisadas por Responsables de Proceso(RP). "Control estoc/caducidades": 88% realizadas (1.402 de 1.583LV), 5% I (83), 72% revisadas RP. "Revisión pos-utilización carro de paros y maletín" en 1.871 y 6.746 respectivamente. Uso seguro del medicamento: "Revisión de fármacos termolábiles": Control de 1.268 neveras, 95% LV realizadas (102.588 de 108.591), 2% I (2.025), 91% revisadas RP "Revisión almacén de farmacia" 91% realizadas (244 de 267LV), 9% I, el 68% revisadas RP. Material fungible: "Revisión almacén" 92% realizadas (272 de 296LV), 9% I, 85% revisadas RP; "Revisión consultas" 93% LV realizadas (2.435 de 2.629LV), 9% I (226), 87% revisadas RP. Laboratorio: 95% LV realizadas (2683de 2.831 LV), 28%I (779), 94% revisadas RP. Coste Calidad: Atención urgente 2.070 jornadas; gestión material 103 jornadas y medicación 1.822 jornadas
CONCLUSIONES
La aplicación prosSP nace en el seno de un ambicioso proyecto de mejora de la SP. Las LV de los procesos de SP se realizan informáticamente. Hemos disminuido la variabilidad en los procesos priorizados. Disponemos de un cuadro de mandos que agrupa indicadores y nos permite conocer si el proceso está controlado. El disponer de la información on-time, facilita el trabajo del RP, responsable de calidad y directivos en la toma de decisiones para mejorar la SP.

AUTORES: Montserrat Gens Barbera[1]; N Hernandez Vidal[2]; D Ayala Villuendas[3]; C Carrillo Ciurana[4]; Y Mengibar Garcia[5]; C Pareja Rosell[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Del Camp De Tarragona[1, 2, 3, 4, 5]; Direcció Assistencial CC[6].

ID: 590

TÍTULO: MÉTODO DE ANÁLISIS DE LOS DAÑOS OCASIONADOS A LOS PACIENTES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

RESUMEN:
El objetivo principal en seguridad del paciente es minimizar los daños ocasionados por la asistencia sanitaria (errores, demoras en la atención, pruebas innecesarias,…). Con el fin de conocer la magnitud de estos daños se han realizado estudios de prevalencia (efectos adversos durante la hospitalización y en el ámbito de atención primaria, de aspectos específicos como úlceras o infecciones). Sin embargo, falta establecer una metodología de monitorización robusta que permita estimar el impacto de la multitud de intervenciones que se están realizando en las organizaciones y comprobar si efectivamente estamos disminuyendo el daño a los pacientes.
1. Evaluar la técnica estadística de análisis de series temporales para analizar los daños ocasionados a los pacientes durante su estancia en el hospital.
2. Establecer la tendencia de los daños (diagnósticos adquiridos durante la hospitalización) en los últimos cuatro años en los pacientes ingresados en un hospital universitario.
1. Se identifica el marcador POA (present on admission) en los diagnósticos codificados en el CMBD de hospitalización de los ejercicios de 2014 a 2017, utilizando el CIE-9-MC, y se genera una serie temporal de 48 datos con el porcentaje de episodios con al menos un diagnóstico que no estaba presente en el momento de la admisión del paciente en el hospital.
2. Para el análisis de series temporales utilizamos la aplicación TSW+ del Banco de España y SPSS v.23, que permiten desarrollar modelos de regresión y análisis de series temporales, así como establecer pronósticos a corto y medio plazo.
RESULTADOS: la magnitud de los daños (diagnósticos que se adquieren durante la estancia en el hospital) se ha mantenido estable (≈12% de los ingresos adquieren un diagnóstico durante su ingreso). Se muestran picos en los periodos vacacionales (semana santa, verano –destaca agosto- y navidad).
CONCLUSIÓN:
1. Esta técnica es la más adecuada para analizar datos de diseños de series temporales ya que estima la correlación entre las observaciones, mejorando la inferencia estadística de las pruebas bivariadas y de los análisis de regresión.
2. La tendencia de daños a los pacientes se mantiene estable en el periodo de estudio. 3. Los daños aumentan de manera importante en el mes de agosto, por lo que sería deseable analizar los motivos de este aumento.

AUTORES: Miguel Latorre Guisasola.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Cruces.

ID: 591

TÍTULO: ¿SON ÚTILES LOS PROGRAMAS PROA? OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

RESUMEN:
Los programas de optimización de antimicrobianos (PROA) tienen por objetivo mejorar los resultados clínicos y minimizar los efectos adversos asociados al tratamiento. En octubre de 2016, se creó un equipo multidisciplinar PROA (cirujanos, infectólogos, intensivistas, microbiólogos y farmacéuticos) en el Servicio de Cirugía General (SCG).
El objetivo del trabajo es analizar las recomendaciones del farmacéutico y evaluar el grado de aceptación por parte de los cirujanos.
Estudio prospectivo de las recomendaciones realizadas por el farmacéutico en un equipo PROA del SCG de un hospital de tercer nivel. El período de estudio comprende enero
2017-marzo 2018 y se incluyeron los pacientes ingresados en el SCG con prescripción electrónica y tratamiento antimicrobiano. Las recomendaciones consensuadas con el equipo fueron: duración (emisión de alerta al tercer día de tratamiento), monitorización farmacocinética, optimización de dosis, indicación, terapia secuencial precoz (TSP) y desescalamiento. Tras la revisión del curso clínico y los datos microbiológicos se emitieron las recomendaciones por escrito en el módulo de prescripción electrónica; siendo aceptadas en caso de modificación de la prescripción a las 24 h.
Se realizaron 150 recomendaciones sobre 93 pacientes, siendo la media de edad 67 (DE 14,9) años y el 73,0% hombres. Tipo de recomendaciones: duración (53,3%), monitorización farmacocinética (16,7%), optimización de dosis (13,3%), indicación (9,3%), TSP (5,3%), desescalamiento (2,0%). Los fármacos más intervenidos fueron: vancomicina (17,3%), carbapenems (16,0%), piperacilina/tazobactam (12,0%), linezolid (6,0%), fluconazol (5,3%) y otros (43,4%). Tras la emisión de las recomendaciones, en el 38,7% (n=58) de los casos se modificó el tratamiento; en el 37,3% (n=56) se suspendió y en el 24,0% (n=36) se mantuvo. El 74,7 % de las recomendaciones (n=112) fueron aceptadas.
La revisión y emisión de recomendaciones por parte del farmacéutico de un equipo PROA tiene buena aceptación por los cirujanos. La duración prolongada de antimicrobianos se reveló como una de las principales causas de uso inapropiado de estos. La integración en equipos PROA constituye una oportunidad de mejora en la prescripción antibiótica, con un impacto clínico positivo tanto en la atención sanitaria como en el consumo de recursos. Esto refuerza la idea de seguir identificando estas y otras oportunidades de mejora para obtener un impacto propio en el hospital y en los pacientes.

AUTORES: José Manuel Vinuesa Hernando; B Bonaga Serrano; B Obón Azuara; A Gonzalo Rodríguez; P Luque Gómez; M Arenere Mendoza.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa.

ID: 592

TÍTULO: IMPACTO DE LA NOTIFICACIÓN DE 539 INCIDENTES SIN DAÑO EN LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN UNA UCI POLIVALENTE

RESUMEN:
En la atención al paciente crítico se producen multitud de intervenciones diarias, todas susceptibles de eventos adversos. Los pocos estudios descriptivos de los mismos en las unidades de críticos, obligan al conocimiento de los riesgos inherentes al tratamiento y cuidados en Medicina Intensiva.
Analizar las notificaciones realizadas durante 7 años en el sistema regional de registro de incidentes sin daño en una UCI polivalente de 24 camas. Aplicar el ciclo de mejora continua de la calidad referida a la seguridad del paciente crítico.
Estudio observacional prospectivo, a partir del sistema de registro de notificación de incidentes sin daño (ISD) de SACYL (sistema SISNOT) para la notificación, registro y análisis de los ISD durante el periodo 2012-2018 en una Unidad de Cuidados Intensivos. Los ISD son registrados en la aplicación informática por personal de cualquier división, de forma anónima y voluntaria. Un equipo multidisciplinar analiza periódicamente los mismos y lleva a cabo mejoras en el servicio: implantación de las necesidades detectadas, actualización de protocolos, objetivos diarios, formación en seguridad. Además se han realizado análisis causa-raíz de los eventos potencialmente mortales.
Se registraron un total de 539 ISD, desde el 2012 a Mayo de 2018. Siendo las notificaciones anuales de 52, 81, 81, 146, 104, 50, 25 respectivamente. Los más frecuentes pertenecen a “Cuidados del paciente” (Grupo 1): 125 registros (23.19 %), “Errores de medicación” (Grupo 2): 117 (21.70%), “Equipos y dispositivos” (Grupo 3): 99 (18.36%), “Diagnóstico y seguimiento clínico” (Grupo 4): 58 (10.7%). Con respecto al daño potencial ocasionado, el 15.9% de las notificaciones no tuvieron daño, 30.38% con gravedad leve, 37.83% moderada, 13.88% severa, y el 2.01% daño potencialmente mortal, realizándose en estos últimos 3 análisis causa-raíz.
Los factores contribuyentes agrupados por tipo de ISD en los grupos 1, 2 y 4 fueron los problemas de trabajo en equipo (18,81%, 13.09%, 23,36%) y la falta de comunicación (15,14%, 32,98%, 29,91%); en el grupo 3 los factores relacionados con el paciente (22,09%) y con el equipo y dispositivos (27,61%).
Respecto a las propuestas de mejora destaca la protocolización y planificación de tareas principalmente en los grupos 1 y 3 (57.63% y 55.81%) y la mejoría en la comunicación entre profesionales en los grupos 2 y 4 (48.15% y 45.28% respectivamente).
Conclusiones:
1. Los ISD más frecuentes registrados son los relacionados con los cuidados del paciente y la medicación, siendo los factores contribuyentes la falta de trabajo en equipo y los problemas de comunicación.
2. Los ISD más graves representaron el 15% y se tomaron medidas inmediatas al respecto.
3. Las propuestas de mejora más significativas fueron encaminadas a la protocolización y la mejora de la comunicación.
4. Se ha conseguido en la unidad consolidar una herramienta útil en seguridad.

AUTORES: Eva María Pérez Cabo; Ja Fernández Ratero; E Martínez Barrio; M Gero Escapa; C Díaz Tobajas; M Martínez Barrios.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos.

ID: 593

TÍTULO: ACCESOS VASCULARES: NUEVO MODELO DE GESTIÓN ORIENTADO A FLEBITIS ZERO

RESUMEN:
Los accesos vasculares periféricos son el procedimiento invasivo más frecuente en los pacientes hospitalizados, y generan un riesgo potencial de complicaciones e incidentes de seguridad. Entre ellos destaca, por su alta frecuencia de aparición, la flebitis. La diversidad de factores causales dificulta su abordaje proactivo y preventivo. La aplicación de metodologías de tipo bundle se han mostrado eficaces para la mejora en los cuidados y en seguridad.
La motivación es un proceso que ocasiona, activa, orienta, dinamiza y mantiene el comportamiento de los individuos hacia la realización de objetivos esperados. La dirección por objetivos (DPO) aplica el concepto de retribución variable condicionada a la consecución de resultados como estímulo motivacional.
Disminuir las tasas de flebitis y otras complcaciones asociadas a accesos vasculares.
La dirección de Enfermería crea el Proyecto integral de accesos vasculares. Se opta por una actuación multimodal que aglutinará, de forma coordinada, la incorporación de la institución al proyecto Flebitis zero, el estudio y creación de un equipo enfermero de terapia intravenosa (ETI), y por último realizar un abordaje del problema desde la metodología de dirección por objetivos. Esta metodología incluye la incorporación del resultado en cuidados de los catéteres y de las estrategias de sensibilización y formativas específicas, a los acuerdos de Gestión en las unidades y las enfermeras de 2016 a 2018.
Se implanta el proyecto Flebitis zero en 3 fases: unidades piloto (2015-16); hospitalización (2017) y urgencias, críticos y bloque quirúrgico (2018).
Se procede a la revisión, en base a la evidencia más actual, de protocolos y procedimientos relacionados.
En el 2017 se crea el ETI para de dar solución al déficit en la disponibilidad y acceso a dispositivos de línea media i PICC.
Para obtener las tasas de flebitis se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, de 2014 a 2017.
Los resultados obtenidos pueden resumirse en:
- disminución de las tasas de flebitis del 8,62% en 2014 al 6,48% en 2017.
- formación y sensibilización de más de 1.000 profesionales.
- empoderamiento de las supervisoras como gestoras de cuidados y transversalización de expertos/referentes en CVP.
- actividad del ETI: 1.101 Midline y 220 PICC.
- mejora de los registros relacionados con los cuidados de los CVP, midlines y PICC.

La creación de un ETI con técnica ecoguiada permite la aplicación de los algoritmos de elección adecuada de catéteres en función de las condiciones de cada paciente y su tratamiento, y puede hacer disminuir las tasas de flebitis debidas a la utilización inadecuada de catéteres cortos.
Alinear estrategias de gestión con estrategias de mejora de la práctica clínica, facilita y mejora los resultados que se obtienen. La incentivación de algunos objetivos puede amplificar el impacto del programa al focalizar los objetivos propuestos y, por otro lado, aumentar la motivación de los profesionales en ese ámbito de mejora concreto.

AUTORES: Juan Del Oso Morán; R Corredor Cazcarro; M Martinez Muñoz; S Lopez Branchadell; I Batuecas Duelt; MA Barba Flores.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Vall Hebron.

ID: 594

TÍTULO: CUIDA_NET: EL RADAR DE LOS CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
El radar de los cuidados: cuida-net es un proyecto de innovación previsto en la Estrategia de Calidad de los Cuidados de Atención Primaria (AP). Se trata de un sistema de vigilancia de los temas y aspectos relacionados con innovación y actualización en cuidados que están presentes en el entorno.
Difundir a través de un boletín on-line información de nuevos conocimientos e innovaciones científicas y tecnológicas, relacionados con los cuidados enfermeros, identificadas en el entorno y experiencias de ámbito local que se puedan generalizar o puedan resultar de interés al conjunto de la organización.
Para la elaboración y difusión del boletín se ha constituido un comité editorial, compuesto a su vez por un equipo de vigilancia (EV) y un equipo de redacción (ER).
El EV está formado por 11 profesionales de diversos ámbitos que tienen asignados entornos y fuentes de interés a vigilar: evidencia en cuidados (Instituto Joanna Briggs, Cochrane plus, Investen, UpToDate, guías de práctica clínica…); personas referentes o expertas en cuidados y líderes de opinión; organizaciones e instituciones (sociedades científicas, organizaciones colegiales, universidades, organismos públicos…); prensa y medios generales y sanitarios; redes sociales y asociaciones de pacientes,…
Los miembros del EV remiten sus propuestas de noticias al ER indicando: título breve (máx 10 palabras), descripción de la noticia (40/50 palabras), sección del boletín donde proponen incluir la noticia, vínculo (link) a una página web donde se pueda ampliar la información e Imagen de uso libre que acompañe la noticia.
Además de los miembros del EV, cualquier enfermera de la organización puede proponer alguna noticia en el boletín por medio de un correo genérico.
Los 7 miembros del ER revisan las noticias y, también con unos criterios establecidos, seleccionan los contenidos a incluir en cada boletín.
La propuesta de boletín se presenta a la comisión de calidad de los cuidados de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria que valida los contenidos y finalmente la Gerente autoriza su difusión.
Desde la puesta en marcha del proyecto, en enero de 2018, ya se han difundido 4 boletines a través de la intranet del Servicio Madrileño de Salud. También se ha remitido de forma individualizada a los correos institucionales de las 3400 enfermeras de AP y a los correos de las direcciones de enfermería de los hospitales, de los servicios de urgencias y emergencias y de los centros sociosanitarios de la Comunidad de Madrid. Además se remite a la lista de distribución de 'otros' profesionales que se han suscrito de forma voluntaria.
Conclusión: La iniciativa ha tenido alta repercusión y muy buena acogida por parte de los profesionales, que consideran el boletín un referente informativo y actualizador de contenidos relevantes, que contribuye además a visibilizar a las enfermeras y todo ello enmarcado en un contexto de innovación en cuidados.

AUTORES: Francisco Javier Pérez-Rivas[1]; MC Fernández-Díaz[2]; C Cedrún-Lasta[3]; JJ Jurado-Balbuena[4]; ML González-Hernando[5]; S López-Palacios[6].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Asistencial de Atención Primaria[1, 2, 3, 4, 6]; Gerencia de Cuidados[5].

ID: 595

TÍTULO: INCORPORANDO PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL DISEÑO DE PROCESOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.

RESUMEN:
Actualmente existe una demanda creciente para evolucionar de un modelo asistencial centrado solo en el conocimiento y autoridad del profesional experto hacia un modelo más participativo. La comunidad reclama estar más presente en las decisiones relacionadas con los servicios que le afectan directamente. Para garantizar una asistencia eficiente, más transparente y de calidad es necesario incorporar la participación ciudadana en la mejora de la atención sanitaria.
Objetivo principal: Incorporar la voz del ciudadano en la gestión de procesos de la organización
Objetivos secundarios:Mejora continua de la organización sanitaria des de la perspectiva del ciudadano;Potenciar la corresponsabilidad del ciudadano en el conocimiento y seguimiento de su propio proceso asistencial. Para activar la participación ciudadana en el ámbito de la salud se diseña una estrategia recogida en el Plan de participación ciudadana del territorio, alineado con el Marco de participación ciudadana del Departament de salut.
Como primera experiencia se detecten incidencias importantes respecto a la orientación de los ciudadanos dentro del recinto del Parque sanitario del hospital. Se decide hacer un análisis de situación y activar un plan de mejora:
Creación grupo de trabajo multidisciplinar
Definición de objetivos del grupo y cronograma
Auditoria de imagen y señalización a cargo de la Unidad de calidad territorial
Proceso de participación ciudadana
Proceso de participación de profesionales
Presentación de resultados de la auditoria y del proceso participativo a los órganos de gobierno y órganos colegiados
Elaboración del plan de mejora y cronograma de implantación
Retorno del informe de conclusiones y decisiones tomadas a los ciudadanos.
Los participantes han sido personas con experiencia reciente en los dispositivos asistenciales del Parque sanitario.Representan la diversidad de las personas que circulan por el recinto diariamente.
Se abordan tres aspectos relacionados con la navegación por los espacios: orientación, información y confort. Una vez analizadas las propuestas de los ciudadanos, se incorporan al plan de acción según priorización y viabilidad. Se recogen 21 propuestas, de las cuales el 62% son viables a corto plazo.Los participantes agradecieron la oportunidad de participar y valoraron positivamente la sesión del retorno de las decisiones tomadas. Próximamente activaremos acciones participativas en el proceso de control de anticoagulantes orales, y en la revisión y diseño del modelo de atención de las Unidades de Atención al ciudadano.
Conclusión:Estamos ante un cambio de paradigma en lo referente al diseño y aplicación de políticas sanitarias. Incorporar de forma progresiva y responsables la visión y las propuestas ciudadanas en la gestión por procesos de las organizaciones y en la mejora continua del servicio es un ejercicio de responsabilidad que proporciona un mejor servicio, más coherente y más robusto en el tiempo.

AUTORES: Nieves Camañes Garcia[1]; M Gens Barbera[2]; N Hernandez Vidal[3]; Y Mengibar Garcia[4]; O Hernández Villen[5].

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Territorial Camp de Tarragona-Hospital Joan XXIII[1]; Gerencia Territorial Camp de Tarragona[2, 3, 4, 5].

ID: 596

TÍTULO: CREACIÓN DE UN MAPA MICROBIOLÓGICO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PATRONES DE RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS

RESUMEN:
La resistencia antimicrobiana es un problema a nivel mundial y como resultado, los medicamentos se vuelven ineficaces, incrementa la morbimortalidad, obliga a la utilización de fármacos más caros, y a realizar atenciones más intensivas. Por lo que aquellas estrategias dirigidas a incrementar la vigilancia de resistencias antimicrobianas son fundamentales. Los mapas microbianos aportan información de los patrones de resistencias a los antimicrobianos aislados en las muestras de los pacientes atendidos en los hospitales y centros de salud de referencia, y se han evidenciado como una estrategia útil de vigilancia de las resistencias antimicrobianas.
Diseñar e implantar un mapa microbiológico para conocer los microorganismos que circulan en una red sanitaria, compuesta por dos hospitales, dos centros sociosanitarios y 6 centros de salud, y determinar sus patrones de resistencia.
Mediante un circuito ETL (Extract, transform and loading) cargamos la información origen de la historia clínica y laboratorio para ser explotada. La información se carga diariamente. Se obtienen los siguientes informes: (a) Informes estáticos, con tecnología BIRT, del tipo de microorganismo y su patrón de resistencias; (b) Indicadores dinámicos mediante cubos Olap con las siguientes dimensiones: centro y servicio solicitante, año, día y mes, determinación, muestra, prueba realizada, resultado de las pruebas, profesional solicitante, organismo, paciente, resultado CMI, ubicación.
Mediante el mapa microbiológico obtenemos estadísticas mensuales de los diferentes microorganismos que circulan en nuestros centros de salud y hospitales y de sus patrones de resistencias. Esto nos ha permitido realizar actualizaciones de los protocolos de las diferentes enfermedades infecciosas según los patrones de resistencia que se han identificado, por lo que podemos indicar empíricamente los antimicrobianos que sean más adecuados a los patrones de resistencia detectados en el hospital y centros de salud. Finalmente, el mapa microbiológico también nos ha permitido monitorizar la evolución a lo largo del tiempo de los patrones de resistencia de los microorganismos y poder detectar si aparecen nuevas resistencias antimicrobianas.

AUTORES: Marta Peña[1]; Ge Flores Mateo[2]; Ma Serret[3]; Xa Singla Garros[4].

CENTRO DE TRABAJO: Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla.

ID: 597

TÍTULO: ESTANDARES MINIMOS DE SEGURIDAD CLINICA,HERRAMIENTA INDISPENSABLE EN UN MODELO DE GESTION DEL RIESGO CLINICO.

