I CONGRESO VIRTUAL SECA

Sociedad Española de Calidad Asistencial

Con la colaboración de

MSD
INVENTING FOR LIFE

27, 28 & 29
OCTUBRE 2020

LA CALIDAD ANTE LA COVID: UNA OPORTUNIDAD DE TRANSFORMACIÓN

SECA Sociedad Española de Calidad Asistencial

FECA Fundación Española de Calidad Asistencial

© SECA. Sociedad Española de Calidad Asistencial

ISBN: 978 – 84 – 09 – 24730 - 1

Diseño y maquetación: **Sociedad Española de Calidad Asistencial**

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.

Queridos/as compañeros/as,

Como ya sabéis y debido a las circunstancias especiales que estamos viviendo provocadas por la situación sanitaria, hemos aplazado el XXXVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial SECA que iba a celebrarse en Zaragoza este año 2020, para el próximo 2021.

Dado el espíritu de la SECA de mejora continua, de atención a nuestros socios y de innovación, hemos decidido celebrar el I Congreso Virtual SECA los próximos días 27, 28 y 29 de octubre. Gracias a la flexibilidad que nos dan las plataformas, permitirá que nuestros compañeros de Latinoamérica se puedan unir a él. Para facilitarlo, el horario del congreso será de 15:30 a 20:00 horas.
Estamos muy contentos de comunicaros que el Congreso Virtual será gratuito para todos los socios y otros profesionales interesados en la calidad asistencial.

Uno de los aspectos más valorados en los congresos de SECA es la presentación de trabajos que facilitan la participación de todos. En este nuevo formato no hemos querido perder ese valor por lo que también podréis presentarlos. Al igual que en las ediciones presenciales del congreso, está prevista una Mesa en al que se expondrán los mejores trabajos seleccionados entre todos los presentados. Entre el resto se seleccionarán un número muy importante de ellos para que sean difundidos como pósteres en la plataforma del congreso virtual. El programa del congreso virtual versará en torno a la COVID 19.
Y en concreto se abordarán en sesiones los siguientes temas:

- *Adecuación de la práctica clínica (que hemos hecho bien y mal)*
- *Nuevos roles (telemedicina, transformación digital profesionales, etc)*
- *Información y comunicación para profesionales y ciudadanos*
- *Calidad y Seguridad del paciente*
- *Experiencia del paciente profesional*
- *Atención integral*

Como novedad, organizaremos una sesión destinada a que colegas de países latinoamericanos presenten sus experiencias por lo que su horario será a partir de las 22:00 horas.

Esperando contar con vuestra participación, os enviamos un afectuoso saludo

Inmaculada Mediavilla Herrera
Presidenta SECA/FECA

Manel Santiñà Vila
Presidente I Congreso Virtual SECA

I Congreso Virtual SECA

COMITÉ ORGANIZADOR / CIENTÍFICO

Manel Santiñà Vila	**Presidente I Congreso Virtual SECA**
Ángel Vidal Milla	**Vicepresidente I Congreso Virtual SECA**
Hortensia Aguado Blazquez	Vocal I Congreso Virtual SECA
Emilio Ignacio García	Vocal I Congreso Virtual SECA
Susana Lorenzo Martínez	Vocal I Congreso Virtual SECA
Mª Dolores Martín Rodriguez	Vocal I Congreso Virtual SECA
José Joaquín Mira Solves	Vocal I Congreso Virtual SECA
Óscar Moracho del Rio	Vocal I Congreso Virtual SECA
Rosa Valverde Citores	Vocal I Congreso Virtual SECA

Programa **I Congreso Virtual de la Sociedad Española de Calidad Asistencial**

Sesiones Técnicas Precongresuales
Del 19 al 22 de Octubre de 2020

LUNES 19 DE OCTUBRE

15:30 a 16:45h

Situación actual y orientación de Las Unidades de Prevención Secundaria de Fractura (FLS) en la mejora de la Calidad Asistencial de los pacientes con Osteoporosis.

Moderadores: María José Bueno. *Vocal SECA-FECA;* Manel Santiñà. *Past President SECA-FECA.*

Panel de Expertos:

• ***Situación actual de las FLS y el modelo asistencial de las FLS.*** Antonio Naranjo. *Adjunto de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Profesor de Medicina de la ULPGC.*

• ***Puntos fuertes y puntos débiles y oportunidades que nos brinda el desarrollo de una Norma de Acreditación.*** Daniel Martínez. *Atención Primaria. CAP Sant Martí de Provençals (BCN)*

Panel de Discusores:

• José Luis Baquero. *Director y Coordinador Científico del Foro Español de Pacientes .*

• Jon Guajardo. *Vicepresidente segundo de SEDISA y Director Gerente OSI Barrualde Galdakao.*

• Xavier Surís. *Plan Director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor del Servei Català de la Salut.*

Sesión Técnica Patrocinada por AMGEN - UCB

17:00 a 18:15h

Modelos de Atención en el paciente con Insuficiencia cardiaca – retos y oportunidades

Moderador: José Joaquín Mira Solves. *Catedrático de la UMH, Elche. Director grupo Atenea de Investigación de FISABIO, Alicante.*

Ponentes:

• Cristina Ibarrola. *Médico de Familia y exgerente Servicio Navarro de Salud.*

• Álvaro Gonzales Franco. *Director Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Coordinador Grupo Insuficiencia Cardiaca y Fibrilación Auricular SEMI.*

• Concepción Cruzado. *Unidad de IC y Cardiopatías Familiares. Consulta de enfermería de IC del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.*

• Laia Alcober. *Médico de Atención Primaria. CAP Sant Josep; SAP Delta del LI.*

Sesión Técnica Patrocinada-Organizada por BOEHRINGER-INGELHEIM

18:30 a 20:00h

Presentación del estudio sobre barreras y propuestas de soluciones para mejorar la atención a la EPOC en España

Ponentes:

• Domingo Orozco Beltrán. *Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria y Profesor Titular de la UMH, adscrito al departamento de Medicina Clínica.*

• Juan Manuel Arriero Marín. *Médico Especialista en Neumología y Profesor Asociado en Ciencias de la Salud de la UMH adscrito al departamento de Medicina Clínica.*

Sesión Técnica Patrocinada-Organizada por BOEHRINGER-INGELHEIM

MARTES 20 DE OCTUBRE

15:30 a 16:45h

El nuevo Modelo EFQM

Ponentes:

• Miquel Romero i Grané. *Director, Vida asociativa y Conocimiento del Club Excelencia en Gestión.*

• Alberto Pardo Hernández. *Coordinador del Foro Excelencia en Sanidad del Club Excelencia en Gestión.*

Sesión Técnica Patrocinada por el CLUB EXCELENCIA EN GESTION - SECA

17:00 a 18:15h

Proyecto SpACE: "La importancia de Calidad de atención al paciente con Espondiloartritis Axial"

Moderador: Emilio Ignacio García. *Jefe de proyectos SECA*

Ponentes:

• ***Compromiso con el paciente y la sostenibilidad del Sistema Sanitario.***

César Velasco. *Head of Customer Solutions, Innovation & Bussines Excelence, Novartis.*

• ***Transformado el modelo sanitario hacia la excelencia.***

Anna Rodríguez Cala. *Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Directora de Estrategia y Responsabilidad Social Corporativa en Institut Català d'Oncologia (ICO)*

• ***Colaborar para mejorar la atención de los pacientes con EspA***

Pedro Plazuelo. *CEADE, Asociación de Pacientes.*

• ***Impulsando la mejora continua de la Calidad Asistencial en EspA***

Emilio Ignacio García. *Jefe de proyectos SECA. Proyecto SpACE*

Sesión Técnica Patrocinada por NOVARTIS

MIÉRCOLES 21 DE OCTUBRE

15:30 a 16:45h

El Hospital en Casa. Un Futuro de Calidad

Moderadora: María Pilar Astier Peña. *Medica de familia. CS La Jota. SALUD PAS Universidad de Zaragoza. GIBA IIS Aragón Coordinadora GdT Seguridad del Paciente de Semfyc (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)y Wonca Mundial (Global Famili Doctors) Vocal de SECA (Sociedad Española de Calidad AsSstencial).*

Ponentes:

• ***La hospitalización a domicilio en el siglo XXI; visión desde la gestión.***

Beatriz Massa. *Directora Gerente Departamento de salud Alicante Sant Joan D'Alacant. Presidenta SEHAD.*

• ***El nuevo modelo asistencial de la Hospitalización a Domicilio en Cataluña. La innovación de la alternativa al ingreso convencional.***

Eulalia Villegas Bruguera. *Jefe de servicio de Hospitalización a Domicilio Dos de Maig de Barcelona. Presidenta de la Sociedad Catalano-Balear de Hospitalización a Domicilio.*

• ***Gestión del Covid-19 en Navarra: ámbitos de actuación de la HDA.***

María Ruiz Castellano. *Jefe de Sección de la unidad de HAD del complejo hospitalario de Navarra (CHN).*

• ***Actividad de la Unidad de Hospitalización del Hospital Germans Trias durante la pandemia COVID 19.***

M. Gloria Bonet. *Directora de programa de la UHAD. Unidad Hospitalización a Domicilio Germans Trias i Pujol.*

Sesión Técnica Patrocinada por VIFOR PHARMA

17:00 a 18:15h

Calidad Asistencial en el paciente anticoagulado en tiempos de COVID-19. Valor de los ACODs

Ponentes:

• Inmaculada Mediavilla. *Presidenta SECA-FECA.*

• José Luis Llisterri. *Presidente SEMERGEN.*

• Pere Domenech. *Miembro Junta Directiva Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH).*

• *José María Fernández. Miembro Junta Directiva Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y Presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina Interna.*

• Julio Agredano. *Presidente Freno al Ictus.*

Sesión Técnica Patrocinada por BRISTOL MYERS SQUIBB - PFIZER

18:30 a 20:00h

Cómo abordar la situación provocada por la pandemia desde el punto de vista de la calidad y la seguridad del paciente

Moderador: Ángel Gil de Miguel. *Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Director de la cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.*

Ponentes:

• ***El punto de vista de la Calidad Asistencial.***

Pedro Ruíz López. *Presidente de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA).*

• ***El punto de vista de la Seguridad del Paciente.***

Alberto Pardo Hernández. *Vicepresidente de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente (AEGRIS). Profesor Asociado Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.*

Sesión Técnica Patrocinada por CATEDRA INNOVACION UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS

JUEVES 22 DE OCTUBRE

15:30 a 16:45h

Visión del paciente en tiempos COVID

Moderadora: Elena Bartolomé Benito. *Técnico de la Dirección General de Proceso Integrado de Salud del Servicio Madrileño de Salud. Vocal de la Junta Directiva de SECA*

Ponentes:

• ***Co-creación de un servicio de test covid a domicilio para pacientes de riesgo o movilidad reducida.***

Carlos Bezos Daleske. *Director del Instituto de Experiencia del Paciente.*

• ***Comunicación clínica eficaz contra los bulos.***

Carlos Mateos Cidoncha. *Coordinador del Instituto #SaludsinBulos.*

• ***Asociaciones de pacientes en tiempos COVID.***

Andoni Lorenzo Garmendia. *Presidente del Foro Español de Pacientes.*

Sesión Técnica Patrocinada por SECA-FECA.

17:00 a 18:15h

Teleasistencia y humanización: ¿Un equilibrio posible en la atención del dolor?

Moderadora: Paloma Casado Durández. *Subdirectora General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.*

Ponentes:

• Alfonso Carregal Rañó. *Médico Adjunto Anestesiología en la Unidad de Dolor del CHUVI (Vigo).*

• Julio Zarco. *Presidente de la Fundación Humans y Director de la Clínica Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.*

• Javier Ferrero. *Responsable de sistemas y entornos digitales en la agencia de calidad sanitaria de Andalucía (ACSA). Director del mHealth Hub de innovación y conocimiento para la región OMS Europa.*

Sesión Técnica Patrocinada por GRÜNENTHAL PHARMA S.A

18:30 a 20:00h

Mejora de la Calidad en la práctica de la atención al paciente con dolor oncológico mediante el uso de una Norma de Acreditación: Proyecto ACDON

Moderador: Manel Santiñà Vila. SECA-FECA

Ponentes:

• José Joaquín Mira Solves. *Grupo ATENEA. FISABIO.*

• Concepción Pérez Hernández. *Unidad del Dolor. Hospital Universitario la Princesa.*

• José Gómez Codina. *Oncología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe Valencia.*

• José Luis Baquero Úbeda. *Departamento Científico. Foro Español de Pacientes.*

Sesión Técnica Patrocinada por FERRER INTERNACIONAL, S.A.

Programa **I Congreso Virtual de la Sociedad Española de Calidad Asistencial**

Del 27 al 29 de Octubre de 2020

MARTES 27 DE OCTUBRE

15:30 a 15:50h — **Acto de Bienvenida**
D.ª Inmaculada Mediavilla Herrera. *Presidenta de SECA/FECA*
D. Manel Santiñà Vila. *Presidente Comité Organizador y Científico.*
D.ª Pilar Aparicio Azcárraga. *Directora General de Salud Pública. MSCBS*

16:00 a 16:45h — **Conferencia Inaugural**
Presenta: D.ª Inmaculada Mediavilla Herrera. *Presidenta de SECA/FECA.*
D.ª Maria Neira González. *Directora del Departamento de Salud Pública y del Ambiente de la OMS.*

17:00 a 18:30h — **Profesionales como pacientes de COVID-19. Ideas para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes**
Moderadores: D. Julián Alcaraz Martínez y D. José Joaquín Mira Solves.
D. Rogelio Altisent Trota. *Centro de Salud de Zaragoza*
D.ª María Galiana Ivars. *Hospital General Universitario de Alicante.*
D. Rafael Sánchez Bernal. *OSI Araba.*
D.ª Mª Eva Sáez Torralba. *EAP Buenavista. Castilla -La Mancha*

18:45 a 20:00h — **Nuevos roles profesionales**
Moderadores: D.ª Rosa Valverde Citores y D. Ángel Vidal Milla.
D.ª Marisa Merino Hernández. *Organización Sanitaria Integrada Tolosaldea.*
D. Ricardo de Dios del Valle. *Área Sanitaria III del Servicio de Salud del Principado de Asturias.*
D. Cristian Ochoa Arnedo. *Instituto Catalán de Oncología.*

MIÉRCOLES 28 DE OCTUBRE

15:30 a 16:45h — **Información y Comunicación**
Moderadores: D. Julián Alcaraz Martínez y D.ª Rosa Valverde Citores.
D.ª Maider Izaguirre Zabaleta. *Eusal Irrati Telebista.*
D. Javier Pinilla. *Servicio Riojano de Salud.*
D.ª Marina Jarque Fernández. *Ayuntamiento de Viladecans.*

17:00 a 18:30h — **Calidad y Seguridad del Paciente**
Moderadores: D.ª Dolores Martín Patiño y D. José Joaquín Mira Solves.
D. Pedro Alberto Rascado Sedes. *Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*
D.ª Montserrat Gens Barberà. *Gerencia Camp de Tarragona. Instituto Catalán de la Salud.*
D. Frederic Fuz. *SHAM*
D. Ángel Cobos. *Hospital San Cecilio de Granada.*

18:45 a 20:00h

Adecuación clínica y gestora

Moderadores: D.ª Susana Lorenzo Martínez y D. Oscar Moracho del Rio.
D.ª Elena Martín Pérez. *Hospital de la Princesa. Madrid.*
D. Alfredo Martinez Larrea. *Complejo Hospitalario Universitario de Navarra.*
D. Enrique Bernal Delgado. *Instituto de investigación sanitaria de Aragón.*