RESUMEN:
Actualmente la gestión de la sanidad se encuentra transitando en un cambio de paradigma; tanto la sociedad como los centros asistenciales están más digitalizados, y son más industrializados. En este nuevo marco, la seguridad clínica (SC) merece una especial atención y debe ser mejorada y adaptada a una realidad sujeta a nuevos riesgos.
1°-Seleccionar unos estándares mínimos en seguridad clínica, el modo de integrarlos en los procesos asistenciales y la dimensión transversal que ocupan en la gestión clínica y gobierno.
2°.Definir un modelo de gestión del riesgo integrado en el plan de seguridad.
Se realizó una revisión de publicaciones científicas, normas legales y referentes en estándares de Seguridad Clínica y Modelos de Gestión del Riesgo. En una primera fase se seleccionaron aquellos trabajos que mostraron evidencia en el impacto que la seguridad del paciente tiene en la calidad asistencial. En la segunda fase se seleccionaron los referentes internacionales con más valor para elaborar un inventario de estándares en Seguridad Clínica. Los estándares se han clasificado en base al modelo de gestión validado EFQM, con el objetivo de resaltar la seguridad como una dimensión transversal en la gestión clínica, integrada en todos los niveles. En una tercera fase se seleccionarán los estándares mínimos de SC que se validarán a posteriori mediante la técnica del grupo Delphi.
En total los referentes seleccionados fueron 16. El origen de los referentes en cuanto a geografía fueron: España, Francia, Australia, USA, Canadá y UK. Nuestras fuentes fueron el NQF, JCI, AHRQ, WHO, OCDE, IHI, ISO 9001, UNE 739003, entres otros.El conjunto de los estándares ascendieron a más de 150. Entre ellos se clasifican en subgrupos: 'Ámbito General' y 'Ámbito especifico'. Debido a su especificidad, el conjunto de los estándares no se aplica a todos los servicios ni instituciones. Según el modelo EFQM el número de Estándares es el siguiente: 10 en Liderazgo, 8 Política y Estrategia, 10 en Personas, 10 en Alianzas y Recursos, 40 en Procesos y 50 en Resultados. El referente más importante es el National Quality Forum. Los estándares añadidos abarcan temáticas como la atención a las 'segundas y terceras víctimas', la participación del paciente en su propia seguridad, la simulación, los mapas de riesgos en la gestión por procesos, y los Análisis de Causa Raíz (ACR). Se han añadido Indicadores de Seguridad (PSI) de áreas muy específicas de alto riesgo como son UCI, Urgencias, Área Quirúrgica y Salud Mental. A su vez, se han identificado con nombre propio los indicadores de seguridad que se relacionan con la humanización de los cuidados. Por último, se han incorporado Indicadores Centinela o 'NEVER EVENTS' en el conjunto de estándares de resultado./CONCLUSION:Se ha elaborado un modelo basado en el EFQM de estándares de SC que debe ser priorizado y validado para incorporarlo como herramienta en la gestión de riesgos.

AUTORES: Marta Schiller[1]; MC Martin[2].

CENTRO DE TRABAJO: Proqualitas Health.CH[1]; ISDE. Master Seguridad Del Paciente[2].

ID: 598

TÍTULO: ¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL SIN MORIR EN EL INTENTO?: INTEGRACIÓN DE FARMACIA EN UCI

RESUMEN:
Los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) comportan una complejidad tecnológica y asistencial que los diferencia de otros servicios del hospital. La integración del farmacéutico en los SMI resulta especialmente útil a la hora de seleccionar la prescripción médica más adecuada.
El objetivo del trabajo es analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas con motivo de la incorporación de un farmacéutico en un SMI
Estudio prospectivo de las intervenciones realizadas por el farmacéutico en un SMI Médico-Quirúrgico de 34 camas de un hospital de tercer nivel en el período de Marzo 2017 a Marzo 2018. Diariamente y de manera semipresencial, el farmacéutico revisó la situación clínica, datos analíticos y tratamiento farmacológico de cada paciente, interviniendo si se consideró necesario. Las IF se clasificaron en pasivas (participación activa del farmacéutico) y activas (solicitadas por el equipo). Las IF realizadas fueron: ajuste según función renal, optimización posológica, monitorización farmacocinética (vancomicina/aminoglucósidos), interacciones farmacológicas potenciales, interacción fármaco-nutrición enteral, conciliación de la medicación (en el momento del ingreso). Se consideró aceptada en caso de modificación de la prescripción a las 24 h. Así mismo se registraron: datos demográficos, tipo de IF, aceptación o no de la misma, fármaco implicado, terapia de reemplazo renal sustitutiva (si/no), valor de creatinina (mg/dL).
Durante el período de estudio se elaboraron un total de 500 recomendaciones sobre un total de 362 pacientes (1,38 intervenciones/paciente) siendo la media de edad 65 (DE 14,6) años y el 30,6% mujeres. Las IF pasivas supusieron un 89,8% (n=449): optimización posológica (17,8%), monitorización farmacocinética (16,2%), interacciones farmacológicas potenciales (12,7%), interacciones fármaco-nutrición enteral (8,9%), conciliación de la medicación (7,8%). En relación al ajuste según función renal, se realizaron 164 recomendaciones (36,5%) con un valor medio de creatinina de 1,87 (DE 2,3) mg/dl y en el 46,9% de las ocasiones el paciente requirió terapia de reemplazo renal sustitutiva. Los fármacos sobre los que más se intervino fueron meropenem (28,1%), daptomicina (19,0%), levofloxacino (19,0%), otros (33,9%). El 95 % de las IF pasivas (n=427) fueron aceptadas por el médico responsable. Las IF activas (administración, estabilidad y volumen mínimo de dilución de fármacos) supusieron un 10,2% (n=51).
La participación de los farmacéuticos como miembros activos en los equipos de trabajo de UCI, ayuda a mejorar los resultados en salud de los pacientes, y por tanto la calidad de la práctica asistencial. En nuestra experiencia, la aceptación de esta participación ha sido elevada, lo que favorece la consolidación de nuestro papel en la actividad clínica desarrollada en los SMI. Este trabajo conjunto nos permitirá establecer recomendaciones y objetivos farmacoterapéuticos especialmente diseñados para los pacientes críticos.

AUTORES: Beatriz Bonaga Serrano; B Obón Azuara; P Luque Gómez; P Millán Taratiel; Mc Orte Aldea; T Salvador Gómez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa.

ID: 599

TÍTULO: MODELO DE LIDERAZGO

RESUMEN:
El liderazgo es el proceso de dirigir e influir en las actividades laborales de los otros miembros del grupo para conseguir un objetivo común, convertir la visión en realidad, y su carencia es causa determinante del fracaso en el desarollo de la estrategia y la sostenibilidad. El equipo directivo de nuestra organización ha decidido que el tipo de liderazgo que mejor se adapta a su visión, que persigue la integración asistencial y la descentralización de la gestión para una mejor atención a la ciudadania, es el liderazgo transformacional en el que se favorecen los valores de crecimiento personal de los profesionales para adaptarse, resolver problemas y mejorar su desempeño.
Mediante la aplicación a las personas de la organización del cuestionario MLQ (Multifactor Leadership Questionnaire) pretendemos evaluar el alineamiento delos líderes con las competencias del liderazgo tranformacional, tanto a nivel individual como grupal -equipo directivo, jefes de servicio, jefes de unidad, jefes de servicio no sanitarios, supervisoras de enfermeria, coordinadores de equipos de y responsables de enfermería de atención primaria). Los resultados nos permiten definir aquellas àreas de mejora y actuar en ellas mediante actividades específicas de formación (programa de formación para mandos intermedios).La posterior evaluación, tras la implantación de las mejoras, nos permitira evaluar la eficiencia de la actividad diseñada.
El cuestionario MLQ es uno de los instrumentos más usados para medir el liderazgo en la psicología de las organizaciones. Hemos utilizado el modelo MLQ6 simplificado de 12 items, cuya puntuación final (0-12) clasifica al liderazgo transformacional en en ALTO = 9-12, MODERADO = 5-8 y BAJO = 0-4. Contempla cuatro competencias: influencia idealizada, motivación inspiradora, estimulación intelectual y consideración individualizada.
Hemos realizado una evaluación 270º del alineamiento de los líderes de la organización (114) con el modelo transformacional siendo valorados inicialmente por un superior, un igual y dos inferiores. (se contestaron 342 encuestas, 77,2%).
Se contestaron 342 encuestas (77,2%).El resultado global ha sido para el MLQ6 de 8,9 puntos (MODERADO) con un nivel alto del 51%. Los menos alineados con el liderazgo transformacional son los jefes de servicio no sanitarios (MLQ6 7,9 puntos, alto 30%) y los jefes de unidad (MLQ6 8,4, alto 31%. Globalmente las mujeres (58% de los líderes en nuestra organización) presentas mejores resutados que los hombres (MLQ6 de 9 frente a 8,3). La competencia con peor valoración en todos los grupos ha resultado la consideración individualizada.
Para afrontar los desafíos que se presentan en el ámbito sanitario habrá que reflexionar sobre qué habilidades deben poner las organizaciones al servicio de sus líderes. La evolución de la cultura organizacional hacia formas de liderazgo transformacional materializará el paradigma de una atención cuyo éxito no será gestionar personas sino liderar grupos.

AUTORES: José Mª Sierra Manzano; E Ladron Moreno; FJ Iglesias Gómez; CE Andres Gonzalo; ML Sanz Muñoz; MV Alvarez Cámara.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

ID: 600

TÍTULO: SOPORTE VITAL BÁSICO PARA ENFERMERÍA: IMPLANTACIÓN DE SIMULACIÓN IN SITU, HERRAMIENTA PEDAGÓGICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

RESUMEN: La parada cardiorrespiratoria (PCR) es responsable de más del 60% de muertes en adultos por enfermedad coronaria. Es una situación susceptible de recuperación si se trata en los primeros minutos de su presentación, por lo que el Soporte Vital Básico es determinante para aumentar las posibilidades de supervivencia. La morbimortalidad tras una PCR depende tanto de la calidad de la evidencia cientí¬fica aportada por las guí¬as como de la eficacia de la educación en maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP). La simulación clínica permite la adquisición de habilidades y conocimientos en un ambiente seguro y sin riesgo para el paciente por lo que parece ser una herramienta adecuada para reforzar, no solo las competencias técnicas del personal involucrado sino también las de comunicación y el trabajo en equipo en estas situaciones. Por ello, el Servicio Cántabro de Salud promueve la implantación en los hospitales de un Programa de simulación en RCP in situ, para garantizar una correcta calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes que sufren una PCR. Describir la implantación del programa en un hospital comarcal. Periodo de realización de la actividad: 09/02/17 a 15/06/18

Desarrollo del programa:

- Captación de enfermeras instructoras
- Formación técnica en RCP Básica
- Formación de formadores en simulación
- Constitución de un grupo de trabajo
- Pilotaje simulacros

Programación y desarrollo de simulacros:

- Dirigido a: personal de enfermería (participación aleatoria y voluntaria)
- Lugar: Unidades convencionales de hospitalización
- Requisitos: una cama disponible y un refuerzo de enfermera
- Material: simulador RCP básica y simulador de ritmos
- Registros: valoración de la actividad docente e informe de necesidades

Grupo de trabajo 11 enfermeras instructoras de las Unidades de hospitalización.

Programados 40 simulacros, 29 realizados y 11 anulados (no disponibilidad de cama o falta de refuerzo). Participantes totales 110, el 52,25% fueron enfermeras, el 43,63% auxiliares de enfermería y el 3,6% alumnos de enfermería. En cada simulacro han participado entre 3 y 5 personas en su jornada laboral.

El 100% de profesionales refieren estar muy satisfechos con la actividad, afirman que ha mejorado su capacitación en materia de RCP y que puede mejorar su respuesta ante una situación real.

Las acciones de mejora detectadas por orden de repetición son:

- Formación en RCP básica
- Unificar la colocación del material en el carro de paradas
- Identificación del líder

CONCLUSIONES: Anulación de un 30% de los simulacros programados. La realización de actividades en entorno real dificulta sus posibilidades de desarrollo. Los profesionales afirman que la aplicabilidad de esta actividad favorece la adquisición de habilidades en RCP Básica. La simulación destaca como una herramienta idónea para la formación del personal de enfermería en RCP Básica. Planteamiento de acciones de mejora para la práctica asistencial y la seguridad del paciente.

AUTORES: Inmaculada Rodríguez; L Oterino Faundez; Mª Cayón Díaz; A Escribano Prieto; F Segovia Fernández; C Prieto Serrano.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Sierrallana.

ID: 601

TÍTULO: IMPACTO DE UNA POLÍTICA DE VISITAS ABIERTAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN:
Hay una tendencia nacional e internacional de la liberación de las visitas y ampliación de horarios en las UCIs(Unidad de Cuidados Intensivos) . En la actualidad muy pocas UCIS disponen de un régimen de visitas abiertas para los familiares. Los beneficios que supone el cambio en la política de visitas, con mas ampliación o flexibilización horaria y el acompañamiento familiar no solo es beneficioso para el paciente sino para mejorar el confort familiar.
La evidencia científica demuestra que una política de puertas abiertas y flexibilidad de horarios en las visitas de los familiares, reduce la ansiedad, aumenta la satisfacción y bienestar de los familiares, reportando beneficios tanto a nivel físico, psicológico, social y menor coste sanitario.
OBJETIVO GENERAL
Evaluar la percepción de los familiares y profesionales en una política de visitas abiertas.
Evaluar la percepción de los familiares y profesionales en una Unidad de Cuidados Intensivos con flexibilización de horarios de visitas del Hospital de Barcelona en el periodo comprendido de marzo a Junio del 2017.
Estudio descriptivo transversal realizado Marzo-Junio-2017 en la UCI del Hospital de Barcelona.
Ámbito: servicio de medicina intensiva del Hospital de Barcelona 13 camas de UCI y horario flexible diurno y nocturno.
Sujetos de estudio: profesionales (43) y familiares (30) de marzo a junio del 2017. Muestreo por conveniencia de 38 y 25 respectivamente.
Para evaluar la percepción de los familiares y profesionales sanitarios se pasó un cuestionario ad-hoc con 25 ítems para profesionales y 19 ítems para familiares. Se midió con la escala tipo Likert (5 opciones de respuesta). Se recogieron variables sociodemográficas. La cumplimentación se realizó durante el ingreso hospitalario del paciente y se solicitó consentimiento informado y anónimo. Análisis descriptivo mediante frecuencia y porcentajes e inferencial a partir del coeficiente de correlación de Spearman. SPPS y Microsoft Excel 2010.
Una política de visitas abiertas y flexibilización de los horarios de visita:
Mejora el acompañamiento familiar, la confianza, la seguridad y la comunicación con los profesionales.
Mejora la comprensión de la evolución en las distintas fases del paciente ingresado en UCI.
Disminuye la sensación de soledad , mejora el apoyo emocional, aumenta la tranquilidad y anima al paciente a afrontar su propia enfermedad.
La mayoría de profesionales valoran positivamente la implicación familiar en los cuidados del paciente y un porcentaje bajo de las familias desea implicarse en el cuidado de su familiar ingresado en UCI.

AUTORES: Linda Cynthia Quispe Hoxsas; M Piñol Pérez- Rejón.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital De Barcelona.

ID: 603

TÍTULO: E-YOUNG CHRONICS, UNA ESTRATEGIA DE DESPLIEGUE CENTRADA EN EL PACIENTE PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO 1

RESUMEN: En la gestión de enfermedades crónicas, la perspectiva poblacional ayuda a mejorar los resultados en salud. La información que se ofrece en la Red, como las herramientas que puede utilizar el propio paciente, no suelen responder a una estrategia. Simularía que esa acumulación de datos generaría una información de calidad, siquiera por la posible utilidad que tuviera a los potenciales pacientes. Sin embargo, una nueva categoría de paciente crónico, que apenas tiene caracterización (E- Young Chronics), demanda una atención que responda a sus requisitos Así, pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), endometriosis, asma, fibromialgia, entre otros, reclaman un modelo de relación con las organizaciones sanitarias donde la atención digital caracterice la interacción con su servicio sanitario. De todos los procesos crónicos en pacientes jóvenes, es la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), aquel con una amplia red de herramientas digitales. Por tanto, muy útil para una caracterización de pacientes E-Young Chronics

- Caracterización de paciente e-Young Chronics según COMPETENCIAS TECNÓLOGICAS y su RELACION CON EL SISTEMA SANITARIO
- Consensuar entre pacientes con DM1, facultativos y enfermería las intervenciones relacionadas con Salud Digital en la atención ambulatoria
- Priorizar las intervenciones relacionadas con Salud Digital para planificar un MAPA TERAPEUTICO de Salud Digital

Diseño cualitativo a través de grupo focal entre pacientes con DM1, facultativos y enfermería en un Área de Salud en Castila y León Integrada por Atención Primaria y Atención Hospitalaria con 27 Zonas Básicas de Salud y con referencia poblacional para 351.086 habitantes.

A partir de un storytelling, análisis cualitativo con asignación de códigos al texto, triangulación e interpretación de resultados.

1. Caracterización de las competencias tecnológicas en un índice, que permitirá la estratificación de pacientes con DM1
2. Caracterización y priorización de la RELACION con el SISTEMA SANITARIO, según el momento de la atención ambulatoria.

- (P) Problema a resolver:¿Lo habré hecho bien?
  (A) Acción: Redes de soporte en atención al debut y FAQs
- (P) ¿Podré seguir haciendo mi vida normal?
  (A): Redes Sociales certificadas, aplicaciones, FAQs, vídeos tutoriales.
- (P): Quiero una atención personalizada
  (A): Empoderamiento por Profesionales (u otro paciente).
- (P): Atención a mis dudas
  (A): Otros pacientes expertos a través de webinar
- (P): Planificación de mi atención
  (A): Plan de atención a 5 años
- (P) ¿Cómo prepararme para las hipoglucemias hasta la consulta? ¿Cómo identificar las alarmas?
  (A) Red Social para enviar Alarmas

CONCLUSION: Pacientes, facultativos y enfermería, caracterizan los pacientes e-Young Chronics en DM1, a partir de la evaluación de competencias digitales y su relación con la atención ambulatoria.

AUTORES: Isidoro Cano Rodriguez[1]; M Martinez Pillado[2]; B Perez Corral[3]; M Diez Sierra[4]; A Markova[5].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario De León[1, 3, 4]; Instituto De Investigacion Galicia Sur[2]; Fundacion Weber[5].

ID: 604

TÍTULO: EXPERIENCIA DEL PACIENTE: TERMINALES TÁCTILES

RESUMEN:
El eje central de la experiencia del usuario (UX, User eXperience) en el ámbito sanitario es la interacción con el equipo de salud, el facilitar el acceso, el proporcionar una información clara y accesible adaptada a las condiciones de cada persona para que la puede entender y urilizar y el uso de las tecnologias de la información. Con la implantación de un sistema de medida de la experiencia del usuario tratamos de identificar el conjunto de factores y elementos que pueden generar una percepción positiva o negativa del servicio, incluyendo las emociones..
Se implanta en nuestra organización, desde el pasado mes de marzo, un sistema de encuestas de satisfacción integrado por 5 terminales táctiiles para conocer con inmediatez la opinión de los usuarios sobre nuestra prestación de servicios. Identifica al instante las debilidades y permite actuar mediante un análisis en tiempo real de la experiencia del usuario.El objetivo último es, al conocer de forma ágil, la experiencia del usuario, establecer aquellas acciones necesarias para mejorar el servicio que ofrece nuestra organización.
Los dispositivos con pantalla táctil, en formato de pie, se ubican en dos centros de salud, en las consultas externas/hospitalización de dos hospitales y en el servicio de urgencias hospitalario y plantean al usuario, en el mismo momento de la recepción del servicio, un cuestionario (10 items) de satisfacción personalizado, rápido y sencillo que genera datos para rediseñar la estrategia de la organización. Además del perfil del usuario (edad, sexo) proporciona datos sobre el Net Promoter Score (NPS, métrica que captura el efecto boca-oreja) y preguntas de campo abierto para que los usuarios opinion sobre su experiencia, tanto críticas como sugerencias, aspectos a mejorar o cualidades que destacarían. Los resultados se pueden revisar en tiempo real a través de una página web.La flexibilidad del sistema hace posible adaptarlo a nuevos test y a nuevos ámbitos de investigación.
Entre el 1 de marzo y el 15 de junio se han recibido 5438 opiniones, correspondiendo el 41% al terminal de consulta/hospitalización, donde el NPS evoluciona de 0 a 19 y la puntuación media de los servicios es de 6,52/10. Las posibilidaes de mejora se centran en la amabilidad en el trato por parte de los profesionales (30,56%), la facilidad para obtener cita (16,6%) y el tiempo de espera para ser visitado (14,8%). De forma global lo peor valorado es el tiempo de espera para ser visitado en el servicio de urgencias (2,7/5). Los dispositivos son una herramienta ágil para obtener feedback con los usuarios y poder establecer acciones de mejora basadas en su experiencia, como las acciones formativas desarrolladas en estos momentos, tras una encuesta de empatia a los profesionales, en relación con la amabilidad en el trato en el servicio de urgencias, asi como en la información al usuario y en la adecuación de los tiempos de espera.

AUTORES: José Mª Sierra Manzano; FJ Iglesias Gómez; E Ladron Moreno; ML Sanz Muñoz; O Buergo García; MV Alvarez Cámara.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

ID: 605

TÍTULO: DISEÑO DE UN PLAN DE MEJORA PARA LA PRESCRIPCIÓN SEGURA EN LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS DE NUESTRO MUNICIPIO

RESUMEN:
Los pacientes geriátricos, son frecuentemente pacientes crónicos con alta comorbilidad, polimedicación y fragilidad.
Se ha observado que la polifarmacia aumenta entre un 13-82% el riesgo de problemas relacionados con la medicación cuando se pasa de dos a siete fármacos.
La edad superior a 65 años y la polimedicación son dos factores de riesgo para sufrir un problema relacionado con la medicación.
Diseñar un plan de mejora que nos permita garantizar una prescripción farmacéutica segura y eficiente en los pacientes ingresados en la residencia geriátrica.
Se crea un equipo de mejora multidisciplinario formado por médicos y una farmacéutica de la RG y de atención primaria. Se ofrece formación a los profesionales de la RG, relacionada con la adecuación de la prescripción, de acuerdo con las guías farmacoterapéuticas de nuestra institución.
Se realiza una evaluación inicial de los planes farmacoterapéuticos (PFT)mediante criterios de indicación, efectividad, seguridad, criterios Stopp- Start, fármaco basado en la evidencia, seguimiento de la guia farmacoterapéutica, eficiencia, corrección de dosis y pauta. Este trabajo se vehicula a través de la Comisión Asesora Farmacoterapéutica (CAF).
Una vez realizada la evaluación se realizan las propuestas de mejora.
Se han revisado un total de 86 PFT, es decir, un 78% dels pacientes de la RG. Observamos incidencias en un 74.42% de los PFT.
Se han revisado 151 fármacos, de los cuales el 56.05 % presentan una indicación inadecuada y un 43.05% una indicación que requiere de una valoración clínica por la CAF.
De las incidencias presentes en los PFT: un 93.12% han sido por fármaco innecesario, seguido de fármaco desaconsejado en geriatría (2.29%), duplicidad (3%) i otros (1.59%).
De las propuestas realizadas la mayoría han sido suspender el fármaco (85.81%), cambio por equivalente terapéutico (6.7%), disminuir dosis (4.33%), iniciar un tratamiento (2.03%) y revalorar indicación (0.69%).
Se han aceptado un 98.65% de las propuestas realizadas por el farmacéutico.
Se estima un ahorro anual teórico de 22.993 euros.
El trabajo coordinado de los diferentes profesionales que tratan a los pacientes institucionalizados mejora el uso seguro del medicamente en estos usuarios.
La mayoría de incidencias detectadas estaban relacionadas con el uso de fármacos innecesarios. Las propuestas realizadas van encaminadas a la retirada de los fármacos implicados, y se aceptan en más del 90%.
Se objetiva la necesidad de realizar revisiones periódicas de los planes de medicación, especialmente de los pacientes frágiles y con alta morbilidad.
La presencia de una farmacéutica en el ámbito de la atención primaria, es un factor clave para la mejora de la seguridad en la prescripción.

AUTORES: Iria Muiño Bové; C Campabadal Prats; L Canadell Vilarrasa.

CENTRO DE TRABAJO: CAR SALOU.

ID: 606

TÍTULO: APLICACIÓN DE BUSSINES INTELLIGENCE EN UNA RED SANITARIA: HIGIA BI

RESUMEN:
Nuestra red sanitaria, compuesta por dos hospitales, dos centros sociosanitarios y 6 centros de salud, genera una gran cantidad de datos, que una vez tratados y analizados se pueden convertir en información útil y aportar conocimiento que permitirá mejorar el funcionamiento de la organización y la salud de la población atendida.
Diseñar un aplicativo web que permite explotar los datos de todos los sistemas de información de la organización, para generar conocimiento inmediato y útil sobre el funcionamiento de la organización y la salud de la población para la toma de decisión, mejora de la calidad asistencial y seguridad de los pacientes.
Se trata de un aplicativo web, en el que utilizamos la base de datos PostgreSQL. Mediante circuitos ETL (Extract, transform and loading) cargamos la información origen de los sistemas de información de la organización (historia clínica, recursos humanos, compras y consumos, laboratorio y farmacia) para ser explotada.
Higia BI se diferencia en las siguientes partes: (a) modulo informativo con la estructura de la organización, (b) Indicadores a tiempo real con el porcentaje de ocupación del hospital, la espera máxima en urgencias en minutos, la estancia media de los ingresados (en días), y el porcentaje de ocupación de urgencias; (c) Indicadores mensuales y anuales de accesibilidad, adecuación, efectividad, coordinación, eficiencia, seguridad, sostenibilidad y satisfacción. ; (d) Informes estáticos con tecnología BIRT; (e) Indicadores dinámicos mediante cubos olap de actividad, rendimiento, lista de espera, CMBD y codificación, facturación, laboratorio, calidad y atención al usuario (f) apartado administrador que permite a los usuarios cargar información a las tablas base.
La información se carga diariamente, lo que permite obtener una serie de indicadores a tiempo real. Hay una gestión del usuario con diferentes roles de acceso. Se han disociado todos los datos para preservar el anonimato de los pacientes.
Higia BI nos permite extraer los datos, transformar la información procedente de diferentes fuentes para aportar conocimiento, a tiempo real, sobre el funcionamiento de la organización, así como el estado de salud de la población atendida, por lo que es una herramienta de gran utilizad para la mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente. Además, permite una mejor gestión de los centros y es una herramienta útil para la investigación, permitiendo realizar estudios epidemiológicos para la investigación

AUTORES: Marta Peña; Ge Flores Mateo; Ma Serret; Xa Singla Garrós.

CENTRO DE TRABAJO: Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla.

ID: 607

TÍTULO: DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA COMUNIDAD, MUCHO MÁS QUE EJERCICIO

RESUMEN:
Experiencia que viene a describir la evolución de la labor de atención 1ª en la comunidad desde la visión de la promoción de la salud a través de la actividad física en compañía y cómo esta actividad revierte en el bienestar emocional y psicosocial de los participantes.
Evaluar la experiencia de la actividad comunitaria 2015-2018 en un municipio
Objetivos 2º:
Descripción de las fases: inicio y evolución
Aportar variables cuanti-cualitativos

- Cuantificar nº de actividades, así como nº de participantes
- Describir evolución y tipo de actividades realizadas
- Encuestas de satisfacción
- Entrevistas individuales (muestreo intencionado con consentimiento informado)

Constatación de una experiencia exitosa
Mucho más que ejercicio (beneficios emocionales y psicosociales)
Integración de la comunidad inmigrante
Trabajando la intergeneracionalidad
Caminando hacia la cohesión social

AUTORES: Sebas Gartziarena Lasarte; M Diaz Atienza; L Arregui Aramburu; E Martinez Semberoiz; J Parga Soutullo.

CENTRO DE TRABAJO: UAP ORDIZIA (OSI GOIERRI-ALTO UROLA).

ID: 608

TÍTULO: EVALUACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
Nuestra institución gestiona 287 equipos de atención primaria (AP) (cobertura al 80% de la población de nuestra comunidad; población asignada: 5.657.171), 27 unidades de atención a la salud sexual y reproductiva, 13 líneas pediátricas territoriales, 10 equipos AP penitenciarios, 155 dispositivos de urgencias AP. Todos los equipos utilizan la misma estación clínica de trabajo de AP (ECAP).
La estrategia institucional incluye el desarrollo de herramientas informatizadas de ayuda a la toma de decisiones a partir de la información contenida en ECAP. Entre ellas, disponemos de 57 indicadores relacionados con aspectos de prevención, patología aguda y crónica de población adulta que se actualiza semanalmente y accesible a los profesionales. Desde 2016 se evoluciona hacia una perspectiva de proceso asistencial (PPAA) más allá de la evaluación de aspectos puntuales.
Ofrecer información sistemática, relevante y basada en la evidencia sobre el abordaje de los PPAA en AP a los profesionales que utilizan ECAP para mejorar la calidad y seguridad de la atención.
Los PPAA se eligen según su prevalencia y capacidad de impacto de la AP en su manejo. Para trabajar desde una perspectiva de PPAA se identificaron las siguientes dimensiones a analizar: calidad diagnóstica, prevención (primaria, secundaria y cuaternaria), seguimiento, capacidad resolutiva, tratamiento y grado de control, eventos relacionados.
Hasta el momento se han definido e integrado indicadores para PPAA: Enfermedad Cardiovascular (ECV): 28 indicadores; Fibrilación Auricular (FA): 24; Diabetes Mellitus 2: 24.
Ejemplo de indicadores PPAA ECV:
- calidad diagnóstica: adecuación diagnóstica de ECV, dislipemia e hipertensión
- prevención primaria (medida de tensión arterial en diabetes, hipertensión e insuficiencia renal crónica; determinación de LDL en riesgo cardiovascular elevado), secundaria (control de LDL y tensión arterial en cardiopatía isquémica y accidente vascular cerebral) y cuaternaria (prescripción de estatinas en riesgo cardiovascular bajo y de nuevas estatinas);
- seguimiento: cálculo del riesgo cardiovascular
- capacidad resolutiva: control del tratamiento anticoagulante oral en AP)
- tratamiento y grado de control: anticoagulantes en FA; grado de control de la anticoagulación oral; tratamiento con AAS en cardiopatía isquémica y accidente vascular cerebral; tratamiento con betabloqueantes en cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca
- eventos relacionados (ingresos por eventos o descompensaciones; muerte)

Los indicadores se presentan en gráficos y bandas de colores (de verde: resultados esperados, hasta rojo: resultado por debajo de lo esperado) que facilitan su seguimiento. Se actualizan semanalmente.
La información sobre los PPAA permite mejorar la atención a los pacientes e identificar cuáles son las dimensiones más dificultades de (nivel de profesional y equipo). Actualmente se está trabajando sobre los indicadores de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

AUTORES: Clara Pareja Rossell; R Morral Parente; E Coma Redon; C Guiriguet Capdevila; M Benitez Camps.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català de La Salut.

ID: 609

TÍTULO: PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS: LIDERAZGO, FORMACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO .

RESUMEN:
A finales del 2016 se diseñó y elaboró un curso para promover la participación activa de los profesionales del Servicio de Urgencias y facilitar el desarrollo de un clima de confianza, compartir conocimientos y activarlos para optimizar las relaciones en el equipo.
Se analizaron aspectos positivos y negativos de los procesos asistenciales y se optó por mejorar el trabajo en equipo y disminuir una posible variabilidad asistencial.
Crear un espacio pluridisciplinar de actualización y homogeneización en la atención a las patologías con mayor incidencia que se visitan en el Servicio.
Mejorar el trabajo en equipo, potenciando el intercambio de roles y la comunicación entre ellos.
Reconocer a los profesionales como referentes y formadores en los módulos impartidos.
Conocer la satisfacción de los profesionales en relación a la realización del curso.

- Reuniones periódicas de los grupos para la elaboración del temario a impartir con acta de cada reunión. 3/Módulo
- Se diseñan 13 módulos de formación en un curso teórico-práctico de 3 horas cada uno utilizando la plataforma virtual Moodle para publicar la parte teórica, y la parte práctica es impartida por profesionales expertos y referentes.
- Se evalúa en cada módulo el grado de satisfacción de los profesionales asistentes al curso y de los formadores del mismo.

RESULTADOS: Diseño del programa con 13 módulos centrados en aquellas patologías más reincidentes en el servicio. La media fue de 40 Asistentes en cada uno de los módulos.
72 profesionales implicados en la formación de diferentes estamentos: Medicina (15), Enfermería (29) y Auxiliares(10), intercambiando roles
Los módulos con mayor número de asistentes : aparato respiratorio, cardiología, patología abdominal y alteraciones de la conducta(Media 42 asistentes/sesión).
De las 95 valoraciones realizadas por los asistentes: 86% fueron de 4/5 (muy satisfactoria) y el 14% restante de 3/5 (satisfactoria). Estas valoraciones fueron: 71,10% Enfermería, 20,40% Auxiliares y 8,50 % Médicos.
El grado de satisfacción de los 53 profesionales implicados como formadores fue de muy satisfactorio en el 100%.
CONCLUSIONES: Con este proyecto compartido se ha logrado crear un espacio para promocionar el desarrollo del talento con los referentes asistenciales de cada proceso. La participación interdisciplinar facilita la cohesión de los equipos de trabajo y actualiza los conocimientos de los procesos más frecuentes del servicio de Urgencias. Se ha reconocido a los profesionales como formadores con una acreditación para la carrera profesional por parte de Dirección. Potenciar el empowerment es una forma de reconocer el lideraje de los profesionales y potenciar el trabajo en equipo mediante estas sesiones formativas, supone una mejora en la calidad asistencial y en la seguridad del paciente. Este tipo de formación y actualización de conocimientos, ha pasado a constituir parte de la formación continuada de nuestro servicio.

AUTORES: Josefina Casellas Patron; A Garcia Pujol; C Pullana Bellido; E Guerra Retamero; T Romero Guerrero; W Rojewski Rojas.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Sant Joan de Reus.

ID: 610

TÍTULO: UTILIZACIÓN DE LA E CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
Para facilitar la accesibilidad y corresponsabilizar a las personas de su situación de salud las nuevas tecnologías nos ofrecen la posibilidad de comunicarnos de manera segura y confidencial .
La incorporación de la aplicación de la " e consulta" en el contexto de la historia clínica individualizada ha permitido que las personas puedan visualizar y participar en algunos aspectos de su propio proceso.
En el mes de mayo de 2017 se inicia la puesta en marcha en nuestro centro , urbano de 13536 habitantes mayores de 15, de esta aplicación que permite un dialogo rápido de la persona con su profesional (médico o enfermera) de referencia .
Conocer el perfil de los usuarios implicados y de los profesionales que participan.
Mejorar la implicación de los profesionales y de las personas a partir de las dificultades detectadas
Estudio descriptivo de los profesionales y usuarios implicados, y el nivel de utilización del sistema desde el 27/05/2017 (fecha de inicio) hasta 31/12/2017.
N profesional
Sexo
Edad
Usuario
N usuarios
Edad
Sexo

N conversaciones
N mensajes
Respuesta del profesional < 24 h , < 48 h
N profesionales 8 médicos, 7 enfermeras , 14 Mujeres, 1 Hombre, la edad va de 45 a 62 años.
N usuarios que han participado 111, Edad igual o menor de 39 años (21), entre 40 y 59(56), y mas de 60(34), 43% hombres 57% mujeres, N conversaciones 219 , N mensajes 380
Respuesta del profesional < 24 h 29'78% , < 48 h 54'49%
Hay una ligera diferencia a favor de las mujeres en cuanto a la implicación, la franja de mayores de 60 años pensamos subjetivamente que goza de la colaboración de los jóvenes o adultos.
Hace falta mejorar el tiempo de respuesta , principalmente cuando el profesional está ausente por cualquier motivo (vacaciones, permisos...) y se olvida de cerrar la agenda de la e consulta.
De todas formas ha habido una importante implicación ya que se trata del inició del proyecto en nuestro centro.

AUTORES: Maria Socorro Del Amo Benito; M Rodriguez Benito; P Espelt Aluja; S Folch Pujol; N Nievas Diaz; Y Fernández Pagès.

CENTRO DE TRABAJO: CAP TÀRRACO.

ID: 611

TÍTULO: ROL Y RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN HOSPITALARIA EN RELACIÓN A LAS SUSTANCIAS DE ORÍGEN HUMANO

RESUMEN:
Las sustancias de origen humano -sangre, órganos, tejidos, células- cobran cada vez más un mayor protagonismo en el escenario terapéutico de la atención especializada. Empezando por la donación, siguiendo en algunos casos por el procesamiento, el trasplante, y terminar con el seguimiento del paciente y la biovigilancia; implicando a un número también cada vez mayor de especialidades médicas y servicios clínicos. Desde los servicios comunes: laboratorios de análisis clínicos y de anatomía patológica, y los bancos de sangre células y tejidos hasta los servicios médicos y quirúrgicos vinculados al trasplante de órganos, la cirugía ortopédica, oftalmología, y cirugía vascular y plástica en los tejidos. Y mención aparte para la reproducción humana asistida o la oncohematología con el trasplante de progenitores hematopoyéticos o las nuevas terapias celulares. Una continuidad de procesos y terapias con una característica común: unas bases éticas y una legislación estricta en el ámbito de la calidad y la seguridad.

- Concienciar a las direcciones de los centros sanitarios sobre la importancia de las sustancias de origen humano.
- Dar a conocer los principios éticos que rigen las actividades con estas sustancias.
- Conocer los requisitos de calidad y seguridad específicos
- Implementar la Boivigilancia a nivel del centro
- Diseñar una estrategia global del centro hospitalario sobre las actividades relacionadas cn las sustancias de origen humano.

- Análisis de la experiencia internacional sobre la implantación de las políticas de seguridad y calidad de las sustancias de origen humano en los centros hospitalarios.
- Revisión de los resultados de los proyectos europeos de referencia.
- Revisión de la trasposición de las directivas europeas de referencia a la legislación estatal.
- Análisis crítico de los procesos de control y supervisión realizados hasta la fecha por parte de las autoridades sanitarias.

Con este trabajo se pretende estructurar un ámbito de responsabilidad de la dirección de los centros hospitalarios, específico para las sustancias de origen humano.
El conjunto de actividades y de requerimientos que se describirán, deben pasar a formar parte de las actividades ordinarias de los equipos de calidad por los aspectos de seguridad y calidad por una parte; y por otra parte, de los equipos directivos en general atendiendo a los aspectos regulatorios y administrativos.
Esta comunicación pretender ser una llamada de atención a los directivos hospitalarios y a los responsables de calidad en particular, sobre la necesidad -ya urgente- de asumir funciones y responsabilidades inherentes a la utilización de sustancias de origen humano.

AUTORES: Jaume Tort Bardolet; R Barrio Ortega.

CENTRO DE TRABAJO: OCATT - CatSalut.

ID: 612

TÍTULO: HACIA LA EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LOS PACIENTES EXTERNOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

RESUMEN:
Desde las unidades de atención farmacéutica a pacientes externos se trabaja para mejorar la eficiencia y la seguridad en el uso de los medicamentos.
Mejorar el proceso farmacoterapeútico de los pacientes a los que se dispensan medicamentos desde la Unidad de Atención Farmacéutica de Pacientes externos, a través de la utilización de nuevas tecnologías.
El proyecto se basa en el desarrollo conjunto de cuatro líneas: 1. Implantación de prescripción electrónica asistida para pacientes externos; 2 Implantación un sistema de gestión y almacenamiento automatizado del stock; 3. Implantación de un sistema de dispensación automatizada de medicamentos; 4. Desarrollo de un sistema de información y formación al paciente sobre su patología y tratamiento (monitorización de la adherencia) que incluya un repositorio para pacientes externos y una plataforma distribuida.
El proyecto esta incluído en el proyecto europeo STOPandGo del VII Programa Marco de la Unión Europea. La adquisición de los recursos necesarios fue realizada mediante compra pública innovadora y cofinanciada ente dicho proyecto europeo y la comunidad autónoma.
Se desarrolló un sistema de prescripción electrónica para pacientes externos (PreSalud) a través del programa de gestión farmacoterapéutica utilizado en el Servicio de Farmacia (Farmatools®). Actualmente se encuentra en la fase de pilotaje, y aportará información al prescriptor de ayuda a la prescripción, así como informes de adherencia al tratamiento del paciente.
Además, se incorporó un sistema robotizado de almacenamiento y dispensación automatizada de medicamentos (ROWA®) en la unidad de pacientes externos. Este hecho conllevó la modificación del proceso de recepción de medicamentos, ya que la mayoría de ellos no presentan en el envasado un código Datamatrix que contenga información sobre lote y caducidad del medicamento. Este sistema se integró con Farmatools ®, permitiendo una dispensación automatizada desde ROWA®, evitando posibles errores humanos en la dispensación. Además, esta integración permite disponer de trazabilidad completa (medicamento, presentación, termolabilidad, lote y caducidad) en el proceso de dispensación de medicamentos.
En 2017, en la unidad de pacientes externos se atendieron 7.783 pacientes distintos, lo que supuso 40.181 visitas con 56.422 dispensaciones. Durante ese año, únicamente se disponía de trazabilidad completa en un 9,3% de las dispensaciones (5.230), las cuales correspondían exclusivamente a las terapias biológicas y los hemoderivados. Mientras que, desde la puesta en macha, entre el 26 de marzo al 11 de mayo de 2018, se han atendido a 4.509 pacientes distintos, con un total de 5.530 visitas y 7.539 dispensaciones, lográndose la trazabilidad completa en el 92,2% de las dispensaciones (6.951).
Este proyecto ha proporcionado una mayor seguridad en el uso del medicamento y una mejor atención al paciente, contribuyendo a una mayor calidad asistencial.

AUTORES: Jose Manuel Real Campaña; P Pinilla Rello; H Navarro Aznárez; B Abad Bañuelos; N De La Llama Celís; MR Abad Sazatornil.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet.

ID: 613

TÍTULO: INTERVENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES CON DEPRESIÓN LEVE/MODERADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:
La depresión enfermedad muy frecuente. Debido a estigmatización se calcula que la mitad de las personas que la padecen no son diagnosticadas ni tratadas adecuadamente i es una de las principales causas de baja laboral. La promoción de la salud mental tiene como objetivo fomentar salud mental positiva aumentar bienestar psicológico capacidad y fortaleza emocional y crear condiciones y entornos favorables de vida. AP es el ámbito fundamental para detección y abordaje de trastornos depresivos leves
Las terapias psicológicas que han demostrado eficacia en este perfil de pacientes son terapia cognitiva terapia interpersonal y terapia conductual
aumentar conocimientos
conocer estilo de vida saludable y adquisición de conductas que favorezcan su salud
analizar recursos para afrontar situaciones crític
circuito de captación es mediante equipo AP detección de personas posible diagnóstico depresión leve/moderada Contactan con psicóloga y/o enfermera responsable intervención grupal Pacientes acuden voluntariamente,8 intervenciones semanales dos horas duración Al inicio realizan entrevista acogida firma contrato terapéutico y acepta normas implementa test de Depresión/Ansiedad HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) Y al finalizar vuelven a pasar HAD y encuesta satisfacción
Cada sesión se desarrolla en cuatro partes;1 información y educación específica,2 trabajo dinámicas grupales, 3 expresión sentimientos opiniones dudas e inquietudes, 4 tareas para llevar a casa
Los módulos trabajados en estas sesiones son: ansiedad generalizada crisis nsiedad técnicas relajación reestructuración cognitiva gdabilidad activación conductual asertividad y habilidades
2 intervenciones en dos periodos 2017
Primer trimestre N 17 15 mujeres 2 hombres media participación 9 siendo menor a medida que iba transcurriendo intervención resultado test HAD pre y post ha mejorado, 25,4 inicio 22,9 final. En todos los casos al final persistía estado depresivo
En relación a percepción ayuda recibida para mejorar su estado 50% bastante positiva 40% les ha ayudado mucho y 10% nada.
50% considera que ha sido bastante apoyado en sus necesidades emocionales 10% mucho y 30% considera que no lo suficiente
Segundo N 9 pacientes 7 mujeres 2 hombres, media participación 7,5 que ha disminuido al final de las sesiones test HAD pre obtuvo media de 27,3 i post 19,1% Disminuyendo considerablemente y en un caso test post salió negativo con puntuación por debajo de 6
50% terapia recibida le ha ayudado bastante 50% mucho En cuanto al apoyo emocional 90% bastante 10% mucho. La intervención grupal mejora los recursos personales para afrontar situaciones de crisis y les hace sentirse apoyados. 25% han sugerido en encuesta de calidad-satisfacción aceptación a intervención grupal, solicitando que sea de mayor duración reclaman consultas individualizadas donde expresar mejor sus sentimientos
En 2018 continuamos realizando terapia grupal mejorando así salud mental y bienestar de pacientes que lo precisan

AUTORES: Izaskun Moran Valle; Q Salvans Sanchez; I Rodríguez Gómez; L Rios Vallès.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Lleuger Doctor Antoni De Gimbernat Cambrils.

ID: 614

TÍTULO: APLICACIÓN DE LA ECOGRAFIA EN LAS LESIONES COSTALES AGUDAS

RESUMEN: Actualmente con la tecnología se exige un diagnóstico cada vez más exacto, pero también debemos minimizar los riesgos de pruebas innecesarias, los efectos secundarios de las mismas y la accesibilidad a las mismas. Por eso debemos valorar las opciones y rentabilizarlas con calidad. La ecografía a pesar de ser una técnica no novedosa, sí que puede aportarnos actualmente más opciones y debemos "explotar" su uso con garantías.
1.- Presentar la utilización de la ecografía como una alternativa eficaz para el diagnósticos de las fracturas costales.
2.- Describir los hallazgos ultrasonográficos torácicos más frecuentes.
COMUNICACIÓN
TÍTULO: ¨APLICACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LAS LESIONES COSTALES AGUDAS"
JUSTIFICACIÓN
Actualmente con la tecnología se exige un diagnóstico cada vez más exacto, pero también debemos minimizar los riesgos de pruebas innecesarias, los efectos secundarios de las mismas y la accesibilidad a las mismas. Por eso debemos valorar las opciones y rentabilizarlas con calidad. La ecografía a pesar de ser una técnica no novedosa, sí que puede aportarnos actualmente más opciones y debemos "explotar" su uso con garantías.
OBJETIVOS
1.- Presentar la utilización de la ecografía como una alternativa eficaz para el diagnósticos de las fracturas costales.
2.- Describir los hallazgos ultrasonográficos torácicos más frecuentes.
MÉTODOS
1.- Técnica de exploración
a) paciente en decúbito lateral o supino
b) aplicación de transductor lineal de 5-12MHz siguiendo eje costal de forma longitudinal y axial
2.- Hallazgos ecográficos
a) Alteración de la cortical
a1- solución de continuidad: desplazada o no desplazada
a2.- deformidad de reborde costal
a3.- callo óseo
b) lesiones torácicas asociadas: hemotórax, neumotórax, derrame pleural asociado
3.- Experiencia: técnica barata, accesible, sin efectos secundarios y segura.
RESULTADOS: Los traumatismos costales no tienen síntomas específicos para su diagnóstico. Pueden provocar lesiones en partes blandas y/o en estructuras óseas. La ecografía puede ser empleada en pacientes con sospecha clínica y radiografías negativas. Permite detectar las fracturas costales y de esternón sin desplazar (fenómeno de chimenea), desplazamientos de fragmentos y complicaciones como hematomas, hemo o neumotórax.
CONCLUSIONES: Las fracturas costales son una patología infradiagnosticada, sobre todo si no existen daños orgánicos asociados. Ocurren en un 40% de los traumas torácicos siendo diagnosticados aproximadamente un 50% con radiología convencional. La ecografía presenta una sensibilidad del 78% en el diagnóstico de las fracturas costales. La ecografía es una herramienta accesible, para el diagnóstico y manejo de fracturas costales en Atención Primaria. Es inocua, ya que no utiliza radiaciones ionizantes, rápida y de bajo coste.
El entrenamiento y aprendizaje de su uso implica el conocimiento de unos patrones que orientara con alta sensibilidad el diagnóstico.