21:00 a 22:00h

Sesión Latinoamérica

Moderadores: D. Angel Vidal Milla y D. José Joaquín Mira Solves.
Reflexión estratégica sobre la pandemia COVID-19 en Argentina. Su impacto en el equipo de salud.
D.ª Mª Cristina Ferrari. *Argentina*
Estrategias de Calidad en tiempos de Pandemia. Experiencia Chilena.
D.ª Giovanna Gutierrez Pachanca. *Chile.*
Retos y oportunidades para la Calidad y Seguridad de la atención.
D. Juan Limo Salazar. *Perú.*
Seguridad del Paciente en tiempos de Pandemia.
D.ª Piedad Serpa Pérez. *Colombia*.

JUEVES 29 DE OCTUBRE

15:30 a 16:45h

Atención Integral en situación de pandemia

Moderadores: D. Emilio Ignacio García y D. Manel Santiñà Vila.
D. David Curto Prieto. *SANITAS Residencial*
D.ª Mª Victoria Benavides Sierra. *Centro de Salud de Boadilla del Monte.*
D. Faust Feu Caballé. *Hospital Clínic de Barcelona.*

17:00 a 18:30h

Sesión de los mejores trabajos del Congreso

Moderadores: D. Manel Santiñà Vila y D. Angel Vidal Milla.
• Desarrollo de la plataforma web "segunda víctimas Covid19" para los profesionales implicados en la atención sanitaria.
• Saliendo de la zona de confort en tiempos de pandemia.
• ¿Cuál es el impacto económico de la falta de adherencia a las guías de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España?
• Plan de intervención en centros sociosanitarios de un área de salud para reducción del riesgo de brote covid intracentro.

18:45 a 19:45h

Conferencia de Clausura

Presenta: D.ª Inmaculada Mediavilla Herrera. *Presidenta de SECA/FECA*
D.ª Begoña Román Maestre. *Profesora de Ética de la Facultad de Filosofía. Universidad de Barcelona*

19:45 a 20:00h

Entrega de Premios y Acto de Clausura

D.ª Inmaculada Mediavilla Herrera. *Presidenta de SECA/FECA*
D. Manel Santiñà Vila. *Presidente Comité Organizador y Científico*.

Programa **I Congreso Virtual de la Sociedad Española de Calidad Asistencial**

Talleres Postcongresuales
Del 3 al 4 de Noviembre de 2020

MARTES 3 DE NOVIEMBRE

16:00 a 18:30h

Taller 1: Reinventando las Organizaciones con el COVID-19 – Sesión I
Docente:
- **Carme Mompó i Avilés**

Taller limitado a 30 plazas
Este taller, debido a su duración y formato se celebrará en dos sesiones

16:00 a 20:00h

Taller 2: Live Learning: Construye tu futuro con el Modelo EFQM
Docente:
- **Club Excelencia en Gestión**

Taller limitado a 25 plazas

MIÉRCOLES 4 DE NOVIEMBRE

09:00 a 13:00h

Taller 3: Live Learning: Construye tu futuro con el Modelo EFQM
Docente:
- **Club Excelencia en Gestión**

Taller limitado a 25 plazas

16:00 a 18:30h

Taller 1: Reinventando las Organizaciones con el COVID-19 – Sesión II
Docente:
- **Carme Mompó i Avilés**

Taller limitado a 30 plazas
Este taller, debido a su duración y formato se celebrará en dos sesiones.