AUTORES: Avelina-María Garrido Calvo[1]; A Barcelona Andrés[2]; F Galvez Guerrero[3].

CENTRO DE TRABAJO: Fremap-Arnedo[1]; Fremap-Zaragoza[2]; Fremap-Lucena[3].

ID: 615

TÍTULO: LA AUXILIAR DE INFORMACIÓN (ADI) EN URGENCIAS: RELEVANCIA DE CALIDAD EN GESTIÓN DE ALTAS.

RESUMEN:
En el año 2007 se puso en marcha un plan de mejora de calidad en el Servicio de Urgencias introduciendo un servicio dedicado a la atención integral de los usuarios / pacientes/ acompañantes / familiares.
Para conseguir este objetivo se incluyó en el equipo de trabajo un grupo de profesionales TCAE (técnicos en cuidados de enfermería) con las competencias de gestión de altas del servicio de urgencias, con la capacidad y habilidad para facilitar intercomunicaciones entre los profesionales y entre los usuarios / pacientes.
Desde entonces el profesional que ha dado respuesta a estas necesidades, se ha ido formando en aspectos que requería para llevar a cabo su tarea con precisión

- Valorar la satisfacción de los profesionales del Servicio de Urgencias en relación al trabajo realizado por la ADI

Se diseña una encuesta para valorar satisfacción de los profesionales de Urgencias, de 11 preguntas 4 de las cuales exploraban las características de los encuestados, 6 si conocían las competencias de las ADI, y 1 que era abierta para escribir propuestas de mejora.
RESULTADOS
Estudio descriptivo transversal que ha valorado la satisfacción de los profesionales de urgencias en cuanto a las funciones realizadas por las ADI.
De las 40 personas encuestadas, se distribuyen en 48,5% DUI, 30,3% MAU, 6,1% celadores, y un 15,2% TCAI.
A la pregunta sabes las funciones de las ADI's un 78,8% contestan Si, un 18,2% contestan No y un 3% No saben o no contestan. A esta pregunta destaca que los MAU y los celadores contestan un 100% que Si conocen sus funciones, las DUI solo las conocen un 68,8% y las TCAI un 60%.
Te sientes bien informado por las ADI's, un 78,8% es SI, un 3% si en función de la ADI, a veces un 9,1%, un 6,1% responden que No y un 3% No sabe o No contesta.
A la pregunta consideras efectiva la función de las ADI's un 90,9% responden que sí.
Creen que la ADI's mantienen la comunicación entre profesionales un 81,8% es sí
Los MAU i los celadores responden un 100% que si a las 2 preguntes anteriores.
En una escala del 0 al 10 se valoraba las veces que era necesaria su intervención, inferior a 6 veces en un 30,4%, en un 27,3% ha sido 7, en un 24,2% 8, 18% superior a 8.
En las propuestas de mejora un 54,5% no realizan ninguna propuesta, el resto ha incidido en la actualización del protocolo de actuación accesible para todos en un 33% y ampliar o mantener el horario todos los días de la semana en un 21,2%.
CONCLUSIONES
Los profesionales que tienen más relación con las ADI's, son los que más conocen sus funciones. Todo y así todos los profesionales demandan de sus servicios.
La antigüedad no es un factor determinante para sentirse más informado por las ADI's.
Una de sus tareas principales es mantener la comunicación entre los profesionales del equipo
Es imprescindible la renovación del protocolo de actuación de las ADI's.

AUTORES: Adoración Vega Crespo; R Garcia Muñoz; L Mir Bou; J Mirete Perez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Sant Joan de Reus.

ID: 616

TÍTULO: LISTADO DE VERIFICACIÓN EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ÁREA DE PRUEBAS ESPECIALES DE

RESUMEN:
En nuestro centro la seguridad del paciente es uno de los componente clave de la actividad asistencial.
La no aparición de efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria es un objetivo y un signo de calidad asistencial de ahí que viésemos la necesidad de implementar el checlk list en las pruebas diagnósticas de cardiología
Identificar los riesgos relacionados con la realización de la prueba
Evitar la aparición de efectos no deseados secundarios a la realización de la prueba complemntaria
El LVSPC en el área de ginecología se elaboro en base al listado de verificación de seguridad quirúrgica implantado por la Junta de Andalucía que, a su vez se elaboró en base a las recomendaciones de la OMS, Ministerio de Sanidad, Consumo y Política Social y contiene todos los ítems que han demostrado su eficacia en su empleo en la práctica.
Se establecieron unos indicadores para su evaluación:
INDICADOR DE IMPLANTACIÓN LOCAL DEL CHECK-LIST.
nª de LV realizado x 100/ nº total de pruebas realizadas
INDICADOR DE CUMPLIMENTACIÓN CORRECTA DEL LV.
nª de LV que cumplen criterios de calidad x 100/ nº total de pruebas realizadas
CRITERIOS DE CALIDAD (Cumplimentación de filiación, procedimiento, fecha, items en distintos fases, firmas)
Resultados
El número de listados de listados de verificación (LV) realizados en periodo completo hacen un total de 200 de 201. El indicador de cumplimentación ha sido del 100%. Con respecto a los criterios de calidad la cumplimentación ha sido la siguiente:
•Datos de filiación: 100%
•Procedimiento: 99,5%
•Fecha: 99,5%
•Items:
1º etapa 99.5%,
2ª etapa 100%
3ª etapa 97,5%
Firmas: Due 100% y Especialista 100%.
Conclusiones
No se registra ningún efecto adverso, alergia medicamentosa en los pacientes en los que se le pasa el LVPE con lo que se corrobora que el LVSPE proporciona una mejora en la calidad en la atención a los pacientes y mejora su seguridad

AUTORES: Manuel Guzmán Peña; C Naranjo Castillo; M García Barrera.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital San Jaun de Dios del Aljarafe.

ID: 617

TÍTULO: LA CONSULTA TELEMATICA DE HEMATOLOGIA MEJORA LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

RESUMEN:
Se establecen una alianza entre entre el servicio de hematología clínica y la atención orimaria para disminuir los tiempos de espera de la primera visita al servicio y aumentar la capacidad de resolución de atención primaria evitando desplazamientos de los pacientes con alteraciones hematológicas, muchas de ellas de carácter benigno, mediante tecnologías de la información y la comunicación.
Aumentar la capacidad de resolución de la atención primaria en los pacientes hematológicos.

Disminuir tiempos de espera de la primera visita presencial de pacientes hematológicos de la zona de referencia ICO Hospitalet.

Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al centro hospitalario.

Aumentar conocimientos de los médicos de AP respecto el manejo de des pacientes con alteraciones hematológicas.
Mediante la coordinación entre la atención primaria y el servicio de hematología a través de un modelo de atención virtual, los profesionales de atención primaria pueden realizar consultas virtuales programadas con una respuesta no superior a 5 días por parte del hematólogo. La solicitud se envía electrónicamente desde la historia clínica de atención primaria, es validada por hematólogo y programada en agenda telemática o en presencial según el motivo de consulta. Las historias clínicas de la atención primaria y del hospital están integradas permitiendo el acceso del médico de cabecera y del especialista al resultado de las pruebas complementarias, así como a la consulta de los cursos clínicos . Las consultas son respondidas diariamente y registrando la resolución y la recomendación a seguir en curso clínico, esta información está integrada también en historia clínica primaria , sabiendo el médico de familia sabe en todo momento en qué estado está la solicitud. Los motivos más frecuentes de las consultas telemáticas han sido : Leucocitosis (19%), poliglobúlia (15%), anemia (14%) y plaquetopenia (11%).
Para valorar los resultados de la experiencia , se realiza seguimiento mensual de los indicadores de actividad y calidad mediante el cuadro de mando de la institución y de los datos clínicos del servicio de hematología clínica
Las agendas telemáticas se pusieron en marcha en julio de 2017, se han realizado 865 consultas hasta la actualidad, con una media de 78 consultas mensuales. La actividad presencial de PV ha disminuido un 31.4% respecto a mayo de 2017 pasando de 870 PV (05/2017) a 649 PV (05/2018). El tiempo de espera de PV presencial ha disminuido de 32 a16 días, además se ha Incrementado la capacidad resolutiva de la atención primaria de la comarca y se ha evitado desplazamientos de los pacientes al hospital.

AUTORES: Angela Duran Fernandez; A Fernández De Sevilla; E Domingo Domenech; D Cortasa Vidal; R Reche Ortega; A Sureda Balari.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Catala D'oncologia . Centre Hospitalet.

ID: 618

TÍTULO: SEGUIMIENTO Y RESULTADOS DE UN PLAN DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS: MEJORAS IMPLANTADAS

RESUMEN: Las caídas constituyen un evento muy frecuente, siendo una causa importante de discapacidad. Dentro del plan de calidad y seguridad del paciente 2015-2016, del hospital Povisa, se integra como objetivo para la seguridad del paciente reducir el riesgo de daño por causa de caídas, a través de un programa de prevención

✓ Desarrollar un método que permita evaluar la efectividad del Plan de Prevención de caídas y lesiones derivadas.

✓ Detectar e implantar acciones de mejora para aumentar la Seguridad en los pacientes.

Se crea una comisión de cuidados constituida por un equipo de enfermeras de la Unidad de Calidad y de 5 áreas asistenciales que centra sus tareas en el seguimiento del programa instaurado, a través de:

✓ evaluación de medidas de prevención por observación directa y registros con una periodicidad mensual.

✓ Análisis de caídas declaradas a través de revisión de registros y de entrevista con paciente/familia y equipo de cuidados.

✓ Detección de áreas de mejora.

✓ Formación a profesionales con el fin de divulgar los resultados y planes de Seguridad instaurados.

Se realizó un estudio durante el año 2017 de las caídas producidas en el Hospital analizando los motivos de caída, el perfil del paciente y la actuación del equipo de cuidados en la práctica. Así como las consecuencias derivadas. Tras este análisis se elaboró un plan de acción.

Se evaluó el riesgo y se desplegó el plan de prevención en el 96,5% de los pacientes hospitalizados, de los cuales el 81,4 % recibieron recomendaciones.

Se notificaron 194 caídas de pacientes, de las cuales:

- El 49,5% fueron por fallos de seguridad.
- El plan de prevención se desplegó en el 58 %, sin embargo, éste no resultó efectivo en el 35% de casos.
- El 30% de los pacientes rechazan las recomendaciones, a pesar de haber sido instruídos en la prevención.
- Los motivos más frecuentes se centran en la urgencia miccional y la negativa del paciente a pedir ayuda para momentos críticos.
- Se produjeron en unidades de hospitalización médica y quirúrgica, en el servicio de Urgencias, Hospital de día, Hemodiálisis y Radiodiagnóstico.

El paciente se caracteriza por edad 74,2 y estar a tratamiento ansiolítico en el 88% de los casos, seguido de otros.

El 32,5 % de los pacientes tuvieron consecuencias como heridas, contusiones, TCE, fractura o precisaron pruebas radiológicas.

Tras este análisis se elaboró un plan de acción:

✓ Ampliación del alcance del programa de prevención a áreas ambulatorias como Radiodiagnóstico.

✓ Incorporación de nuevas recomendaciones de seguridad como el manejo de la urgencia miccional.

✓ Actualización de los documentos de educación a pacientes de riesgo.

✓ Implantación, en la HCe, de la activación automática el riesgo de caída y el plan de prevención, ante la administración un nuevo fármaco de riesgo.

✓ Formación y divulgación de los resultados del estudio y del nuevo plan.

AUTORES: María Valle Quintela Porro; IM Enriquez De Salamanca Holzinger; MA Muñoz Mella; P Martin García; M García De Castro; A Miguel Domínguez.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Povisa.

ID: 619

TÍTULO: RELEVANCIA DE LA INTERRELACIÓN DEL EQUIPO DE UFISS CON EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA GESTIONAR LA CRONICIDAD.

RESUMEN:
El envejecimiento de la población y la prevalencia de enfermedades crónicas implican una mayor utilización de los recursos sanitarios.
Entre un 10% y un 20% de las personas mayores de 65 años, se consideran frágiles y el porcentaje es superior al 50% en el grupo de población de mayores de 85 años.
Entre un 50-60% de los pacientes atendidos en las Areas de Observación de los Servicios de Urgencias(AOSU) son frágiles y de edad avanzada.
La base podria ser una valoración geriátrica integral, realizada por un equipo de UFISS en el mismo servicio de AOSU.
Una correcta selección de pacientes, desde Urgencias es clave para realizar una derivación óptima, ofreciendo el recurso más adecuado y reduciendo la estancia media en el AOSU.
- Analizar la actividad de la UFISS en el AOSU durante el año 2017
- Coordinar el alta desde el AOSU de los pacientes valorados por el equipo de la UFISS
- Valorar el cumplimiento de los dias de estancia media en el AOSU, en referencia al Plan funcional del Servicio de Urgencias, en los pacientes valorados por el equipo de UFISS.

Estudio observacional retrospectivo.
Según el Plan funcional del ServIcio de Urgencias, a primera hora de la mañana se identifican los pacientes crónicos complejos. Posteriormente son comentados con el equipo de UFISS para designar el adecuado destino del alta.
A través de la exportación de datos, se obtiene el total de pacientes valorados por UFISS en el servicio de AOSU durante el año 2017, así como los dias de estancia media en dicho servicio.
Calculando tamaño muestra aleatorio, con base en un error del 10% y un nivel de confianza del 95%, obteniendo n=70, comprendida entre los meses de enero a diciembre del 2017.
Se elabora una base de datos y se calcula la estancia media de dichos pacientes en el AOSU
El criterio de inclusión es el paciente comentado en la sesión matinal, pluripatológico, mayor de 65 años e ingresado en el AOSU.
RESULTADOS
El total de las valoraciones realizadas por UFISS en el Servicio de Urgencias durante el año 2017 fueron 737(43,13%), respecto a las 1709 valoraciones totales, este porcentaje resulta significativo frente al 56,87% de valoraciones realizadas en Hospital de agudos.
El 92,3% de las destinaciones van dirigidas al Sociosanitario, el 3,9% fueron altables a su domicilio o Residencia habitual, el 2,4% otras destinaciones(Hospital de agudos) y un 1,3% fueron éxitus.
Los dias de estancia media en el AOU, en una muestra de 70 pacientes(n=70) ingresados, resultaron ser de 1,8 días.
CONCLUSIONES: El alto porcentaje de destinaciones dirigidas a Sociosanitario, favorece el drenaje del paciente crónico complejo del Servicio de Urgencias y a la vez, evita ingresos innecesarios en Hospitalización de agudos.
Según el plan funcional del Servicio de Urgencias, la estancia media en AOU es de 3 dias. Con los resultados obtenidos podemos afirmar que los pacientes valorados por UFISS bajaron la estancia a 1,8 días

AUTORES: Silvia Jara Moyano; J Casellas Patron; S Sarrà Moretó; R Angles Olive.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Sant Joan de Reus.

ID: 620

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DEL CIRCUITO DE DISFAGIA OROFARINGEA

RESUMEN:
La disfagia orofaríngea (DO) síntoma de elevada prevalencia y gran impacto en la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes que la padecen
Para evitar la elevada morbimortalidad que causan sus complicaciones se requiere una detección y diagnóstico precoz, así como una intervención terapéutica adecuada por parte de un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, logopeda, dietista, cuidadores…).
Mejorar detección y tratamiento de pacientes con DO
Formar a las personas implicadas en el cuidado de estos pacientes
Reducir episodios de atragantamiento o infecciones respiratorias
Previa a la implementación del circuito se realiza formación específica en relación a la detección precoz de DO para sensibilizar a todo el equipo de Atención Primaria y al personal sanitario de residencias de la zona. Posteriormente a fin de unir esfuerzos en el abordaje de DO, La dietista-nutricionista realizó intervención formativa a gericultores de residencias y asesoramiento en las recomendaciones dietéticas de pacientes institucionalizados
Desde enero del 2017 se implementa el circuito de actuación de la DO con el objetivo de comprobar la eficacia y utilidad de esta aplicación en los pacientes
Los pacientes son derivados por su médico de cabecera, enfermeras atención primaria o ATDOM y por residencias de zona, quienes realizan el cribaje correspondiente
La dietista y/o logopeda realizan la valoración clínica y nutricional del paciente mediante el test MECV-V y una evaluación de la ingesta alimentaria (calórica, proteica, hídrica, etc.). Según resultado obtenido se prescriben recomendaciones más adecuadas en relación a dietas con modificación de texturas tanto para disfagia a líquidos como para sólidos y según el grado disfagia
Estudio descriptivo comparativo de pacientes incluidos en circuito disfagia entre enero-diciembre 2017. Para el congreso aportaremos datos 2018
Se realiza la valoración de un total de 24 pacientes, 5 (20,83%) no padecen DO 13 (54,16%) presentan DO debido a distintas patologías neurodegenerativas, cardiovasculares y oncológicas se benefician de la valoración y recomendaciones efectuadas, pudiendo contribuir a la prevención de atragantamientos, aspiraciones, infecciones respiratorias, riesgo de malnutrición…6 (25%) que tienen DO presentaban uno o varios episodios previos de infección respiratoria que se han reducido considerablemente o son inexistentes en la post intervención
Gracias a implementación del circuito DO se ha conseguido una implicación multidisciplinar (logopeda, enfermería, médicos, dietista, cuidadores), se han establecido protocolos de cribaje precoz y se han aplicado protocolos de intervención terapéutica. De la misma manera hemos podido comprobar que la detección precoz y el tratamiento integral de DO pueden prevenir i evitar complicaciones a nivel nutricional y respiratorio (episodios de atragantamientos, infecciones respiratorias..) así como disminuir la frecuencia de ingresos o estancias hospitalarias prolongadas.

AUTORES: Lola Simón Curull; I Morán Valle; L Rios Vallès; E Franch Díaz; I Bel Marsal; M Salazar López.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Lleuger Dr Antoni De Guimbernat.

ID: 621

TÍTULO: ATENCION A TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EN SITUACIONES DE CONFLICTO.

RESUMEN:
El manejo y la resolución de conflictos supone para la organización una medida demandada por todas las personas trabajadoras. A menudo las dificultades de abordaje por desconocimiento, tanto de su existencia como de las técnicas a emplear, es de un elevado coste para todos y todas. La organización sanitaria integrada de Alava ha comenzado desde hace un año una experiencia que consiste en la incorporación de una psicóloga clínica a la dirección de personal. Dicha profesional se ocupa de la atención de trabajadoras y trabajadores que planteen situaciones de disconfort que afecten a su trabajo.
Aumentar la satisfacción de trabajadores y trabajadoras .
Reducir los conflictos en fase de inicio.
Detectar situaciones de acoso laboral, sexual y discriminación.
Aumentar el bienestar en la salud de los trabajadores y trabajadoras.
Desde hace un año se incorpora a la dirección de personal una psicóloga clínica con formación en psicosociología laboral.
Se establece un protocolo de actuación y derivación en el que se implica a todas las direcciones y responsables inmediatos de la organización.
La experiencia esta siendo muy bien valorada por responsables y trabajadores y trabajadoras, con un alto nivel de aceptación.
El abordaje de estas situaciones en fase temprana nos permite conocer las carencias de la organización en cuanto a formación y liderazgo.
La información recogida durante las intervenciones impacta directamente en el diseño de los planes de gestión.

AUTORES: Rocio Barreira Mendez; Ja Pedrosa Rodero.

CENTRO DE TRABAJO: Organizacion Sanitaria Integrada.

ID: 622

TÍTULO: MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN NUESTRO HOSPITAL SOCIOSANITARIO

RESUMEN:
La Mortalidad hospitalaria es un indicador de calidad asistencial y su análisis en un instrumento valioso del funcionamiento de un hospital con el objetivo primordial de mejorar la atención de los pacientes.
Hemos realizado un anàlisis retrospectivo de los pacientes fallecidos en nuestro hospital Sociosanitario (Hospital Francolí) en la Unidad de media y larga estancia durante el año 2016. Se han recogido los datos epidemiológicos clínicos y funcionales mediante la revisión de historias clínica de; edad, sexo, motivo de ingreso, procedencia, estancia hospitalaria, causa fundamental de la defunción, índice de Barthel, presencia de disfagia, índice de comorbilidad de Charlson, presencia de deterioro cognitivo, mediante test de Pfeiffer y test de EMINA para valoración del riesgo de úlceras.
La Mortalidad hospitalaria es un indicador de calidad asistencial y su análisis en un instrumento valioso del funcionamiento de un hospital con el objetivo primordial de mejorar la atención de los pacientes.
Este estudio analiza las características de los pacientes que fueron exitus durante su ingreso en nuestra unidad de media y larga estancia. Descripción de las características epidemiológicas, clínicas y funcionales, las principales causas de exitus y la comorbilidad más habitual en los pacientes fallecidos, para así poder detectar puntos débiles y valorar la palicación de mejoras durante el ingreso
Estudi descriptivo de los pacientes fallecidos en la unidad de media y larga estancia durante el año 2016.
Se han recogido datos epidemiológicas, clínicas y funcionales como són: edad, sexo, motivo de ingreso, procedencia, estancia hospitalaria, causa fundamental de la defunción, índice de Barthel, presencia de disfagia, índice de comorbilidad de Charlson, presencia de deterioro cognitivo, mediante test de Pfeiffer y test de EMINA para valoración del riesgo de úlceras.
Durante el año 2016, ingresarón 1225 pacientes en la Unidad de media estancia (377 pacientes en la unidad de subagudos y 848 en la unidad de convalescencia) y 274 pacientes en la Unidad de larga estada y fueron fueron exitus un total de 79 pacientes de los cuales 24 pertenecían a la unidad de subagudos, 38 a convalescencia y 17 a la unidad de larga estada.
La media de edad de los pacientes fallecidos era de 84,06% (42-102) distribuidos por sexo: hombres (60%) y mujeres (60%)
Los pacientes procedian mayoritariamente del hospital de agudos y de urgencias. El motivo del ingreso más habitual fue patologia respiratória (21%) seguido de patologia cardiaca, sobretodo insuficiencia cardíaca congestiva descompensada (21%) con una estancia media de 33 dias.
Las causas fundamentales de la defunción fueron : broncoaspiración (17%), edema agudo de pulmón (20%), neoplasia (15%) ,MPOC(15%)
Destacar como factores asociados a la mortalidad que el 85% de los fallecidos tenia un índice de Charlson >3 puntos, 25% eran dependientes totales (Barthel) y unicamente 8 tenian deterioro cognitivo severo

AUTORES: Emma Folch Ferré; O Diaz Crombie; E Sopena Bert; L Borras Iglesias; T Flores Aubia; B Álvarez Sahún.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Sociosanitario Francoli.

ID: 623

TÍTULO: LA VOLUNTAD DE TRANSPARENCIA DE LOS PLANES DE HUMANIZACIÓN DE CASTILLA LA MANCHA Y DE LA COMUNIDAD DE MADRID

RESUMEN:
En España se elaboraron las primeras medidas políticas en el ámbito de la humanización de la asistencia sanitaria en 1984, mediante un Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. En la actualidad, se ha reforzado el concepto de humanización de la asistencia sanitaria. Los planes vigentes de humanización de la Comunidad de Madrid (CM) y de Castilla La Mancha (CLM), publicados en los portales de transparencia autonómicos, lideran la humanización de la calidad asistencial en el contexto hospitalario nacional. Sin embargo, se desconoce la calidad de la transparencia de la información que ofrecen.
Medir la voluntad de transparencia de los planes de humanización de la asistencia sanitaria vigentes de la CM y de CLM.
Identificamos los planes de humanización de la CM (2016-19) y de CLM (junio de 2016) en los portales de transparencia respectivos. Para identificar en ambos planes la voluntad o intención de transparencia, elaboramos un marco de análisis propio integrado por 9 indicadores: 1) fácil acceso al plan en el portal de transparencia autonómico; 2) argumentos sólidos sobre el motivo de elaboración del plan; 3) objetivos visibles en el plan; 4) análisis del contexto o situación previa de usuarios y profesionales; 5) líneas estratégicas del plan claramente definidas; 6) referencias de la evidencia consultada en las actividades/medidas del plan; 7) planificación de la implementación; 8) planificación de la evaluación, y 9) estimación de costos y beneficios. Las preguntas se respondieron para cada plan revisado, usando una escala dicotómica de sí/no, en la que la respuesta 'sí' es positiva (1 punto) y 'no' es negativa (0 puntos). La voluntad de transparencia resultaba del sumatorio de los puntos obtenidos en la 9 respuestas. Las 9 variables analizadas se midieron a través de una escala numérica de 9 puntos, donde el intervalo 9-7 denotaba 'voluntad de transparencia evidente', 6-4 'voluntad de transparencia óptima', 3-2 'voluntad de transparencia débil' y 1-0 'voluntad de transparencia muy débil'.
El acceso al plan de humanización fue más fácil en el portal de transparencia de la CM que de CLM. Ambos planes detallaban los motivos para su elaboración y exponían de forma visible los objetivos. Se analizaba el contexto solo en el plan de la CM. En ambos planes las líneas estratégicas estaban claramente definidas y constaba la evidencia consultada para las actividades/medidas propuestas en cada plan. La planificación de la implementación no estaba prevista en ninguno de ellos. Todas las actividades del plan de la CM planificaban la evaluación. La estimación de costes y beneficios no figuraba en el plan de CLM; el plan de la CM aunque mencionaba la financiación, no especificaba ni costes ni dotación. El plan de humanización de la CM sumaba 7 puntos y el plan de CLM 4 puntos. Según los resultados sobre los aspectos clave analizados, la voluntad de transparencia era evidente en el plan de la CM. En el plan de CLM la voluntad de transparencia era óptima.

AUTORES: Cristina Paniagua Alcaraz[1]; EE García Carpintero[2].

CENTRO DE TRABAJO: Universidad de Alcalá[1]; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias[2].

ID: 624

TÍTULO: SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

RESUMEN:
EL sistema de gestión de la calidad basado en la norma UNE EN ISO 9001:2015 pone su enfoque en el cliente y en la mejora continua para aumentar la satisfacción de este.
La realización de una encuesta de satisfacción tiene la finalidad de tomar decisiones en un periodo de corto, medio o largo plazo y busca: conocer el grado de satisfacción de los clientes, cuáles son sus necesidades, obtener la información necesaria para mantenerlos satisfechos y detectar áreas de mejora.
Conocer el grado de satisfacción de los profesionales y de los clientes del Hospital en relación al servicio recibido por las Unidades integradas dentro del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) ISO 9001:2015: Unidad de Calidad, Admisión, Atención al Usuario, Laboratorio, Unidad de Urgencias, Banco de Huesos, Farmacia, Diálisis Peritoneal y Docencia.
Ámbito: Hospital público de nivel II del Servicio Madrileño de Salud.
Período: 2016-2017
Estudio descriptivo de las encuestas de satisfacción que se realizan a clientes externos e internos. Para realizar las encuestas se utiliza un programa on-line, en el que se diseña la encuesta en función de las necesidades de cada una de las Unidades integradas en el SGC. Se envía un enlace a todos los profesionales y se realizan encuestas telefónicas o en soporte papel a los pacientes dependiendo del ámbito, para facilitar la respuesta.
Los resultados con los Índices de Satisfacción (IS) se difunden a los profesionales del SGC y a la Dirección.
Encuestas a Cliente Interno: en 2017 el índice de satisfacción (IS) superó el objetivo (>75%), y mejoró respecto a años previos en: Farmacia (2015:65% y 2017:83,4%), y Docencia (2016:83% y 2017:87%). Sin embargo, el IS de los profesionales con la Unidad de Calidad descendió, (2016:79% y 2017:75%), mientras que el IS Global de la Unidad de Calidad aumentó: 2016:75% y 2017:84%.

Encuestas a Cliente Externo: a excepción de Urgencias -donde no se realizó por motivos internos en 2017- las encuestas realizadas en los alcances muestran un IS superior al objetivo (>75%): Admisión 2016:74,80% y 2017:82,40%; Diálisis Peritoneal IS 2016: 97,43% y 2017: 98%; Atención al Usuario 2016:78% y 2017:78%; Laboratorio 2016:90% y 2017:90%.
El nivel de satisfacción de los clientes y profesionales aumenta, superando en cualquier caso el objetivo establecido. Esto probablemente sea debido a las acciones de mejora que se han ido introduciendo en el SGC, por ejemplo se ha mejorado el acceso telefónico al hospital y la accesibilidad a través de @correo, en Diálisis Peritoneal se ha abierto la consulta de poliquistosis renal o en Laboratorio se ha puesto en marcha la consulta de Genética.

AUTORES: María Victoria Muñoz Campo; S Lorenzo Martínez; M Martínez Piedrola; T Roman-Ossorio.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ID: 625

TÍTULO: ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DE LA CLÍNICA TERRES DE L'EBRE DEL 2014 AL 2017 EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

RESUMEN: El año 2012 se inició el proyecto de desarrollo de las unidades funcionales de seguridad de los pacientes en los hospitales de agudos de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña, uno de sus objetivos es «implantar a las organizaciones sanitarias una metodología de trabajo e indicadores de seguridad que permitan el monitoreo y la mejora de los resultados». Crearon el Cuadro de mando de seguridad de los pacientes para la atención especializada, de acuerdo con la acreditación de hospitales de agudos. Los indicadores del cuadro de mando pretenden identificar prácticas asistenciales con potencial de mejora y se pueden utilizar como una herramienta que guíe los esfuerzos de mejora de la calidad. Nuestro centro se va incorporando de forma progresiva, al mismo tiempo que analiza y promueve acciones de mejora.
1.Promover entre los profesionales la importancia de la recogida de datos.
2.Informar a los profesionales sobre las Buenas Prácticas en la asistencia al paciente, basadas en el conocimiento científico y sobre los proyectos que se realizan en nuestro centro.
3.Reducir y prevenir los eventos adversos en la atención sanitaria.
4.Estimular a los pacientes a asumir un papel más activo en su propia asistencia sanitaria.
5.Formar en seguridad de los pacientes, a los ciudadanos y profesionales sanitarios
Se ha realizado un estudio retrospectivo de los indicadores recogidos desde enero de 2014 hasta diciembre de 2017, de los pacientes ingresados de más de 24 horas. (estancias).
No tenemos esta información automatizada pero la muestra es una representación de las diferentes unidades del centro y de las camas que tenemos (el objetivo es obtener resultados con IC del 95% y una precisión del 5%):
1. De todas las estancias.
2. De una muestra
Se registran en Gencat de forma:
1. Semestral (SP01.2P, SP01.3P, SP02.1P, SP02.2P, SP03.2P. SP03.3P. SP04.1P, SP05.4P, SP07.P, SP07.1P y SP07.4P).
2. Anual.
3. Bianual (SP06.3P y SP 11.1PA).
El estudio es un muestreo aleatorio simple.
1.Hay indicadores recogidos de forma incorrecta.
2.La transcendencia de una buena formación y información de los profesionales.
3.Se tendrían que implantar de forma anual sesiones formativas y informativas sobre la realización Buenas Prácticas y incluirlo en el procedimiento de acogida de los nuevos profesionales.
4.La mejora de los datos de los indicadores y como eso favorece los cuidados realizados a los pacientes, por la aplicación de las acciones de mejora propuestas.
5.Incremento en la implicación en el programa tanto de pacientes como profesionales.
6.La Humanización de las curas. Los pacientes deben implicarse en sus cuidados.
Es importante recoger datos, realizar buenas prácticas y asegurar la Seguridad de los pacientes, pero todo ello no tiene razón de ser si no hay un análisis, un aprendizaje de los datos obtenidos, la aplicación de unas acciones de mejora y el seguimiento y evaluación de las mismas.

AUTORES: Maria del Carme Caudet Baiges; L Pla Saborit; M Morello Gendre.

CENTRO DE TRABAJO: Clínica Terres de l'Ebre.

ID: 626

TÍTULO: ADAPTÁNDONOS AL PACIENTE: LÍNEA DE HUMANIZACIÓN EN FISIOTERAPIA (PROCESO DE PTR)

RESUMEN:
Desde la unidad de fisioterapia y terapia ocupacional buscamos prestar una asistencia sanitaria eficaz, eficiente, pero sobre todo humana. Para nosotros es muy importante implementar los últimos avances científicos a nuestra práctica clínica diaria y contribuir a la creación de nuevos conocimientos, implementando la investigación a nuestra práctica diaria. De igual forma, es prioritaria la utilización del menor número de recursos posibles para garantizar el mejor resultado clínico en el mayor número de pacientes. Pero sobre todo, para nosotros es muy importante dar un servicio de fisioterapia y terapia ocupacional humano, centrado en las necesidades de los usuarios del servicio, pacientes y cuidadores, y con este fin se lanza la línea estratégica de humanización en fisioterapia, partiendo como primer escalón el proceso de prótesis total de rodilla (PTR).
Adaptar nuestro procedimiento de trabajo y los recursos disponibles, para mejorar la eficiencia en el proceso de PTR orientado a las necesidades y expectativas de los usuarios.
Hemos modificado nuestro modelo de trabajo de la siguiente forma:
- Diseño de investigación cualitativa, mediante grupo de discusión, para conocer la percepción de los usuarios con PTR.
- Análisis de los resultados del estudio cualitativo para identificar áreas de mejora y puntos fuertes.
- Modificar nuestro procedimiento en función del análisis previo.
- Evaluar la satisfacción con el proceso e identificar otros procesos susceptibles de mejora.
Las acciones realizadas se han llevado a cabo en tres áreas: Actualización de protocolo, mejora de la información y adecuación de espacios.
- Se ha adaptado el protocolo facilitando la toma de decisiones mediante la implementación de ítem y objetivos claros en cada momento de decisión. Facilitando la toma de decisiones y mostrando objetivos claros.
- Se ha realizado un folleto explicativo para el paciente, con toda la información relativa a su proceso de rehabilitación.
- Se han adaptado espacios en las plantas de hospitalización para minimizar el desplazamiento de los pacientes y terapeutas para la realización de la rehabilitación durante el ingreso.
Una vez implementadas las acciones descritas, se ha procedido a realizar una encuesta anónima para valorar la percepción de los usuarios sobre: la información recibida, el tiempo dedicado, el trato recibido y comodidad de las instalaciones. Esta encuesta se ha pasado de forma voluntaria a todos los pacientes, no solo a los de PTR, para poder identificar nuevos procesos sobre los que actuar.

AUTORES: Javier Julian Cabrerizo Fernández[1]; M Marcos Gonzalez[2].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital U. del Henares[1]; Hospital U. Santa Cristina[2].

ID: 627

TÍTULO: DEFINIENDO QUÉ ES PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD Y CÓMO LLEVARLA A LA PRÁCTICA

RESUMEN:
Diferentes estudios concluyen que existe una evidencia sólida de que las intervenciones de participación ciudadana tienen un impacto positivo en los resultados de salud, aseguran legitimidad a los planes y actuaciones en materia de salud, acercando las decisiones a las necesidades que la población considera más prioritarias.
Durante Mayo-Noviembre 2017, desde la Conselleria de Sanitat Pública y Universal de la Comunidad Valenciana se solicitó la colaboración de diferentes colectivos (asociaciones ciudadanas y de consumidores o usuarios, de pacientes y voluntariado en sanidad, profesionales sanitarios, sociedades científicas y colegios profesionales, concejalías y directivos de instituciones sanitarias) para conocer sus perspectivas, experiencias y visiones acerca de qué significa la participación ciudadana en salud y a través de qué canales se puede participar.
Estudio basado técnicas de investigación cualitativa: grupo de discusión, grupo nominal y técnica de conferencia de consenso online con una participación total de 97 stakeholders. Una vez finalizadas la primera y la segunda fase, mediante técnica de conferencia de consenso online los stakeholders priorizaron elementos que operativizaban qué es la participación ciudadana y a través de qué canales se debería propiciar. El análisis de la información tuvo en cuenta la intensidad y acuerdo de las recomendaciones.
El término participación se priorizó cómo: participar en la coordinación entre servicios de salud, sociales y comunitarios con asociaciones ciudadanas y de voluntariado (9,3; C.V: 0,11); participar en la promoción de programas de intervención con instituciones y ayuntamientos (8,8; C.V: 0,13); participando en políticas, planes y programas de salud (8,6; C.V: 0,21) implicando a la ciudadanía y a los pacientes para conseguir una calidad asistencial mejor (8; C.V: 0,28); contribuyendo a implantar escuelas de salud para pacientes y cuidadores (8,0: C.V:0,27). Los canales para ejercer esta participación podrían comprender: canales digitales para que ciudadanía y pacientes se comuniquen más y mejor con las instituciones sanitarias (8,6; C.V 0,12); puesta en marcha de forma eficaz de los consejos de salud, comités de pacientes u otras estructuras (8,5; C.V 0,19), capacitación a los agentes de salud de la comunidad para que puedan jugar un papel activo (7,8; C.V 0,27).
Un término que define la participación ciudadana en salud es la coproducción entre la ciudadanía, movimientos asociativos, voluntariado, administración e instituciones. Participación como conocimiento, información, elaboración de propuestas a nivel de políticas, programas y actuaciones en salud, y no tanto en un nivel de ejecución de las mismas que se considera debe realizarse bajo la actuación de los gestores competentes de las mismas. Se hace necesario la

AUTORES: MERCEDES GUILABERT MORA[1]; A ÁVILA PEÑALVER[2]; MG GARCÍA-BAQUERO[3]; I CARRILLO MURCIA[4]; [5]; [6].

CENTRO DE TRABAJO: Universidad Miguel Hernández[1, 4]; Conselleria De Sanitat Publica I Universal[2, 3].

ID: 628

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN UN HOSPITAL

RESUMEN:
La calidad percibida por los clientes y la satisfacción de los mismos son considerados como medidas del resultado de la intervención sanitaria. Una de las formas más habituales de conocer estos aspectos es mediante la utilización de cuestionarios validados en los que se evalúan la relación expectativas-calidad percibida y la satisfacción.
Evaluar la relación entre los factores identificados como dimensiones de la satisfacción (empatía, información, competencia profesional, capacidad de respuesta, accesibilidad a los centros sanitarios y a los profesionales y confort y estado de las instalaciones) a través de una encuesta, con la satisfacción real de los de los pacientes ingresados en un hospital.
Estudio descriptivo de las encuestas de satisfacción anuales realizadas el Hospital en 18 años (2000-2018). Ámbito: Hospitalización en un hospital público de nivel II de la Comunidad de Madrid. Se utilizó la encuesta validada SERVQHOS (una adaptación al ámbito hospitalario español de SERVQUAL). Se realizó un muestreo aleatorio de los individuos hospitalizados en el año en cuestión semestralmente (mayo y octubre) y se envió la encuesta por correo postal con sobre prefranqueado para facilitar la respuesta. En el periodo de envío se remitieron 650 cartas, con una tasa de respuesta esperada del 25%. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios) y número de veces que ha estado ingresado en el hospital. Se estudiaron las preguntas sobre las expectativas-calidad percibida (categorizadas en mejor asistencia de lo esperado, igual o peor) y se compararon con la satisfacción de los pacientes medida mediante la técnica NPS (Net Promotor Score) categorizando los años en función del NPS (mayor o menor del 40%). Se realizó un análisis multivariante de regresión logística.
Se estudiaron 4693 encuestas (20,1% de respuesta). 8 años obtuvieron un valor de NPS < 40%. Todas las variables estudiadas, excepto la edad (p = 0,92), el sexo (p = 0,49) y el nivel de estudios (p = 0,45) resultaron significativas en el análisis univariante.
Tras la realización del análisis multivariante, se comprobó que, controlando factores de confusión, las variables que contribuían a lograr una mayor satisfacción en los pacientes fueron: mejor calidad percibida en cuanto a la tecnología de los equipos médicos para diagnósticos y tratamientos (RP = 1,18), la apariencia (uniforme y limpieza) del personal (RP = 1,21), el estado de las habitaciones del hospital (apariencia agradable) (RP = 1,19), el tiempo de espera para ser atendido por un médico (RP = 1,25), la puntualidad de las consultas médicas (RP = 1,19) y el número de veces que el paciente ha estado ingresado en el hospital (p < 0,001).

AUTORES: Marcos Alonso García; S Lorenzo Martínez; V Muñoz Campo; M Garrido Martín.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ID: 629

TÍTULO: ¿MEDIMOS LOS MISMOS RESULTADOS EN TODAS LAS ENCUESTAS?

RESUMEN:
La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS). Hoy en día, con el paciente en el centro de todas las intervenciones, adquiere un protagonismo cada vez más relevante la calidad percibida por el paciente. En su medición se utilizan diversos tipos de cuestionarios que permiten conocer y evaluar esta dimensión de la salud.
Evaluar la relación entre los resultados de las encuestas de satisfacción medidos a través de las encuestas internas de un hospital y los obtenidos a través de una evaluación externa del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
Estudio descriptivo de las encuestas de satisfacción anuales en el ámbito de hospitalización realizadas por el Hospital y por el SERMAS en los últimos 8 años (2010-2018). Ámbito: Hospital público de nivel II de la Comunidad de Madrid.
A nivel interno se utilizó la encuesta validada SERVQHOS (una adaptación al ámbito hospitalario español de SERVQUAL) a través de un muestreo aleatorio de los individuos hospitalizados en el año estudiado. A nivel externo se realizó un muestreo aleatorio de los pacientes que recibieron el alta de hospitalización durante un mes concreto. Se valoró la satisfacción entre ambas encuestas valorando como satisfechos aquellos pacientes con un resultado favorable en la pregunta y como insatisfechos a los pacientes con un resultado desfavorable. Se comparó la satisfacción global y anual mediante el test de χ2.
Se eliminaron del estudio los datos pertenecientes al SERMAS de 2014, al no disponer resultados de las encuestas internas con los que comparar.
Se analizaron 2730 encuestas. El porcentaje global de satisfacción fue del 92,3% en las encuestas del SERMAS y del 94,8% en las encuestas internas, ($p < 0,01$).
Al realizar la estratificación por años , en 2 de los 7 años a estudio -2010 y 2016- (28,6%) se encontraron resultados diferentes en la satisfacción entre ambos tipos de encuestas ($p < 0,001$ y $p = 0,03$). En el año 2010 y 2016 los resultados de las encuestas internas fueron del 96,0% y del 97,7% de satisfacción mientras que en las encuestas externas estos resultados fueron inferiores, del 86,4% y del 92,6%.
Aunque las diversas encuestas utilizadas para medir satisfacción pretendan responder a la misma pregunta, los resultados muestran que en ocasiones se pueden producir disparidades en cuanto a los porcentajes de satisfacción referidos, siendo una potencial causa de discrepancia la selección de pacientes y los diferentes métodos en la obtención de los resultados (en la encuesta interna a través de correo postal prefranqueado y en la encuesta externa a través de teléfono -CATI-)

AUTORES: Marcos Alonso García; S Lorenzo Martínez; V Muñoz Campo; M Garrido Martín.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ID: 630

TÍTULO: EL PACIENTE CON EPOC: DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES

RESUMEN:
La creciente prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) entre las mujeres se cree que está relacionado con las tendencias seculares del tabaquismo, así mismo algunos autores han sugerido que las mujeres pueden ser más susceptibles a los efectos dañinos del tabaco que los hombres. Por otra parte, los cambios fisiológicos de la EPOC afectan a mujeres y hombres de manera diferente en términos de síntomas y calidad de vida.
Identificar y analizar diferencias en enfermos con EPOC (clínicas, de tratamiento y de consumo de recursos sanitarios) entre mujeres y hombres.
Diseño: Estudio transversal de observación y descriptivo.
Fuente de información: base de datos de las historias clínicas de Atención Primaria del Área de Salud, a partir de la cual se elaboró un censo con todos los pacientes con el diagnóstico de EPOC o diagnósticos relacionados (CIE-9: 491, 492, 496) con edades entre 40 y 85 años.
Muestreo. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático de los pacientes con EPOC de los cupos participantes en el estudio. Se calculó un tamaño muestral de 528 pacientes que permitió realizar estimaciones con una precisión del 4,3% y una confianza del 95%.
Se midieron variables: sociodemográficas, clínicas, de función pulmonar, de frecuentación a servicios sanitarios y de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) medida con los cuestionarios CAT y SGRQ (StGeorge's Respiratory Questionnaire).
Se han estudiado 454 pacientes, de los cuales, el 21, 4% fueron mujeres.
La edad al diagnóstico es significativamente menor en mujeres; el 58% son diagnosticadas antes de los 65 años, frente al 47 % de los hombres. Las mujeres pertenecen al ámbito urbano en mayor proporción que los varones (64,9% vs 51,5%; P< 0,01). En mujeres pertenecientes al medio rural, la proporción de fumadoras es inferior a la de los hombres.
Las mujeres son diagnosticadas y seguidas en el nivel hospitalario con menos frecuencia que los hombres. En el último año ingresaron un 25,3% vs 30,1% (p< 0,05) en comparación con los hombres.

La relación con el tabaco es claramente diferente entre mujeres y hombres. Un 43,3% de mujeres diagnosticadas de EPOC nunca fumaron y un 34% siguen fumando, frente al 9% y 15,7 % en varones respectivamente, (P< 0,001).
No se encontraron diferencias en las dimensiones de la CVRS entre hombres y mujeres.