ÍNDICE

ID	TÍTULO	PÁGINA
MESA MEJORES COMUNICACIONES		
261	DESARROLLO DE LA PLATAFORMA WEB "SEGUNDAS VÍCTIMAS COVID19" PARA LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA	24
362	SALIENDO DE LA ZONA DE CONFORT EN TIEMPOS DE PANDEMIA	25
372	¿CUÁL ES EL IMPACTO ECONÓMICO DE LA FALTA DE ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ESPAÑA?	26
379	PLAN DE INTERVENCIÓN EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DE UN ÁREA DE SALUD PARA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE BROTE COVID INTRACENTRO	27
VÍDEOS		
345	CALIDAD PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DURANTE LA PANDEMIA POR SARS COV-2 (MARZO-ABRIL 2020)	29
352	RECOMENDACIONES ORGANIZATIVAS DE LOS CENTROS DE SALUD PARA GESTIONAR LA ETAPA DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19	31
353	PROTOCOLIZANDO LA ASISTENCIA CLÍNICA EN LA INCERTIDUMBRE DE UNA PANDEMIA	32
358	LA SEGURIDAD AL LÍMITE. MAR EN SAR: MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN SITUACIONES DE ALTO RIESGO	33
360	CIRUGÍA URGENTE DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL TERCIARIO UNIVERSITARIO	34
366	REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD AMBULATORIA DEL SERVICIO ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN EN LA FASE DE TRANSICIÓN DE LA COVID-19	35
COMUNICACIONES		
23	LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE DIABÉTICO, CON TRASTORNO DEPRESIVO Y NO ADHERENTE AL TRATAMIENTO	36
25	EQUIPOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA ADECUADOS PARA PODER GARANTIZAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL SNS	38
26	INTERCONSULTA NO PRESENCIAL EN EL CONTEXTO ACTUAL	39
27	DESDE SABINA A CUERDA O TARANTINO: EL FACTOR DE IMPACTO DE SUS CITAS EN EL EMAIL DIARIO CON DATOS DE LA COVID-19	41
28	¿CUÁL ES EL PESO ÓPTIMO DEL REANIMADOR PARA GARANTIZAR LA CORRECTA COMPRESIÓN TORÁCICA EN UNA REANIMACIÓN CARDIACA?	42
29	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ALTA HOSPITALARIA TEMPRANA OBSTÉTRICA Y NEONATAL DURANTE EPIDEMIA COVID-19	43
31	INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS	44
33	IMPLEMENTACIÓN DEL TELETRABAJO Y TIC EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID19	45
35	EN UN BOSQUE HAY QUE MARCAR CIERTOS ÁRBOLES PARA TRAZAR UN CAMINO FIABLE Y EFECTIVO	46
36	ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INFECTADOS POR SARS-COV-2 FALLECIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	47
37	ALIGERANDO EL EQUIPAJE DE LA INFORMACIÓN DIRIGIDA AL USUARIO EN EPOCA DE COVID 19 CON EL CÓDIGO QR	48
38	CREACIÓN, DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE LA DIETA COVID 19 ARMONIZANDO NUTRICIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA.	49
40	RED NEURONAL PARA DISEÑAR UN NUEVO INDICADOR DE MORTALIDAD DEL SÍNDROME CORONARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	50
41	PROYECTO EVALUCOM SOBRE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PROFESIONAL Y EL PACIENTE EN LA CONSULTA	51
42	TIEMPO DE RESPUESTA DE LABORATORIO DE URGENCIAS COMO INDICADOR DE CALIDAD ASITENCIAL EN PERIODO COVID-19	52
44	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO CLÍNICO	53
45	GESTIÓN DE RIESGOS. NORMA UNE EN ISO 9001:2015	55
46	MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES PARA PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN EL HOSPITAL DE DÍA EN LA ERA COVID	56
47	PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS FRENTE A LA PANDEMIA COVID- 19	57
48	CRIBADO PSICOLÓGICO PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO: INVESTIGACIÓN MULTICÉNTRICA Y MULTIDISCIPLINAR.	59
51	ABORDANDO NECESIDADES URGENTES DE DESPLAZAMIENTO DE PROFESIONALES SANITARIOS A DOMICILIOS COVID:CONTRATOS DE EMERGENCIA	60
59	TUTOVIDEO: TUTORIALES FORMATIVOS POR Y PARA EL PERSONAL	61
60	¿CÓMO PUEDO AYUDAR? ADAPTACIÓN DE UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD A LA PANDEMIA COVID	62
61	PLAN DE GESTIÓN-CONTINGENCIA COVID-19 HOSPITALES PÚBLICOS DE MADRID (GRUPO QUIRONSALUD)	64
62	LA EFICIENCIA Y SEGURIDAD DEL AUTO-COVID	65
68	IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA ACTIVIDAD DE LAS COMISIONES CLÍNICAS Y COMITÉS ASISTENCIALES	66
70	EFECTO DE LA RECOMENDACIÓN DE DOSIFICACIÓN Y ALERTA DE LABORATORIO SOBRE VALORES CRÍTICOS DE VITAMINA D Y DAÑO ASOCIADO	67