CONCLUSIONES
Hay claras diferencias en cuanto a la relación con el tabaco. Una gran parte no ha fumado nunca. Siguen fumando en mayor proporción que los hombres. A pesar de ser similar la CVRS las mujeres consumen menos recursos sanitarios. Esto contribuye a verificar la hipótesis de la diferente susceptibilidad entre géneros. Las diferencias en la frecuentación a los servicios sanitarios confirman una menor preocupación del sistema sanitario hacia las mujeres.

AUTORES: Luis Mariano Lopez Lopez; JC Naveiro-Rilo; ML Popescu; MC Domínguez-Fernández; JL Palomo-García.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Atención Primaria de León.

ID: 631

TÍTULO: ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

RESUMEN:
El impacto que supone tener que acudir a un servicio de urgencias hospitalario por un problema de salud obliga a romper con la vida cotidiana para entrar en contacto con un medio desconocido, y puede aumentar si no consideramos la posibilidad de un inmediato acompañamiento por una persona de confianza para el paciente.
Diseñar un procedimiento para que todo paciente durante el proceso asistencial en urgencias pueda estar acompañado, siempre que lo quiera y la actividad asistencial lo permita.
Ámbito: Hospital Universitario del SERMAS con 409 camas. Periodo de estudio: se diseñó el procedimiento en 2017 e implantó en enero de 2018.
Para el diseño del procedimiento se realizaron reuniones de un equipo multidisciplinar formado por personal sanitario y del servicio de información y Admisión.
RESULTADOS:
Desde el mes de enero 2018 todo paciente que así lo desee puede estar acompañado desde su llegada a urgencias (en todos los ámbitos del servicio) por un acompañante (AP), los informadores registran los datos y teléfono del AP a su llegada y en situaciones especiales (identificadas por el personal sanitario de acuerdo al procedimiento) se permiten dos acompañantes.
Se entrega un distintivo-pegatina: “Acompañante Autorizado”, donde figura la ubicación del paciente, el AP debe colocarla en lugar visible durante el acompañamiento. Se procura que el AP sea la persona que más información aporte en la atención inicial del paciente.
Se facilita información a los acompañantes sobre el procedimiento y sus responsabilidades. Es posible realizar cambios de AP en los mostradores de información.

CONCLUSIONES:
Con este procedimiento consideramos al acompañante como un refuerzo de información sobre el motivo de consulta del paciente, facilita el intercambio continuo de información sobre la situación clínica y las necesidades del paciente. Hemos hecho del acompañamiento precoz una ayuda para prestar atención integral y segura a los pacientes.
El impacto que supone en los pacientes un adecuado acompañamiento desde su entrada en urgencias conlleva una mejora de la calidad asistencial y de la satisfacción (para pacientes y acompañantes), valorable a través de las encuestas de satisfacción en el futuro.

AUTORES: Silvia Moyano Díaz; R Toro Soria; S Martín Alonso; P Del Campo López; E Romero Marí; T Rodríguez Muñoz.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ID: 632

TÍTULO: PROYECTO PARA LA ELABORACIÓN DE TALLERES ORIENTADOS AL PACIENTE CUIDADOR

RESUMEN:
Nuestra población ha experimentado un marcado envejecimiento, y en consecuencia, un aumento del número de pacientes cuidadores con riesgo de manifestar el síndrome del cuidador : agotamiento físico y psíquico, derivados de afrontar una situación para la que no se está preparado y que origina un alto grado estrés continuado por tratarse de una situación que se prolonga.
Desarrollar estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida del cuidador para evitar que pacientes sanos enfermen o empeoren, y prevenir el deterioro de su estado de salud
Realizamos un análisis DAFO, que nos proporcionó un diagnóstico del estado de nuestro Centro de Salud, a fin de:
•Aprovechar el máximo el rendimiento de las oportunidades detectadas,superar las dificultades•Consolidar las fortalezas•minimizar las debilidades
Para planificar estrategias proactivas y reactivas dirigidas a nuestra población diana.
Debilidades:Se dispone de poco tiempo en las consultas•No se contempla la creación del episodio del cuidador•Desconocimiento de la existencia de protocolos de cuidadores.
•Poca información del síndrome del cuidador•Protocolos con muchas preguntas,Profesionales poco motivados
Amenazas•Motivar al paciente para rellenar encuesta de cuidadores.•Tiempo de permanencia del paciente escaso.•Pacientes que no se consideran en riesgo
Fortalezas: •Buen equipo de profesionales•Buena capacidad profesional•Presencia de enfermera responsable de los cuidadores,interés por lograr objetivos en la cartera de servicios•El Centro de Salud cuenta con alto grado de satisfacción por parte de los pacientes
Oportunidades: •Pacientes con síndrome del cuidador•Pacientes que frecuentan el Centro de Salud•Existe interés por parte de la CM en éste tipo de estrategias.•El paciente se siente apoyado por los profesionales
Tomando en consideración que las fortalezas de nuestra Centro de Salud, son reconocidas y bien valoradas por parte de los usuarios, Procedimos a realizar :
•Sesiones informativas sobre el síndrome del cuidador dirigido a todos los profesionales del Centro para: Informar acerca de la creciente incidencia del síndrome del cuidador y su repercusión en su estado de salud evitando así: La clasificación del paciente cuidador, según el test de Zarit e incluir en los talleres aquellos con mayor puntuación de 17.Aumento de la frecuentación del paciente al Centro de Salud.Evitar la saturación de la consulta a demanda.Informar situación del cuidador entre los requerimientos del contrato programa del Centro de Salud.
•Dirigido al paciente cuidador considerando 3 sesiones:1)Aspecto de información medico.2)Abordaje de enfermería.3)Abordaje de la trabajadora social
3 sesiones/taller 1 semanal con la técnica de role playing a fin de representar situaciones similares a las experimentadas con la finalidad de facilitar la compresión de los participantes.Conclusión el abordaje interdisciplinar ofrece una información para evitar el deterioro de su estado de salud

AUTORES: Maria Claudia Tellez Barragan; AL Lafraya Puente; R Cayetano Diaza; E Muñiz Domingez; A Corrales Aviles; M Gascon Fuentes.

CENTRO DE TRABAJO: C.S. Dr. Luengo Rodriguez.

ID: 633

TÍTULO: HUMANIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE INMOVILIZADA

RESUMEN:
Mujer de 94 años que presenta celulitis intensa en MII y una úlcera vascular mixta grado IV de 6'5x5 cm en dorso de pie izquierdo. Cursa con dolor intenso y le impide la deambulación. La paciente expresa temor a no recuperar su autonomía y la capacidad para realizar sus actividades habituales anteriores. Su hija nos comenta que últimamente está más triste y con menos apetito. Se identifican, entre otros, los siguientes diagnósticos enfermeros:
1. Deterioro de la integridad tisular. NOC: Curación de la herida por segunda intención.
2. Baja autoestima situacional. NOC: autonomía personal, afrontamiento de problemas.
- Cerrar la úlcera en el menor tiempo posible, procurando el mayor confort de la paciente.
- Mejorar la calidad de vida de la paciente favoreciendo la superación de su estado anímico y la recuperación de su autonomía.
Se realiza un desbridamiento enzimático (colagenasa) diario y en los días sucesivos el tejido necrosado se va retirando con bisturí, con resultado satisfactorio. Posteriormente se instaura tratamiento con un apósito con tecnología lípido-coloide (TLC) e inhibidor de las metaloproteasas, que favorece la eliminación de esfacelos y biofilm y facilita la proliferación de tejido de granulación. Se realizan las curas c/48h, procurando humanizar al máximo todas las actividades.
NIC: Cuidado de las heridas, vigilancia de la piel, precauciones circulatorias. A la vez se comienza terapia de afrontamiento. NIC: Control del estado de ánimo, mejorar el afrontamiento, apoyo emocional.
La herida evoluciona muy bien pudiendo espaciar las curas hasta 3-4 días. En la 10ª semana se realiza un autoinjerto, con piel del muslo, con buen resultado. A partir de la semana 14ª y para evitar una hipergranulación, se cambia a un apósito de espuma TLC que mejora el proceso. Poco a poco la paciente manifiesta una actitud de aceptación y afrontamiento eficaz.
La herida cierra en 19 semanas, demostrando la efectividad del tratamiento al favorecer la recuperación de la autonomía de la paciente en un tiempo razonable y mediante curas poco traumáticas. El trato cercano, la empatía y el refuerzo positivo son grandes aliados en la recuperación de la salud del paciente. Tanto ella como la familia expresa por escrito su agradecimiento a la asistencia recibida.

AUTORES: Raúl García Vallejo; C Domínguez Pérez; I Rodríguez Vico.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Campamento, DAC (SERMAS).

ID: 634

TÍTULO: MEJORANDO LA ADHERENCIA EN LA UTILIZACIÓN DEL BRAZALETE IDENTIFICATIVO DE PACIENTES

RESUMEN: La seguridad de pacientes es un componente esencial de la calidad asistencial. La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de errores en la asistencia sanitaria y constituye un riesgo para la seguridad de los pacientes.Después de los errores provocados en los procesos de medicación, la mala identificación del paciente es la principal causa de efectos adversos.Organismos como la OMS, la Joint Commissión o la fundación Avedis Donabedian hacen especial hincapié en este aspecto.

Objetivo general

Implementar un plan de mejora para aumentar la adherencia en la utilización del brazalete identificativo.

Objetivos específicos

Identificar los factores contributivos a la disminución de la adherencia en la utilización del brazalete identificativo.

Favorecer la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de errores en la identificación de los pacientes, mediante la utilización del brazalete identificativo, a través de una mejora de la sensibilización y formación a los profesionales sanitarios.

El instrumento utilizado para instaurar un plan de mejora es el llamado ciclo de Deming de Mejora de la calidad, conocido como PDCA (Plan, Do, Check, Act).

PLANIFICAR

Análisis de la situación actual.

Desarrollo de un plan de mejora y cronograma de implantación. Inicio Mayo 2018, fin Diciembre 2018.

HACER

Identificación y corrección de problemas detectados con las impresoras. comprobación in situ del funcionamiento de los lectores para trascribir las constantes del paciente a la historia.

Programar sesiones informativas con la supervisoras.

Programar sesiones formativas a todos los trabajadores del hospital.

Realizar auditorías internas, cada dos meses, mediante muestreos aleatorios. Una vez alcanzado el estándar realizarlas cada seis meses

Inclusión de la intervención 'Identificación del paciente' en el protocolo de ingreso del paciente en el programa GACELA.

Revisión del protocolo de identificación inequívoca de paciente mediante brazalete identificativo, en base a la evidencia disponible.

Difusión, despliegue e implantación del protocolo basado en la evidencia.

VERIFICAR

Evaluación de la adherencia al protocolo, mediante estudios cuantitativos, transversales observacionales. Establecimiento de Indicadores.

ACTUAR

Identificar los resultados positivos y estandarizarlos. Desarrollo e implantación de áreas de mejora en unidades específicas que no hayan alcanzado el estándar. La aplicación del ciclo de Deming, para aumentar la adherencia en la identificación inequívoca de pacientes mediante brazalete identificativo permitirá llegar a alcázar los estándares marcados por la organización a fin de asegurar su permanencia y promover la mejora continua. El seguimiento de las acciones implementadas permitirá evaluar su buen funcionamiento, con la finalidad de identificar si el problema se ha corregido, evitando la recurrencia de fallos y viejas actitudes de trabajo, permitiendo una mejora continua.

AUTORES: Olga Buergo Garcia; ML Sanz Muñoz; LA Garcìa Sanz; JM Sierra Manzano; E Jimenez Callejo; JL Peréz Peréz.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial de Soria.

ID: 635

TÍTULO: PLAN DE APOYO PARA LAS SEGUNDAS VICTIMAS DEL ERROR MEDICO

RESUMEN:
Existe una creciente cultura de seguridad del paciente dedicada a incorporar diferentes estrategias de gestión de riesgos sanitarios encaminados a evitar o minimizar los eventos adversos, con o sin daño al paciente. No obstante, el profesional directa o indirectamente afectado por el error médico, requiere ayuda para sobrellevar la alteración emocional ocasionada por el impacto del suceso.El apoyo más valorado para el profesional afectado, es el ofrecido por los propios compañeros de trabajo pero, por falta de una adecuada planificación, no se logra otorgar. Asimismo, el abordaje por parte de las organizaciones ante éste problema es relativamente reciente a pesar de su considerable relevancia.
Es necesario planificar un programa de actuación con el propósito de apoyar a la segunda víctima del error médico para:Aliviar las consecuencias emocionales del implicado•Manejar situaciones de crisis de manera inmediata•Ofrecer un soporte diligente, tras la aparición de un incidente•Promover la empatía entre el equipo•Elaborar un ACR para evitar vuelva a suceder
Se conformó un grupo de profesionales, cuyos integrantes fueron escogidos por compañeros de cada estamento afín de elaborar un plan de actuación ante un EA con implicación de una segunda víctima del error medico.Ante un evento:•Comunicar el incidente y determinar el número de profesionales relacionados con el incidente o EA•Evitar ser estigmatizado•Evaluar:La entereza para continuar con su trabajo,Fomentar el ejercicio físico,Reforzar red social de apoyo de la familia y amigos. Hablar con el miembro del grupo quien escucha activamente,Valorar intervención de psicólogo,Evaluación de riesgos laborales,Valoración del impacto legal , seguro responsabilidad civil
La elaboración de un plan de actuación ante la implicación de un componente del equipo en un EA asegura:

- Una actuación rápida de comunicación del EA
- Un apoyo psicológico inmediato mediante escucha activa y asertiva del miembro del grupo según su estamento.
- Ofrecer solidariamente el apoyo sin ser estigmatizado por el equipo
- Realizar un análisis del EA afín de valorar la posibilidad de implicación de otro compañero en la cadena de incidentes.
- Elaborar un ACR para evitar situaciones similares
- Valorar una intervención temprana con psicólogo
- Valorar la necesidad intervención de unidad de riesgos laborales.
- Evaluar la responsabilidad civil profesional y de la institución

AUTORES: Maria Claudia Tellez Barragan; R Ventero Fernandez; Al Lafraya Puente; Mc Vazquez Cora; C Hermoso Duran; A Gallego Resino.

CENTRO DE TRABAJO: C.S. Dr. Luengo Rodriguez.

ID: 636

TÍTULO: EMPOWERMENT AL FINAL DE LA VIDA: REORDENAMOS LA OFERTA HACIA LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD Y A LA FRAGILIDAD GERIÁTRICA

RESUMEN:
Muchos de los pacientes terminales geriátricos y/o oncológicos que podrían fallecer en su casa continúan pasando sus últimos días de vida en el hospital. Esta evidencia nos ha hecho replantear que probablemente no hacemos las cosas del todo bien. ¿Qué falla? ¿Qué falta? Suponemos que falta comunicación entre servicios, formación y también empoderamiento de los profesionales de Atención Primaria (AP) y sobretodo que nos creamos la humanización de las curas, no en el sentido de curar si no en el sentido de cuidar.
Potenciar la alineación de objetivos asistenciales a través de la coordinación y la integración de servicios.
Evitar actuaciones desproporcionadas en los procesos del final de la vida.
Proponemos una integración de servicios para la atención conjunta del servicio de Programa de atención domiciliaria y equipos de soporte (PADES) y el de AP en los pacientes terminales en la última fase de su vida.
La propuesta de integración de servicios va dirigida a :
-Establecer reuniones de coordinación PADES/ AP: visitas conjuntas equipo de AP/ PADES, estableciendo líneas claras y consensuadas del abordaje del paciente terminal. Así la familia nos vería como una unidad de atención al final de la vida y no como servicios diferentes.
-Potenciar el uso del aplicativo 7/24 (seguimiento pacientes crónicos complejos 7 dias/ semana 24horas/ dia) y establecer profesionales de referencia para dar apoyo a las familias y al enfermo terminal en su domicilio, en ausencia de su equipo de AP.
-Ser proactivos. Apoyo a las familias en los cuidados del final de la vida. El contacto telefónico evita descontrol y demandas innecesarias.
La propuesta de evitar actuaciones desproporcionadas en los procesos del final de la vida va dirigida a:
-Evitar derivaciones hospitalarias innecesarias en esta fase.
-Ofrecer un acompañamiento integral al núcleo familiar de la persona terminal.
-Favorecer un ambiente de confianza para que la persona/ familia crea que en casa recibirá toda la atención necesaria en su proceso.
-Fomentar la humanización de los cuidados.
-Fomentar la formación de los profesionales del equipo en la atención al final de la vida.
El cambio de modelo generará una unificación de servicios para la atención integral e integrada conjunta de PADES y de AP.
La visita conjunta favorece las decisiones compartidas del tratamiento y acompañamiento del paciente y su familia.
La atención integral en su domicilio genera confort al entorno paciente/ familia y evita derivaciones hospitalarias innecesarias que en muchos casos comportan fallecimientos en urgencias o en servicios no adecuados ni especializados para atender al enfermo terminal.
La aplicación de este modelo significará unificar la manera de atender a nuestros pacientes en sus últimos días de vida, cerrando el ciclo de la AP y siguiendo las líneas estratégicas de nuestra institución .

AUTORES: DANIELA LLEIXÀ LLEIXÀ[1]; H TARABISHI MARÍN[2]; P CARBÓ GISBERT[3]; M GIMÉNEZ OLMOS[4]; O ROIG CALVET[5]; M JORNET TORREN[6].

CENTRO DE TRABAJO: Cap Deltebre[1, 2, 4, 6]; Hospital Santa Creu, Tortosa[3]; Cap L'aldea[5].

ID: 637

TÍTULO: DISEÑO DE RUTAS ASISTENCIALES: UNA METODOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA A PACIENTES Y LA MEJORA DE PROCESOS CLÍNICO

RESUMEN: En el marco de un proyecto de transformación del modelo organizativo del Hospital, el equipo directivo ha optado por un modelo basado en Unidades de Gestión Clínica (UGC). Con el fin de averiguar su viabilidad se ha considerado oportuno realizar un piloto con nueve unidades.

Los pilares que sustentan la estructura de las UGC son:

- El diseño de una Ruta Asistencial (RA) basada en el ciclo de vida de la enfermedad;
- El desarrollo de un Cuadro de Mando;
- La recogida sistemática de la experiencia del paciente (EXPP);
- El desarrollo de un Sistema de Gestión.

En la fase de identificación de la RA, los objetivos a alcanzar han sido:

- Consensuar el flujo actual de las actividades;
- Identificar la propuesta de valor;
- Compartir los principales problemas y las oportunidades de mejora.

Con objeto de alcanzar los objetivos planteados para la fase de definición de RA, se ha diseñado una metodología que se alimenta de algunas herramientas empleadas en la gestión de la calidad.

Las etapas de trabajo han sido:

a) Creación del equipo de trabajo y definición del líder clínico;
b) 1ª sesión operativa con el equipo;
c) Validación del contenido de la RA con el Líder Clínico;
d) 2ª sesión operativa con el equipo;
e) Validación y análisis de la RA con un grupo de pacientes.

Las principales herramientas empleadas han sido:

- Brainstorming, recogida de actividades y de agentes involucrados (etapas b, d);
- Diagrama de flujo, representación gráfica del proceso clínico (etapa b);
- Blueprint, visualización gráfica de los puntos de contacto entre paciente y organizaciones involucradas (etapas d, e);
- Focus group, recogida de la EXPP y definición de fortalezas y debilidades en la gestión (etapa e).

Con objeto de aumentar la efectividad de las sesiones, se ha impartido formación sobre trabajo en equipo, gestión por procesos según los principios del Lean Health Care.

Tras la aplicación de la metodología, los resultados obtenidos han sido:

- Creación de nueve equipos de trabajo interdisciplinares;
- Definición de cuatro RA, con validación compartida entre equipo de profesionales y pacientes;
- Identificación de los agentes involucrados en cada RA;
- Definición y estandarización de criterios de actuación compartidos por cada fase del ciclo de vida de cada enfermedad;
- Creación de un listado de problemas y oportunidades de mejora.

Las herramientas empleadas y la estructuración del trabajo en etapas claras han conseguido orientar la actividad del equipo de las UGC, favoreciendo una visión global en la gestión de los procesos asociados a las patologías incluidas en las UGC. De la misma manera, aseguran el acceso a información relevante para la mejora de los flujos de las RA. Finalmente, gracias a la inclusión de los pacientes en el diseño y validación de las RA, se puede poner en práctica una gestión de la UGC realmente centradas en los pacientes y en sus necesidades y expectativas.

AUTORES: Alfredo Más Morán; S Andreolla; B Valdivieso Martínez.

CENTRO DE TRABAJO: Instituto de Investigación Sanitaria La Fe de Valencia.

ID: 639

TÍTULO: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS REGISTROS DE REVISIÓN DEL CARRO DE PARADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HCUVA

RESUMEN:
La aplicación de la reanimación cardiopulmonar (RCP) debe sustentarse en un sistema organizado para que sea eficaz. El contenido del carro, ya sea fungible, medicación o material inventariable, debe ser sistematizado y organizado de forma que en el momento de su empleo se eviten problemas y demoras, aunque no existe una legislación o normativa que obligue a disponer de un equipamiento o contenido correcto. La revisión y control tanto del carro de parada como del buen funcionamiento de los monitores-desfibriladores son función de las enfermeras en nuestra unidad, por lo que el buen cumplimiento de los registros de revisión y mantenimiento mejorará la atención a los pacientes en parada cardio-respiratoria.

- Evaluar y mejorar los registros de revisión de los cuatro carros de parada de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Se ha realizado un estudio cuasi-experimental (ciclo de mejora). Incluyendo en el estudio los cuatro carros de parada y los cuatro monitores desfibriladores que se encuentran en la Unidad durante los meses de Abril (1ª evaluación) y Mayo (2ª evaluación). Se definieron ocho criterios, la hoja de registro del carro de parada estará firmada en el turno revisado (C1, C3, C5, C7) e Impresión test OK funcionamiento del monitor-desfibrilador (C2, C4, C6, C8). La dimensión estudiada es la científico-técnica. La fuente de datos son las hojas de firmas de revisión de los carros de parada. El marco muestral fue de un mes y la muestra fue aleatoria de 60 casos, para ambas evaluaciones. Las medidas correctoras se basaron en sesiones clínicas de enfermería, homogeneización y cartelería con la información relativa a los carros y monitores-desfibriladores.

Con una muestra de 60 casos en las dos evaluaciones, se obtuvo en la primera evaluación un cumplimiento para C1 el 45% y en la segunda del 58,33%. Para el C2 se obtuvo un 0% en la primera evaluación y un 25% en la segunda. Para el C3 un 36,66% en la primera y un 63,33% en la segunda. El C4 arrojó un 8,33% en la primera evaluación y un 50% en la segunda. En la primera evaluación el C5 arrojó un 31,66% y en la segunda un 46,66%. En el C6 obtuvimos 0% y 33% respectivamente. Para los criterios C7 y C8 obtuvimos en la primera evaluación un 16,66% y en la segunda un 56,66% y un 55% respectivamente.

Tras la aplicación de las medidas correctoras de nuestro ciclo de mejora hemos conseguido una mejoría en todos los criterios aunque únicamente es significativamente estadística en siete de ellos.

AUTORES: Manuel Baeza Mirete; ML Alcaraz Escribano; JE Martinez Abril.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

ID: 640

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD EN EL QUINQUENIO 2013-17.

RESUMEN:
La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realiza anualmente una encuesta de satisfacción a los usuarios de los centros de salud (CS).
El resultado de dichas encuestas se envía a las Direcciones Asistenciales y de los CS para ver puntos fuertes y posibilidades de mejora. Con esa información los equipos de los CS elaboran planes de mejora para, entre otras cosas, incrementar la satisfacción de los usuarios.
- Describir el comportamiento de la satisfacción de los usuarios del CS.
- Comprobar la evolución de nuestra población respecto a la edad, estudios, ocupación, nacionalidad…
- Obtener información que facilite la toma de decisiones para planificar futuros planes de mejora de la calidad en el CS.

Estudio descriptivo longitudinal.
Se analizaron las encuestas de satisfacción de los usuarios de nuestro CS desde el año 2013 al 2017, observando la evolución de las contestaciones de los diferentes indicadores a lo largo de esos años.
También se valoró la posible incidencia del último plan de mejora realizado en el CS, respecto a los cambios en las contestaciones de los indicadores implicados en dicho plan.
En los últimos 5 años: los grupos etarios se han mantenido, la población extranjera se ha triplicado, el nivel de estudios ha aumentado progresivamente, los secundarios en 17 puntos hasta llegar al 48,5 de los encuestados y los universitarios se han duplicado alcanzando el 33,3%.
La ocupación también ha ido mejorando hasta llegar casi al doble de la reflejada en 2013.
Respecto a datos de satisfacción observamos un descenso de 7 puntos con el tiempo de espera en sala, una bajada de 8 puntos en la señalización y facilidad en encontrar las consultas, y también empeoramos 9 puntos en el confort de lugar de espera.
Desciende el porcentaje de población atendida por enfermería (65%). La derivación a especialistas baja en casi 30 puntos y también desciende el dolor manifestado del 49,5% al 36,6%.
En el resto de indicadores no hay variaciones importantes en estos años.
Llama la atención el empeoramiento de los datos de confort y accesibilidad cuando entre los años 2016 y 2017 se han realizado diferentes acciones de mejora al respecto. Así como la disminución del dolor percibido sin haber llevado a cabo ningún plan específico.
Las encuestas telefónicas tienen un error de muestreo del 10% y eso influye notoriamente en los resultados, así como el propio proceso. No obstante siempre ayudan para tener una idea global de nuestra actuación presente y futura.

AUTORES: Raúl García Vallejo; MA Quintana Bravo.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Campamento, DAC (SERMAS).

ID: 641

TÍTULO: PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD: INNOVAMOS, HUMANIZAMOS Y EVALUAMOS SATISFACCION

RESUMEN: Dar apoyo a las madres es fundamental para evitar abandonos, favorecer la autonomía y satisfacción con el amamantamiento y promover lactancias mejores y más duraderas. Como parte de nuestras iniciativas de humanización, hemos puesto en marcha una consulta específica de consejería en Lactancia Materna (LM) para madres con dificultades, junto con otras actividades de participación comunitaria y formación de profesionales. La satisfacción de las madres con la atención y el apoyo recibidos resultan claves para los profesionales encargados de esta actividad y permite evaluar el servicio prestado y su potencial impacto en la duración de la lactancia

1. Diseño de un proceso de atención a las madres lactantes mediante un servicio específico de consultoría
2. Evaluación de la calidad percibida en las mujeres atendidas mediante encuesta de satisfacción
3. Desarrollo de actividades de participación comunitaria y de formación de profesionales
4. Mejora de los indicadores de LM

- Puesta en marcha de una consulta específica de apoyo a madres lactantes con definición del proceso de atención, criterios de derivación, agenda específica, registro en HCI y monitorización de actividad
- Para la evaluación de la calidad percibida se ha realizado una encuesta de satisfacción telefónica mediante diseño de ficha técnica y cuestionario validados y aprobados por la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano
- Se han realizado dos exposiciones fotográficas y de pintura coincidiendo con la Semana Mundial de la LM y se ha impartido un curso acreditado de 4 horas para todos los miembros del EAP
- Monitorización de los indicadores de LM mediante el cuadro de mando específico de pediatría (E-SOAP)
- En 2016 fueron atendidas 57 madres y 48 en 2017, con una media de 2 intervenciones.
- La encuesta de satisfacción se realizó a las madres atendidas en el primer semestre de 2017. Respondieron 33 de 36. Edad media: 36 años. El 78.8% tienen estudios universitarios. El grado de satisfacción es alto o muy alto (> 90%) en todos los aspectos valorados. Destacan el trato y el apoyo recibidos y entre las principales sugerencias de mejora mencionan el confort de la sala de lactancia y la realización de más actividades
- La tasa de LM exclusiva a los 6 meses se ha incrementado en 2017 del 13,14% al 14,88% (CM 9.38%) y la tasa de LM mantenida a los 6 meses del 43,8% al 49.4% (CM 41.74%). La tasa de niños con LM continuada a los 2 años es de

CONCLUSIONES

1. La consulta de apoyo a la LM es una actividad innovadora
2. Es un servicio muy bien valorado, con satisfacción alta-muy alta de un alto porcentaje, destacando el trato y apoyo recibidos.
3. Las actividades de participación comunitaria y de formación de profesionales han mejorado la implicación de todos los miembros del equipo en la protección la LM
4. Las estrategias de promoción y protección de la LM impactan positivamente sobre la duración y el mantenimiento de la misma

AUTORES: Mari Luz Peralta Ibáñez; E Montero Romero; P Mágaz Pilar; P Martín Serrano; M González García; MJ Mayoral López.

CENTRO DE TRABAJO: CS Huerta de los Frailes[1].

ID: 642

TÍTULO: LA RSC EN SANIDAD, LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

RESUMEN: La responsabilidad social corporativa clave en el ámbito sanitario tiene en cuenta todos los grupos de interés y presupone la inclusión de procesos de mejora continua
El concepto de Responsabilidad Social Corporativa/Empresarial (RSC/E) como la responsabilidad de las empresas por su impacto en la sociedad implica
•Comportamiento transparente ético que contribuya al desarrollo y progreso sostenible
•Cumplimiento de la legislación
•Minimización de las consecuencias de la actividad en la salud y el bienestar de la sociedad y medioambiente
•Mejora de relaciones laborales, políticas de formación, integración, respeto de los derechos de los trabajadores, del clima laboral, y creación de capital humano
Acciones de desarrollo RSC centradas en los aspectos
•Desarrollo de la triple dimensión económica, social y medioambiental en relación con la RSC
•Satisfacer las necesidades de los grupos de interés reportando confianza
•Obtención de reputación corporativa, como reconocimiento público alcanzado expresión de legitimidad social
La hipótesis es: la mejora de la actividad en RSC se logrará de manera equilibrada con el desarrollo de sus dimensiones
Desde los planes estratégicos implementamos acciones según las dimensiones de RSC e indicaciones del Global Reporting Initiative
Social
•Corresponsabilidad en salud; Jornadas del paciente, charlas y visitas estudiantes
•Programa músicos por la salud con realización de conciertos dirigidos a pacientes y acompañantes
•Programa "Ruta de la Salud" actividades divulgativas en municipios de Valencia con la Diputación
•Convenios con asociaciones de pacientes desarrollo de programas y jornadas: AECC…
•Creación del Club de Mama, Club del corazón, escuela paciente renal…
•Participación Maratón de Valencia, Acción melanoma Fallas del entorno
•Plan de igualdad
•Humanización de espacios
Económico
•Potenciación de la transparencia en la ejecución
•Internalización de actividades
•Creación de Servicio de fiscalización
•Plan social a nivel laboral
Medioambiental
Coordinación de las acciones para minimizar el impacto medioambiental
•Ahorro energético y agua
•Reciclaje de materiales
•Control vertidos, emisiones y ruidos
•Menús ecológicos
•Movilidad sostenible
•Vehículos eléctricos
Reputacional
•Redes sociales
•Reuniones periódicas con AMPA's, asociaciones de vecinos, empresarios, grupos de personas mayores, ayuntamientos…
•Análisis de la huella digital
Participación en los Premios Best in Class
•Ganadores 2012, 2016, 2017
•Finalistas 2013, 2014, 2015
En sanidad las acciones de comunicación son importantes en aspectos como Divulgación Médico-Científica, Proyección Institucional y de Gestión; Cooperación participación Ciudadana, Información y educación a pacientes. La RSC cada vez más importante en los hospitales que gestionando su reputación social logran un crear un EQUILIBRIO entre las necesidades estratégicas y las expectativas y aspiraciones de los grupos de interés con el objeto de generar CONFIANZA, TRANSPARENCIA y PARTICIPACIÓN

AUTORES: Javier Marco Franco; F Simarro Mir; J Soler Ros; R Torregrosa Sánchez.

CENTRO DE TRABAJO: Consorcio Hospital General Universitario Valencia

ID: 643

TÍTULO: PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA IDENTIFICAR NECESIDADES FORMATIVAS EN BASE A MAPAS DE COMPETENCIAS.

RESUMEN:
La Estrategia de Formación del Sistema Sanitario Público de Andalucía sitúa en el núcleo de sus actuaciones a los profesionales como protagonistas de su desarrollo.
En nuestro modelo, una competencia está formada por la agrupación de prácticas profesionales concretas destinadas a la identificación, interpretación, argumentación y resolución de un problema o situación en un contexto laboral específico. Así, un profesional es tanto más competente, en tanto mayor capacidad tenga de aplicar los conocimientos, habilidades y destrezas al desarrollo de su práctica profesional. Los Mapas de Competencias (MC) definen las competencias que deben estar presentes en el desempeño de cada puesto de trabajo (PT).
Mostrar a profesionales y unidades/centros asistenciales un método para identificar necesidades formativas, evaluadas por los propios profesionales en base a sus MC.
Conforme a la metodología de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se elaboran los MC corporativos del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), que definen las competencias que deben estar presentes en cada PT.
Los MC se ponen a disposición del SSPA través de una aplicación web (DEsarrolla-T), en la que los profesionales realizan su autoevaluación reflexionando sobre su práctica, seleccionando un nivel de dominio o destreza en cada Buena Práctica de su MC. Estos niveles de destreza son 4: Aún no puedo realizarla; Puedo realizarla con ayuda o supervisión; Realizo la actividad de forma autónoma con soltura; Soy capaz de supervisar y formar en la actividad. Estas evaluaciones pueden ser contrastadas por el responsable de la unidad.
Mediante la autoevaluación se identifican en qué aspectos debe mejorar sus destrezas y priorizar sus necesidades formativas, facilitando la elaboración de su Plan de Desarrollo.
Además se ofrece información de forma agregada a los responsables de las unidades asistenciales, a los responsables de formación y a los directivos de los centros, ayudándoles a elaborar los planes anuales de formación ajustados a las necesidades reales de sus profesionales y a las estrategias de formación del SSPA.
Durante el 2017 se pilotó la autoevaluación 4 centros hospitalarios, y una vez finalizado se ofreció a los participantes un cuestionario de satisfacción con preguntas tipo escalas likert con valores del 1 al 10.
En el cuestionario de satisfacción se obtuvieron valores promedios de 8,28 para el ítem “La Autoevaluación ayuda a detectar necesidades formativas” y de 8,83 para “La Autoevaluación promueve el conocimiento de los elementos competenciales que caracterizan su puesto de trabajo.”
La autoevaluación favorece el protagonismo y la implicación de los profesionales, y le confiere a la formación pertinencia, precisión, y eficiencia: se proporciona formación dirigida hacia las competencias que en realidad se requieren a quien efectivamente lo necesita.

AUTORES: Manuel Ceballos-Pozo; F García-Rioja; B Fernández-Sacristán; P Brea-Rivero.

CENTRO DE TRABAJO: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

ID: 644

TÍTULO: HUMANIZANDO LAS EXTRACCIONES DE SANGRE EN PEDIATRÍA

RESUMEN:
En atención primaria es pilar fundamental la valoración multidimensional del paciente, con la contextualización familiar y social .
La extracción de sangre es una técnica invasiva, que puede producir dolor y ansiedad.
En el niño esto se maximiza provocando nerviosismo e incertidumbre (que puede manifestarse en sus acompañantes), provocando conductas de resistencia física, llanto, gritos, el dolor propio de la técnica, convirtiendo la extracción en una experiencia desagradable.
La enfermera de pediatría cuida al niño con un enfoque holístico, asegurando su seguridad física y psicológica.
Humanizar la extracción de sangre en el paciente pediátrico.
Mejorar:
la calidad de las muestras obtenidas y disminuyendo la repetición de pruebas o derivación para la realización de la técnica.
la calidad percibida por parte de los pacientes, familiares /acompañantes del paciente pediátrico.
la calidad de la asistencia prestada por parte de los profesionales involucrados en el proceso.
la organización de las extracciones
1. se realizará la extracción en una sala distinta a la utilizada para las extracciones de pacientes adultos, decorada con motivos infantiles, utilizando aromaterapia y musicoterapia con el fin de mejorar la sensación de confort.2. se usará material adecuado al paciente pediátrico: tubos de muestras, catéteres, palomillas y compresores. Para favorecer una disminución de la percepción del dolor, se fomentará la utilización de medidas no farmacológicas (tetaanalgesia, elementos distractores (visualización videos, gafas virtuales), así como farmacológicas (analgesia tópica (lidocaína/prilocaina) previa a la extracción)3. se entregará una guía informativa ,a los padres, sobre el procedimiento para facilitar su colaboración disminuyendo el temor del niño el día de la extracción.4.Formación a los profesionales del centro: Se realizará formación general a todo el equipo.formación específica sobre indicaciones- contraindicaciones, aplicación de anestésico tópico y técnicas de inmovilización al paciente pediátrico en las extracciones sanguíneas.
El proyecto supondrá una mejora de la calidad de la asistencia prestada, mejorando la calidad percibida por parte de pacientes y familiares/acompañantes, basada en una mejor experiencia del proceso asistencial sanitario, minimizando el sufrimiento y ansiedad que presentan ante esta técnica.Los cambios organizativos provocarán una mejora en la eficiencia de la organización de las extracciones sanguíneas tanto en población pediátrica como en el adulto por acción indirecta, todo ello redundará en la mejora en la calidad de las muestras obtenidas, mejorando el rendimiento de las mismas y disminuyendo la necesidad de repetición de pruebas o derivación a atención especializada para la realización de la técnica.Este proyecto se llevará a cabo con la mejor distribución de los recursos y profesionales disponibles en la actualidad, realizando fundamentalmente cambios organizativos.

AUTORES: María Teresa García Delgado; CD Carlos J. Díaz De La Quintana González; EC Elena Cruz Orgtega; DM Diego Martín-Caro Alvarez; EG Emma Gil Higes; AM Ana I. Maderuelo Sánchez.

CENTRO DE TRABAJO: Consultorio Local De Arroyomolinos.

ID: 645

TÍTULO: PLAN DE GESTIÓN DE PROFESIONALES EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA RECIENTEMENTE INTEGRADA

RESUMEN:
El Plan de Gestión de Profesionales es una herramienta básica para el desarrollo de la Misión y Visión de la Organización y el cumplimiento de los Objetivos recogidos en su planificación estratégica y de acreditación EFQM. Ello dentro del marco general de planificación estratégica, de definición de objetivos y de ordenación de recursos de la Gerencia Regional del Servicio de Salud.
La Gerencia de la Organización es el órgano que, en el ámbito del Área de Salud, asume de forma integrada la gestión de los recursos. Cuenta con 1610 efectivos.
Dentro de la Gerencia se ha configurado una funcional Dirección de Profesionales, cuya prioritaria misión es la integración y homogeneización de la gestión de profesionales así como su continua adaptación, dentro del marco normativo y de techo de gasto presupuestario.
La justificación de este Plan viene dada en primer lugar por la necesidad de ordenar la gestión de profesionales que, con anterioridad a la integración, se llevaba a cabo en una Gerencia de Atención Primaria, una Gerencia de Atención Especializada y una Gerencia de Área. Ello daba lugar, de partida, a una gestión heterogénea, no homogénea y sometida a una gran variabilidad de criterios de gestión, incluso de interpretación y aplicación de normas.
Con el Plan de Gestión de Profesionales se pretende sentar las bases de lo que la Gerencia pretende ser, en materia de organización y gestión de los recursos humanos, en los próximos tres años. Pretende coadyuvar también a una ordenación de recursos humanos de tal modo que sirva como instrumento de mejora de los servicios que la Gerencia ofrece.
Por otro lado pretende valorar y considerar a sus personas, posibilitando el desarrollo de sus potencialidades, a través de instrumentos como formación, docencia, investigación, descentralización de la gestión, participación, comunicación premios y reconocimientos, carrera profesional, actividades sociales … etc.
El Plan de Gestión parte de un minucioso análisis del contexto de la Gerencia: marco normativo, estructura y organización, población, necesidades asistenciales y de sus plantillas.
También se ha realizado un estudio DAFO cuyos resultados se ha considerado en el diseño de los objetivos.
Los objetivos se agrupan en 6 Líneas Estratégicas:
1. Plantillas: adecuación a las necesidades.
2. Selección y provisión de plazas y puestos de trabajo.
3. Desarrollo profesional.
4. Reconocimiento y atención a las personas.
5. Seguridad y salud laboral.
6. Gestión de personal.

Cada Línea Estratégica tiene una serie de aspectos que son objeto de análisis y sobre los que se establecen objetivos (41 en total). Estos se materializarán a través de actividades.
La Gerencia dispone de un Plan para la gestión integrada de sus profesionales con un único Mapa de Procesos y unos objetivos que serán evaluados anualmente y al final del mismo, y cuyo cumplimiento reflejará, como conclusión, la mejora de la gestión y del reconocimiento de sus profesionales.

AUTORES: Luis Lazaro Vallejo; A Izquierdo Catalina; F Lasheras García; F Lozano Sobrino; F Redondo Rubio; M Sanz Muñoz.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Asistencia Sanitaria.

ID: 647

TÍTULO: ¿NUNCA ME COGEN EL TELÉFONO? LA CENTRALITA HOSPITALARIA. INDICADORES DE EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN AL USUARIO

RESUMEN:
El hospital recibe muchas llamadas, y lo normal es que… ¿nos atiendan rápido, o tengamos que esperar?
Los principales indicadores de la centralita evaluar la eficacia en la atención al usuario, a partir del nº de llamadas/paciente, del tiempo de espera, y de la tasa de abandono. Éste último, sin embargo, es un indicador clave con una problemática recurrente, difícil y compleja.
Presentar el estudio, pre- y post- acciones de mejora, sobre la demanda, indicadores y resultados de la atención telefónica al usuario desde distintas áreas en un hospital general de referencia comarcal: 1) CENTRALITA (línea de entrada telefónica principal del centro), 2) CALL CENTER (gestiona la actividad ambulatoria), 3) OFICINAS de cribado de mama; y 4) colon.
Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y comparativo pre y post-intervención con distintas acciones de mejora, entre 2016 y 2017. Los indicadores evaluados en las áreas atendidas fueron: 1. % de pacientes no atendidos, 2. Media de llamadas por paciente; 3. Nº de usuarios de la APP hospitalaria; y, 4. Reclamaciones.
Los pacientes llaman a la CENTRALITA para: a) Pedir información general (32%); b) Al sobrecargarse el call center (19%); c) Contactar con médicos (19%); y c) otros (30%).
Los pacientes llaman al CALL CENTER y OFICINAS DE CRIBADO para: a) Cambio de visitas (29%); b) Información sobre visitas (25%); c) Petición de hora (13%); y d) Otros (33%)
Las acciones de mejora implementadas durante el 2017 fueron:
a) Call center:
1. Difusión y sensibilización en los resultados; 2. RRHH extraordinarios en CCEE con un 75% más de profesional con reorganización interna; y, 3. Nuevos canales de comunicación con la APP.
b) Centralita:
1. Priorizar les llamadas externas vs internas; 2. Nuevo protocolo para agilizar las llamadas; 3. Pedir el e-correo para enviar la respuesta; 4. Compartir llamadas entre la centralita y el punto de información presencial
c) Oficinas de cribado de mama y colon:
1. Sensibilizar a los equipos y ser conocedores que se penalizan los abandonos.
Los resultados de los indicadores pre-(2016) y post-(2017) intervención fueron respectivamente:
1. % de llamadas no atendidas en CENTRALITA: 28,6% vs 15,9% (descenso del 80%); en CALL CENTER: 18,8% vs 14,9%; en CRIBADO DE MAMA: 14,7% vs 8,6%; en CRIBADO DE COLON: 41,2% vs 34,3%.
2. Media de llamadas por paciente: 4,4 vs 3,1 (descenso del 43,5%).; y,
3. Nº de usuarios de la APP hospitalaria: 2.112 vs 8.586 (ascenso del 306%)
4. 2 reclamaciones al año registradas en ambos períodos recogidas presencialmente, por e-correo, twitter, Facebook, y web institucional.
En conclusión, se atienden el 84% (E propuesto ≥ 95%).
Las acciones futuras deben orientarse a potenciar más las actuales, crear la agenda de autogestión (2019), ajustar la ratio a la curva de llamadas, instalar teléfonos digitales en algunas áreas e incrementar los recursos humanos en 1 profesional en centralita.

AUTORES: Rafael Lledó-Rodríguez; M Clarambo-Semis; M Benítez-Conejo; MC Ferrer-Badia; JC Larrea-Baeza; A Aloy-Duch.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Granollers.

ID: 648

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO, USO DE RECURSOS E IMPACTO SOCIAL Y LABORAL DE LA MIGRAÑA EN ESPAÑA EN 2018

RESUMEN:
La migraña es un trastorno neurológico complejo que afecta principalmente a mujeres en edad laboralmente activa. La frecuencia, duración e intensidad de los síntomas tiene impacto en la calidad de vida de los pacientes, en sus actividades de la vida diaria y en su discapacidad. Algunos de estos factores han sido relacionados con el circuito asistencial del paciente.
Identificar las características del circuito asistencial del paciente, el impacto de la migraña en la vida diaria y el impacto en la utilización de recursos por padecer migraña.
Se presentan los resultados para España de una encuesta electrónica de 30 minutos de duración a pacientes reclutados a través de las asociaciones de migraña y de páginas web relacionadas con la migraña en 31 países, entre septiembre de 2017 y febrero de 2018. Cuestionario auto administrado sobre características y síntomas de la migraña, frecuentación y características de los servicios sanitarios utilizados en los últimos 12 meses, tipo de tratamiento, calidad de vida, coste y cuestionario de productividad y actividad (WPAI)
En España se reclutaron un total de 661 participantes (79% mujeres) y más del 80% menores de 49 años de edad. El 64% tenían antecedentes familiares de migraña. El 75% de la muestra reportó más de 5 años de afectación de la migraña. Un 69% se dirigió al médico de cabecera como primer contacto con el sistema sanitario y a un 47% les diagnosticó la migraña un neurólogo. La media de profesionales médicos visitados antes del diagnóstico se situó en 2,5 con 5,4 visitas de media. Un 22% tardó más de 2 años en tener un diagnóstico de migraña. Casi el 70% pueden tener una cita con su médico de cabecera en un día o pocos días, mientras que, para la consulta con el especialista, el 70% tardaron más de 1 mes en obtener la cita. Casi el 59% habían acudido a urgencias en el último año y entre estos la frecuencia fue de 3,3 visitas de media. Casi el 90% reportaron tener dificultades para dormir y un 73% la necesidad de tener largos periodos de oscuridad. Un 26% decían tener mucho miedo a su próximo ataque de migraña. El 41% de los encuestados reportaron absentismo laboral de al menos 1 día fuera del trabajo en el último mes. De estos, 85% entre 1 y 5 días en el pasado mes, con una media de 3,6 días. En la última semana antes de la encuesta, 46% contestaron haber sufrido limitaciones en su trabajo y hasta el 54% en actividades de su vida diaria. Los pacientes con migraña tienen un gasto adicional para afrontar tratamientos complementarios, seguros, ayudas para cuidadores.
La migraña es una enfermedad crónica e invalidante que representa una fuerte impacto social y laboral para los pacientes. La mejora en el diagnóstico, y un tratamiento eficaz podrían ayudar a un mejor manejo de los pacientes, una mejora de la calidad de vida y a reducir el absentismo laboral.