ID	TÍTULO	PÁGINA
71	S.O.S.: SAVE OUR SENIORS. NUESTROS MAYORES EN LOS TIEMPOS DEL COVID: ¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE CUIDARLOS?	68
72	GESTION DE LA CRISIS COVID EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA	69
73	TELEMONITORIZACIÓN CLÍNICA DOMICILIARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	70
74	ANALISIS DE LENGUAJE NATURAL PARA IDENTIFICAR EFECTOS ADVERSOS	71
76	COMISIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN EL REPROCESAMIENTO DEL MATERIAL QUIRÚRGICO	72
77	RESULTADOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS EN LA PANDEMIA POR SARS COV 2	73
78	EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE HOSPITALES ESPAÑOLES EN LA INICIATIVA DE LA PRÁCTICA ONCOLÓGICA DE CALIDAD	74
79	CONSENSO EXPERTO ECO PARA EL DESARROLLO DE CRITERIOS DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CÁNCER RENAL EN ESPAÑA	75
80	INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC) Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (SGSP).	76
81	ESTUDIO DE TANGIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURAS CON ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA SATISFACCIÓN GLOBAL.	78
82	DÍA INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DE PACIENTES: UN HITO PARA POTENCIAR LA CULTURA Y FORMACIÓN EN SEGURIDAD DE PACIENTES	79
83	IMPLEMENTACION DEL INDICADOR SATISFACION DE USUARIOS NPS (NET PROMOTER SCORE) EN EL ESTUDIO ANUAL DE SATISFACCIÓN	81
87	LA IRRUPCION DE LA COVID-19 EN UNA UCI. EL ANALISIS DEL PRESENTE, LA PREVENCION DEL FUTURO	82
88	PROYECTO AFEM, ALIANZA MULTIDISCIPLINAR FRENTE A LOS ERRORES EN LA MEDICACIÓN, COMO BUENA PRACTICA CLÍNICA	83
89	PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19	85
90	EXPERIENCIA DEL PACIENTE ANTE RESTRICCIONES DIETÉTICAS INTRADIÁLISIS SECUNDARIAS A LA PANDEMIA COVID-19	86
91	IMPORTANCIA DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL FALLO DE RESCATE: VALIDEZ DEL INDICADOR MODIFICADO EN CIRUGÍA COLORRECTAL	87
92	¿COMO TE INFORMO CON HUMANIDAD?	88
93	MENTORING EN ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN: UN ESTUDIO PILOTO	89
94	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA DE ANTI-TPO DENTRO DEL PLAN DE CALIDAD DEL MINISTERIO DE SANIDAD	90
95	IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA EN UN EQUIPO SECI. SEGUIMIENTO Y CUIDADOS DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS AL ALTA DE UCI.	91
96	OBESIDAD Y COVID..... ¿ CASUALIDAD O CAUSALIDAD?	93
97	LA REHABILITACION DURANTE EL COVID-19	95
103	"EXPERIENCIA DEL PACIENTE" DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 – ANÁLISIS DE LOS TRASPLANTADOS RENALES DEL HOSPITAL CLÍNIC	97
104	ESTRATEGIAS EN TIEMPO DE PANDEMIA EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA NUEVOS PROFESIONALES EN UN C.H.U.	98
105	NECESIDADES DE LOS TRASPLANTADOS RENAL DURANTE EL CONFINAMIENTO Y PAPEL DE LAS TECNOLOGIAS DE LA COMUNICACIÓN	100
107	CERTIFICACIÓN DE HOSPITAL COMPROMETIDO FRENTE AL COVID-19	101
108	PROYECTO DE EVALUACIÓN Y MEJORA CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CRITERIOS LESS-CHRON EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS	102
109	ATENCIÓN A PERSONAS INFECTADAS POR SARS-COV-2 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE CATALUÑA	103
110	PRACTICAS CLINICAS SEGURAS DEL TCAE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA	104
111	MEDIDAS PREVENTIVAS ADOPTADAS EN EL SERVICIO DE RHB TRAS LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DE ALARMA POR LA COVID-19.	105
112	ESPERA ZERO EN URGENCIAS	107
114	INNOVANDO EN LA GESTIÓN DOCUMENTAL: MAPA DE PROCESOS	109
115	ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA ÉPOCA DE PANDEMIA POR COVID-19	111
119	ANALISIS DE LA 'EXPERIENCIA DEL PACIENTE' EN EL PACIENTE RENAL: TRASPLANTE VS DIALISIS	113
120	HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES DURANTE EL COVID-19	114
121	GESTIÓN DEL RIESGO POR COVID	116
124	HACIA UNA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO	118
125	HUMANIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN UN RECURSO DE SOPORTE DURANTE LA EPIDEMIA COVID-19	120
127	IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN EL PERSONAL SANITARIO. ¿CÓMO RECUPERAR A LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS DE LA PANDEMIA?	122
128	ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CON RIESGO BIOLÓGICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	123

ID	TÍTULO	PÁGINA
129	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN ESTÁNDAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	124
130	EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO DURANTE LA PANDEMIA MUNDIAL DE LA COVID-19 EN "HOSPITALES LIMPIOS'	125
131	EVALUACIÓN DE LA VARIABILIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA A TRAVÉS DE LOS OBJETIVOS DE LOS PACTOS DE GESTIÓN	126
132	CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN: MÁS ALLÁ DE LA RADIOPROTECCIÓN.	128
133	REVALOREMOS LO QUE HACEMOS: RIGHT CARE & DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN.	130
134	EFECTO DE LA TRASLACIÓN DEL CONOCIMIENTO ACTUALIZADO A LA PRÁCTICA CLÍNICA	131
135	PROYECTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL	133
137	LACTANCIA MATERNA Y CORONAVIRUS. HUMANIZAR EN TIEMPO DE PANDEMIA.	135
138	CALIDAD ASITENCIAL EN URGENCIAS OBSTÉTRICO GINECOLÓGICAS. INDICADORES DE TIEMPO	136
139	HUMANIZAR Y RESPETAR LA FISIOLOGÍA DEL NACIMIENTO.	138
140	CONTACTO PIEL CON PIEL. QUE NO OS SEPAREN.	139
141	INTERVENCIÓN RÁPIDA Y EFECTIVA EN RESIDENCIAS Y VIVIENDAS COMUNITARIAS DE MAYORES DURANTE CRISIS COVID-19	140
142	TRANSFORMACIÓN DEL BLOQUE OBSTÉTRICO EN SITUACIÓN DE PANDEMIA	142
143	ESTRUCTURA DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	143
144	TELESALUD DURANTE LA EPIDEMIA COVID Y RECORRIDO FUTURO	145
145	INDICADORES CLAVE DE FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	146
146	CREACION DE CALL CENTER TELEFONICO PROPIO PARA ATENCION CIUDADANA DURANTE PANDEMIA COVID-19	147
147	EL VALOR DE LAS TIC'S EN LA GESTIÓN DE LA EPIDEMIA COVID19	149
148	INTEGRACIÓN DE BIOETICISTAS EN EL EQUIPO DE DIRECCIÓN HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	151
149	ADAPTACIÓN DE LA SECRETARÍA DE CALIDAD DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL A LA ÉPOCA DE PANDEMIA	153
151	TEST RÁPIDOS VS PCR COVID-19	154
152	PROCESO DE REPLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE CALIDAD DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA EN LA ERA COVID-19	155
153	EDUCACION GRUPAL EN CUIDADOS PARA CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS DEPENDIENTES	156
154	PANDEMIA Y HUMANIZAR, ¿SE PUEDE?	158
155	ACTIVIDAD DE ENFERMERIA EN LAS URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD EN "LA NUEVA NORMALIDAD"	159
156	APLICACIÓN DE TERMOTERAPIA EN PARTOS EUTÓCICOS DURANTE LA FASE DE EXPULSIVO	160
157	ADAPTACIÓN DE SERVICIOS CERTIFICADOS ANTE LA COVID-19	161
158	SIFONES HIGIÉNICOS Y SU PAPEL EN CONTROL DE AISLAMIENTO DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN LAVABOS DE UNA UNIDAD DE CRÍTICOS	162
159	RECONOCIMIENTO DEL COMPROMISO FRENTE AL COVID	163
160	MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC ESTABLE: TERAPIA INHALADA	165
161	ANALISIS COMPARATIVO DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DECLARADOS EN UN PERIODO PANDÉMICO Y NO PANDÉMICO	166
162	ACREDITACIONES, CERTIFICACIONES Y DISTINTIVOS DE CALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	167
163	EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE COMO ELEMENTO CLAVE EN LA SEGURIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN	168
164	APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO MOSPSC EN UNA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL	170
165	EPICONDILITIS DE ORIGEN LABORAL: ITINERARIOS ASISTENCIALES Y NUEVAS TERAPIAS	171
167	EMPLEO DE TRELLO COMO HERRAMIENTA ADICIONAL PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	172
168	ANÁLISIS CON PERSPECTIVA DE G¨¦NERO DE INDICADORES DE SERVICIOS DE CRONICIDAD DE CARTERA DE ATENCI¨®N PRIMARIA	173
169	ESTUDIO SEROLÓGICO MULTICÉNTRICO DE COVID-19 EN TRABAJADORES SANITARIOS ASINTOMÁTICOS DE CUATRO HOSPITALES DE MADRID	174
170	EVALUACIÓN DE LA DEMANDA DE ANA E IMPACTO DE SU ADECUACIÓN EN BASE A RECOMENDACIONES DEL MINISTERIO DE SANIDAD.	175
171	EL PACIENTE DIGITAL EN IBERMUTUA, UN ANTES Y UN DESPUÉS DE LA PANDEMIA POR COVID 19	176