AUTORES: Carles Blanch Mur; M Figueras; M Aguirre.

CENTRO DE TRABAJO: Health Economics & Early Access. Novartis Farmacéutica S.A.

ID: 649

TÍTULO: METODOLOGIA RECONOCIMIENTO FORMAL A PERSONAS. ESKERTZE.

RESUMEN:
Son las personas de las organizaciones las que hacen posible el desarrollo y la mejora de la organización. Es necesario por tanto reconocer su esfuerzo e implicación y destacar aquellas personas y equipos que desarrollen buenas prácticas que contribuyan de forma significativa al desarrollo de la estrategia y al logro de los objetivos. Por este motivo el reconocimiento de las personas debe considerarse y estructurarse como una parte fundamental de las prácticas de gestión.
Diseñar y desplegar un sistema de reconocimiento que permita destacar buenas prácticas que contribuyan al desarrollo de la estrategia de la organización y reconocer a las personas que han trabajado en su realización.
Año 2016- Diseño del sistema de reconocimiento formal, liderado por la Dirección de personal y con apoyo de grupo focal con personas de la organización. Se concreta el concepto y modalidad de reconocimiento preferidos por la organización. Preferencia de destacar a nivel formal el esfuerzo a nivel de equipos que individual. Se propone hacer reconocimiento en función de los seis Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico 2015-2018. Cada propuesta de buena práctica debe incluir una breve descripción de la propuesta, justificación y objetivos estratégicos con los que se relaciona.Se estructura la participación utilizando una herramienta informática que permite recoger las propuestas a reconocer de forma organizada según la siguiente secuencia: 1) Responsables de Unidades/Servicios; 2) Responsables de Comisiones; 3) Equipo Directivo. Entrega de reconocimientos en acto abierto a la organización. Reconocimiento individual por carta de gerencia a todas las personas de los equipos reconocidos. Se realiza evaluación, con valoración positiva. Se detectan dos áreas de mejora: aumentar la participación en la selección de buenas prácticas e incrementar la difusión de los proyectos. Año 2018- Revisión del sistema de reconocimiento. Se crea la categoría de favorito del público, dando difusión previa a través de la intranet de los proyectos y con una breve reseña de los mismos. Participación abierta a todos los profesionales a través del cuestionario en la intranet.
La puesta en marcha del sistema de reconocimiento Eskertze durante el periodo 2016-2018 ha permitido identificar y compartir 45 buenas prácticas en las que estaban implicadas 1917 personas, en los ámbitos de añadir valor al paciente, integración y trabajo en red, excelencia e investigación, gestión avanzada, personas e innovación. El feedback recibido por la evaluación del sistema ha servido para revisar y mejorar el sistema. La inclusión de la categoría 'favorito del público' en la última edición, en la que han participado más de 500 personas, ha servido para aumentar la difusión de las buenas prácticas en la organización. La identificación y puesta en valor de estas acciones y de las personas que las han llevado a cabo supone una oportunidad para impulsar nuevas acciones, y avanzar en el desarrollo de la estrategia.

AUTORES: Carmen Matthies Baraibar; I Urizar Perez; A Bilbao Maiza; M Arrizabalaga Kaltzakorta; M Castillo Polo; E Olaetxea Urizar.

CENTRO DE TRABAJO: Osi Ezkerraldea Enkarterri Cruces.

ID: 651

TÍTULO: SELECCIÓN DE INDICADORES CLAVE SEGÚN EL MODELO EFQM. CUADRO DE MANDO DE LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DE MEDICINA INTERNA

RESUMEN:
El cuadro de mando es un soporte de información periódica que permite la toma de decisiones oportuna al conocer el nivel de cumplimiento de los objetivos definidos previamente, a través de indicadores de control y otras informaciones que lo soportan. El cuadro de mandos, supone uno de los ejes que compone cualquier diseño estratégico, además de una de las principales herramientas que cualquier gestora enfermera debe conocer.
Los indicadores son la base para un sistema de gestión por procesos, están directamente vinculados con los objetivos que se deben de satisfacer en cada y deben permitir ver de forma eficiente la evolución en el tiempo de las desviaciones de los procesos, respecto a los objetivos marcados dado que, a partir de la cuantificación de las desviaciones, se podrán tomar medidas correctivas
 Seleccionar los indicadores clave según los criterios del modelo EFQM
 Diseñar el cuadro de mando de la unidad
 Mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición, que garanticen la calidad de los cuidados de enfermería
La selección inicial de los indicadores que constituirán el cuadro de mando incluye los establecidos para cada unidad en su pacto de objetivos, es decir en relación con la estrategia, los incluidos en los procesos y aquellos relacionados con los grupos de interés.
Se han definido las características que se tendrán en cuenta para la selección de indicadores y se han priorizado en función del grado de cumplimiento de las características establecidas.
Tras la selección del indicador, se especificó su denominación, forma de cálculo, forma de representación, definición de umbrales y objetivos y definición de responsabilidades, agrupándose según los criterios 6, 7,8 y 9 del modelo EFQM.
Se ha diseñado el cuadro de mando de las unidades medicas a partir de la selección de indicadores claves según el modelo EFQM, en la mayoría de ellos se ha podido establecer tendencia con resultados de tres años consecutivo.
Tras la priorización de los indicadores, se han seleccionado los mas adecuados teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de objetivos asignados y sus acciones derivadas, el coste y recursos necesarios y la fiabilidad del proceso de captación y tratamiento de la información
CONCLUSIONES
El análisis de indicadores permite a los jefes de unidad de enfermería identificar oportunidades de mejora, establecer objetivos más realistas además de sensibilizar a los profesionales de su unidad sobre la necesidad de mejorar continuamente los procesos.
Los indicadores están pensados para ser una herramienta dinámica, flexible y capaz de cambiar según requieran las condiciones, deben ser evaluados periódicamente para tener la seguridad de que siguen siendo válidos a la luz de las condiciones del momento.

AUTORES: Maria Luisa Sanz Muñoz; O Buergo Garcia; L Cuello Martinez; LA Garcia Sanz; Y Cacho Cacho; N Fernandez Cedazo.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Asistencia Sanitaria De Soria.

ID: 652

TÍTULO: DESARROLLO DE LA HISTORIA Y REGISTROS DE ENFERMERIA INFORMATIZADOS, PREVIA A LA DIGITALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA

RESUMEN:
A mediados de 2017, comenzamos a abordar un proyecto de digitalización e indexación de las historias clínicas del archivo activo. La gestión de los cuidados de enfermería en hospitalización, se realiza mediante un programa corporativo (GACELA), sin embargo en urgencias, hospital de día, unidad de corta estancia, cirugía mayor ambulatoria, consultas externas y rehabilitación la historia de enfermería y los registros específicos de cada una de las áreas no estaba informatizado por lo después de una revisión exhaustiva de la documentación de enfermería existente en soporte papel, se decidió abordar un proyecto que dando respuesta a las necesidades de enfermería en cuanto a información asistencial, permitiera eliminar el papel e incorporar la información a la historia clínica del paciente sin necesidad de ser escaneada
Desarrollar un sistema propio de informatización de la historia y registros de enfermería, en las áreas carentes de ellos, que permita incorporar la historia de enfermería y los registros a la historia del paciente.
Estructuración del registro que facilite la de búsqueda, posibilite la obtención de información y unifique el vocabulario, mejore la calidad de los registros y posibilite la recuperación y el posterior análisis de los datos.
Contribuir con la eliminación de los registros en papel a la sostenibilidad económica y ambiental
Construcción de un entorno común para Enfermería, que permita registrar de forma electrónica las distintas actuaciones de las enfermeras, fisioterapeutas, matronas y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
Creación del entorno y establecimiento de los sistemas de control y acceso que cumplan con los requisitos de seguridad de la información asistencial y garanticen la confidencialidad de los datos, así como la identificación del profesional que realiza cada actividad o cumplimenta los datos en la historia del paciente.
Se ha construido un entorno común que permite almacenar de forma electrónica los registros de enfermería adaptado a las necesidades de cada unidad/servicio teniendo en cuenta la cobertura informatizada que estas tenían dependiendo de las aplicaciones existentes.
El sistema de información desarrollado reúne las condiciones de seguridad y protección de la información, facilita el acceso a la información siendo esta ordenada y legible, es un sistema de calidad y ágil en su uso, fomenta el trabajo en equipo y al ser un desarrollo propio permite implementar las mejoras detectadas por los equipos de mejora que se han creado de forma paralela a la implantación, además permite la medición de indicadores con fines investigadores o de mejora de la calidad asistencial.

AUTORES: Maria Luisa Sanz Muñoz; I Cercos Martinez; LA Garcia Sanz; O Buergo Garcia; JL Vicente Cano; S Vera Asensio.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Asistencia Sanitaria De Soria

ID: 653

TÍTULO: COORDINACIÓN EDUCACIÓN-SANIDAD EN EL AREA DE SALUD DE SORIA

RESUMEN:
A raíz de un caso de posible acoso escolar en el área de salud nos planteamos establecer una coordinación entre el ámbito sanitario y educativo que además de abordar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) desde una perspectiva multimodal y multidisciplinar, como ya veníamos haciendo, nos permitiera abordar la problemática del acoso escolar y establecer programas de formación del profesorado, de manera que pudiéramos asegurar la continuidad en la atención entre los niveles sanitario y educativo. El entorno más adecuado para la detección en las fases iniciales tanto del TDAH, como del posible acoso escolar lo constituyen además de la familia los profesionales sanitarios y el profesorado
 Promover el conocimiento acerca del fenómeno del acoso escolar y TDAH y sus distintas manifestaciones
 Establecer un sistema coordinación educación-sanidad
 Analizar y proponer mecanismos de detección precoz
 Implementar los protocolos de prevención, detección e intervención en caso de acoso escolar
 Reuniones de coordinación educación- sanidad. Programación de jornadas formativas para los profesionales de sanidad y profesorado
 Revisión y seguimiento de las actuaciones de coordinación
 Establecimiento de planes de mejora
 Difusión y accesibilidad de la documentación a través de la intranet
Tras las reuniones de coordinación mantenidas se ha establecido la sistemática de formación a los profesionales de atención primaria y la formación al profesorado. Se han analizado y definido tanto los circuitos como los protocolos de actuación en acoso, ciberacoso y TDAH
El plan de mejora incluye la incorporación de la documentación en la intranet y la implementación de los formularios para el registro informe de coordinación sanidad – educación y la autorización de traspaso de información entre los servicios sanitarios y educativos
Desde la puesta en marcha del programa se han detectado por parte de los profesionales sanitarios dos posibles casos de acose solar estableciéndose en ambos las acciones de coordinación.
CONCLUSIONES
Los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en cuanto a la detección e identificación de posibles casos de acoso escolar y realización de educación para la salud y actividades preventivas, con solo realizar un cribado en la consulta preguntando sobre esta

AUTORES: Carina Esther Andres Gonzalo; MV Alvarez Camara; E Delgado Ruiz; J Galan Calvo; FJ Iglesias Gomez; ML Serrano Madrid.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia De Asistencia Sanitaria De Soria.

ID: 655

TÍTULO: LOS CIUDADANOS JÓVENES PARTICIPAN EN LA MEJORA

RESUMEN:
Dentro del programa de Humanización del Centro que incluye 'Hospital silencioso', 'Hospital sin caídas', 'Control del dolor', 'Informamos mejor', 'Acompañamiento al final de la vida' y 'Hospital sin Humo', hemos propuesto la participación de los jóvenes de la ciudad, sobre todo en este último ítem. La hipótesis de partida es que la juventud puede participar como 'influencer' para el resto de población, sin olvidar que serán los usuarios del futuro.
La participación de la ciudadanía más joven presenta un doble objetivo:
Aumentar el nivel de conocimiento de la realidad del Hospital y sensibilizar toda la población en el respeto del recinto hospitalario como un lugar libre de humo del tabaco.
Crear un mensaje que impacte y provoque un cambio en los hábitos de vida de la población, a través de una campaña de publicidad hecha por los jóvenes.
Utilizando el Ayuntamiento como agente facilitador, se ha establecido contacto con diferentes institutos de educación secundaria, un centro de recursos juveniles y una academia municipal. Una vez contactado, se ha presentado el proyecto y se ha decidido abordar diferentes para potenciar un recinto hospitalario libre de humo (cotutorización de un Trabajo de investigación, preparación de material audiovisual o colaboración de los diferentes colectivos en fechas señaladas).
El grupo de trabajo evaluará qué indicadores pueden ofrecer información sobre el impacto de estas medidas y se hará un test sobre la utilidad percibida por los participantes en estas acciones.
Cotutorización de un trabajo de investigación de un alumno de segundo de Bachillerato (Escuela Goar) con la edición de un díptico que se ha difundido (2017)
Campaña de comunicación audiovisual para sensibilizar pacientes, familiares, acompañantes y profesionales a mantener el recinto libre de humos: lema 'No es legal, fumar en el Hospital', y edición de un vídeo informativo homónimo, que se proyecta a las pantallas del centro y otros locales municipales, y una pintura de un mural el Día Mundial Sin Humo. (2018)
Colaboración en la Feria del Instituto Mestres, colocando un stand, donde profesionales del centro debaten con los alumnos sobre hábitos de vida saludables y se hacen talleres específicos (antitabaco)
Realización de clases prácticas de los alumnos del Cafè de las Arts, escuela municipal artística, con espectáculo de magia y lectura dramatizada (2018)
El objetivo último es que los jóvenes se conviertan en palanca de cambio de un mejor sistema sanitario y más participado, y que puedan ejercer una influencia en la sociedad en cuanto a hábitos de conducta saludables.
El gran reto es conseguir evaluar y medir los impactos de estas acciones y poder enviar retorno de los resultados a los jóvenes colaboradores (de hecho, el Hospital ha conseguido un premio por las actividades de la XIX Semana Sin Humo y se les ha comunicado)

AUTORES: Montserrat Oliveras Gil; M Elvira Meire; JL Moreno Bella; ME Pizarro Fernández; N Celorrio Jiménez; R Baños Serrano.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Viladecans.

ID: 656

TÍTULO: LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA: ¿DERECHO, UTOPÍA O REALIDAD?

RESUMEN:
Tradicionalmente, hemos concentrado los esfuerzos en la mejora continua de la calidad asistencial, pero, de un tiempo a esta parte, se ha visto la importancia de poner el foco en la calidad percibida por el paciente y los familiares (experiencia del paciente) Involucrar los pacientes en el diseño y revisión de los procesos asistenciales y en la definición del modelo de atención, además de mejorar la satisfacción, contribuye a mejorar la adherencia, reducir errores, y, por lo tanto, incrementar la seguridad en la atención. Es clave una cultura fuerte y la implicación directiva para que no se quede en utopía.
La participación es uno de los nuevos ámbitos de la Carta de Derechos y Deberes (revisión del 2015), en concreto el décimo. Este hecho se ve reflejado a las líneas estratégicas del Plan de Salud 2016-2020, como al Plan Estratégico del Hospital. Finalmente, el Departamento de Salud (Servicio Catalán de la Salud), como aseguradora, ha publicado Marc de la Participación Ciudadana en Salud.
El objetivo general es que la ciudadanía forme parte tangible de la organización, en función de su experiencia y conocimiento de los diferentes ámbitos posibles. Esta participación se puede desarrollar tanto en el ámbito organizativo (núcleo de este trabajo) cómo en la toma de decisiones que afecten su salud.
De este primer objetivo general, se deriva uno de específico y concreto: crear una 'Cartera de Participación Ciudadana', que nos sirva para adecuar el 'target' ciudadano según el ámbito y nivel de participación. Esta Cartera nos tiene que ayudar a encontrar y alinear estrategias para un hospital que se quiere abrir 'de verdad' a la ciudadanía.
Recogida de información con métodos cualitativos con programación sistemática de grupos de trabajo específicos para detectar áreas de mejora.
Grupos focales para ayudar a revisar algunos de los procesos clave y unidades específicas. Metodología expreso para algún servicio concreto (cualitativa por menos estructurada).
Participación (grupos focales) en la priorización de planes de acción del Plan Estratégico 2016-2020
Análisis de reclamaciones y encuestas de satisfacción (PLAENSA)
Participación (ciudadanía, ayuntamientos, proveedores, CatSalut, Campus Universitat de Barcelona, opinadores y otros grupos de interés) en el Plan Estratégico del Hospital, aplicando diferentes metodologías.
4 grupos focales (uno por proceso clave), más 2 específicos: atención quirúrgica y hospitalización (2017); ambulatoria y urgencias (2018), Unidad Experiencia Territorial de Síndromes de Sensibilización Central (2017), Hospital de Día (2018). De los informes de los grupos focales se han derivado propuestas de acciones que han modulado los procesos (sobre todo en cuanto a la mejora de información) Los hechos al 2017, se tienen que volver a hacer al 2018, y el resto al 2019, para contrastar si las acciones implementadas son percibidas como una mejora.
El reto es la evaluación del impacto y el retorno (feedback) a la ciudadanía

AUTORES: Montserrat Oliveras Gil; M Elvira Meire; JL Moreno Bella; ME Pizarro Fernández; M Padilla Sangüesa; E Fernández Ortega.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Viladecans.

ID: 657

TÍTULO: BUSCANDO LA TRANSICIÓN SEGURA DE LOS PACIENTES POR EL SISTEMA SANITARIO

RESUMEN:
Las principales organizaciones internacionales, preocupadas en la seguridad del paciente (OMS, Joint Commission, AHRQ) han definido a las etapas de transición asistencial, como de alto riesgo y han convocado a los Estados intervinientes a desarrollar estrategias que disminuya ese riesgo, mejorando la Calidad Asistencial

Se define la transferencia de pacientes como el proceso informativo en la comunicación entre profesionales sanitarios, en la que se transmite información clínica de un paciente y se traspasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario, de forma temporal o definitiva.
Disponer de técnicas estandarizadas de traspaso de la información, a través de una herramienta común para ser utilizada por todos los profesionales de cualquier ámbito o entorno, siempre que se transfiera un paciente.
El protocolo IMASER adoptado para el SNS-O pretende tener presente todos los ítems de información necesarios para un correcto traspaso de la información.
Se conformó un grupo de trabajo representativo de diferentes disciplinas y ámbitos asistenciales que realizó 7 reuniones.
Tras la revisión de las metodologías más conocidas (ISOBAR, IDEAS, I-PASS), se acordó ordenar la estructura en 6 categorías con la denominación que más se utiliza en nuestro entorno.
Para la difusión sea homogénea se decidió una presentación en Power point y video, colgar carteles en las zonas de transferencia más frecuentes y plasmar el protocolo en una tarjeta de bolsillo para facilitar la Comunicación a los profesionales.
Para formación se optó por utilizar las sesiones de los servicios y las Unidades asistenciales
En cada paso transicional los profesionales deben recordar y chequear verbalmente TODOS los ítems del IMASER para asegurar la correcta transferencia del paciente. Paralelamente debe quedar reflejado en el soporte informático o documento que se utilice, toda la información transmitida.
Para la comunicación telefónica se sigue el mismo protocolo, el profesional informará despacio para que el profesional receptor pueda tomar nota. El profesional receptor repetirá al profesional emisor toda la información que reciba.
El protocolo agrupa 22 items de información clínica y sociodemográfica en 6 apartados con el acrónimo IMASER: Identificación, Motivo de asistencia/aviso, Antecedentes, Situación inicial, Evaluación Recomendaciones y plan previsto acordado.
Atención Primaria ha ajustado al protocolo el formulario de Aviso a Domicilio.
Se ha iniciado la formación en UCI y Urgencia con buena acogida

AUTORES: Carmen Silvestre Busto[1]; I Gimena Ramos[2]; JP Tirapu León[3]; MA Zapatería García[4]; AM Fernández Navascués[5]; A Elizondo Sotro[6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicios Centrales SNS-O[1, 5]; Complejo Hospitalario de Navarra[2, 3, 6]; Hospital Reina Sofía, Tudela[4].

ID: 658

TÍTULO: OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA INCORPORACIÓN DE LOS NIÑOS A LAS VISITAS A LA UCI

RESUMEN:
Como parte del poyecto de «humanización», se ha elaborado un protocolo innovador en el que se permite la visita de los menores de 12 años a los familiares ingresado, previo consentimiento del paciente, padre/madre/tutor legal y, sobre todo, siempre que el menor exprese dicho deseo.
Dado que es un tema que genera controversia, creemos necesario conocer la opinión del personal sanitario sobre la nueva posibilidad de permitir a los menores formar parte del acompañamiento a los familiares ingreados en la unidad, previa implantación del protocolo.
Conocer la opinión del personal sanitario sobre la posibilidad de que los menores puedan acceder a la UCI, previa implantación del protocolo.

Objetivo secundario
Nueva valoración sobre la opinión del personal sanitario tras 6 meses de la implantación del protocolo.
MATERIAL Y METODOS
1. Encuesta de opinión
2. análisis estadístico de los resultado

Descripcion de la experiencia.
El protocolo elaborado que permite la visita de los menos de 12 años a nuestra unidad, ha surgido de la inquitud de un grupo reducido de enfermería. Al presentar el protocolo en la unidad, objetivamos cierta reticencia por parte de los compañeros, por eso se ha decido conocer de forma objetiva su opinión mediante una encuesta anónima.
A la espera del ánalisis definitivo de los resultados y tras una analísis provisional, hemos objetivado que la mayoria de los profesionales no tienen clara cual es su opinion respecto a la posibilidad de que los menos puedan visitas a los familiares ingresados; lo que si descata es, que el riesgo de contagio y posible trauma para el niño, son los factores considerados como de
mayor riesgo o negativos. Esperamos que tras la implantación del protocolo esos sentimientos «negativos» no fundamentados, se vean disispados.

AUTORES: Ana Isabel Quesada Merino; C Bonillo Caballero; M Sancho Concha; J Riba Reig; L Gallego Aguirre; I Vallverdú Perapoch.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Sant Joan de Reus.