ID	TÍTULO	PÁGINA
172	PROPUESTAS SECA PARA RECUPERAR AL SISTEMA DE SALUD TRAS LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	177
173	RESULTADOS DE DOSIS EN ESTUDIOS DE TAC DE CRÁNEO EN 2019	178
174	RECOMENDACIONES DE LOS MARCADORES ANALÍTICOS NT-PRO-BNP Y TROPONINA EN PACIENTES COVID-19	179
175	CERTIFICACION DE BUENAS PRÁCTICAS EN HUMANIZACIÓN, DE LA UCI DEL H.INFANTA ELENA, LA PRIMERA UCI CERTIFICADA DEL MUNDO	181
178	NUEVO RETO PRESENTE: CONSULTA DE ENFERMERÍA RESPIRATORIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE POSCOVID	182
179	DETECCIÓN PRECOZ Y SEGUIMIENTO DE CASOS COVID 19 EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA	183
181	PROYECTO IENE9: DISEÑO DE UN CURRICULUM CULTURALMENTE COMPETENTE Y COMPASIVO EN LGBT+ PARA PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS	185
183	PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR SINDROME POST-CUIDADOS INTENTIVOS (PICS)	186
184	MAPEANDO LOS RIESGOS EN URGENCIAS	187
185	ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON INFECCION POR COVID EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE MADRID	188
186	CALIDAD ASISTENCIAL EN LACTANCIA MATERNA: EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES COMO PUNTO DE PARTIDA	189
187	ACEPTACIÓN DE LA TELEMEDICINA DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE OBESIDAD COMPLEJA	190
188	CIRCUITO SEGURO EN LA GESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES	191
189	LA ACREDITACIÓN COMO CENTRO DE FORMACION CONTINUADA: UNA OPORTUNIDAD PARA LA REFLEXIÓN DEL TRABAJO DE CADA DÍA	192
190	ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. HACIA LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL	193
191	EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS APOYO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA AL CALL CENTER DE CIUDADANÍA	194
192	MEJORANDO A GOLPE DE VISTA	195
193	ESTUDIO DE LAS NECESIDADES PARA IMPLEMENTAR LA TELECONSULTA PREOPERATORIA DE ANESTESIA EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA(CMA)	197
194	COMUNIDAD DE PRÁCTICA VIRTUAL (CDPV) PARA EL EMPODERAMIENTO DE PERSONAS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: PILOTAJE Y CO-DISEÑO	198
198	AUTOMATIZACIÓN DE REGISTRO Y PROCESO DE ESCALAS PREDICTIVAS, COMO ALERTA TEMPRANA EN PACIENTES AFECTADOS POR EL COVID-19	200
200	LOS PADRES FORMADOS EN SEGURIDAD DE PACIENTES ¿RECUERDAN MÁS A LOS PROFESIONALES QUE SIGAN LAS PRÁCTICAS SEGURAS?	201
201	CONTINUIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE TELEMEDICINA SÍNCRONA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA NO COVID EN ERA DE PANDEMIA	202
202	PROYECTO FASTER: DESARROLLO DE TECNOLOGIAS DE INNOVACION Y RESCATE EN DESASTRES INTERNACIONALES	203
203	RECOMENDACIONES PARA EL USO DE HERRAMIENTAS DE TELECONSULTA EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD	204
205	PUBLICACIÓN DE UN BOLETÍN PARA LA REFLEXIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	205
206	SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LAS TELECONSULTAS TELEFÓNICAS REALIZADAS DURANTE LA PANDEMIA	207
207	CREACIÓN DE UNA CONSULTA EXTERNA PARA SEGUIMIENTO DEL SINDROME POST- CUIDADOS INTENSIVOS EN FAMILIARES (PICS-F)	208
208	DECÁLOGO DE HUMANIZACIÓN EN PEDIATRÍA. VALORACIÓN DE PROFESIONALES Y PERSONAL DEL ÁREA DEL GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	209
209	APLICACIÓN DE METODOLOGÍAS DE INTELIGENCIA DE NEGOCIO A UN CENTRO DE FORMACIÓN CONTINUADA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA	210
210	EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA BASADA EN LA ECONOMIA CIRCULAR EN EL SECTOR SANITARIO	212
211	SOSPECHA DE RAM GRAVES EN PACIENTES COVID-19 DETECTADAS POR UN PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA HOSPITALARIA	213
212	¿SE PUEDE OPTAR POR TRATAMIENTOS MÁS SENCILLOS, EFECTIVOS Y EFICIENTES Y QUE LOS PACIENTES ESTÉN SATISFECHOS?	214
213	TRANSFERENCIA BIDIRECCIONAL DEL PACIENTE: PUNTO CLAVE DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS.	216
214	REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INDICADORES PARA UNIDADES HOSPITALARIAS DE FISIOTERAPIA	217
215	PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES DES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.	218
217	PROYECTO DE SOPORTE A PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SITUACIÓN DE CONFINAMIENTO POR EL COVID-19	219
218	EXPERIENCIA PROFESIONAL E IMPACTO EMOCIONAL DEL PERSONAL SANITARIO EN CONTACTO CON LA COVID19	221
219	PLAN DE HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS DE UN HOSPITAL GENERAL BÁSICO	223
220	¿EN QUÉ MOMENTO INGRESAMOS A LAS GESTANTES? CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN AL PARTO DE BAJO RIESGO.	225
222	ANSIEDAD RELACIONADA CON EL PROCESO QUIRÚRGICO. HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS.	226

ID	TÍTULO	PÁGINA
223	ENVÍO DE CARTAS ANÓNIMAS PARA PACIENTES INGRESADOS POR COVID-19	227
224	ANALISIS DE TIEMPOS EN EXTRACCIONES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA TRAS REORGANIZACION POR LA EPIDEMIA DE COVID-19	229
225	LA HUMANIZACIÓN EN LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE MOLLET: ACOMPAÑAMIENTO Y DISMINUCIÓN DE LA TASA DE INFECCIONES.	230
227	BIG DATA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL VS COVID-19: LA NUEVA ERA SANITARIA	231
229	PROTOCOLO DE INGRESO DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.	232
232	SEARCH AND RESCUE (S&R)- BÚSQUEDA Y RESCATE: EFICIENCIA Y EFICACIA AL SERVICIO DE LAS VÍCTIMAS	233
233	IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN CLÍNICA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME POSTCUIDADOS INTENSIVOS (PICS).	234
234	EASE, UNA ESCALA PARA MEDIR LA CAPACIDAD DE RESILIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN TIEMPOS DE LA COVID-19	235
235	PLANES DE CUIDADOS PARA PERSONAS CON IC Y EPOC. ANÁLISIS DE SU USO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO TRANSVERSAL	236
236	IMPLEMENTACIÓN DIGITAL PARA MEJORAR LA ADHERENCIA Y EFICACIA DEL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON OBESIDAD.	237
237	CIRCUITOS EFICACES PARA HUMANIZAR LA ATENCIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES DURANTE EL COVID-19	238
239	PRÁCTICAS EFECTIVAS DE SEGURIDAD MEDIANTE LA NOTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ERRORES DE MEDIACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	240
240	CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE PREDICCIÓN BASADO EN LOS FACTORES DE RIESGO DEL ICTUS APLICANDO TÉCNICAS NOVEDOSAS.	241
242	METODOLOGÍAS DIDÁCTICAS PARA IMPLANTAR EVIDENCIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO.	242
243	¿ES POSIBLE PREDECIR EL ICTUS CON TÉCNICAS 'BIG DATA'?	243
244	EFECTIVIDAD DE UN PAQUETE DE MEDIDAS DE MEJORA EN LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	244
245	LA FRAGILIDAD EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA MORBIMORTALIDAD A CORTO Y MEDIO PLAZO.	245
247	VALORACIÓN DE DESNUTRICIÓN Y SARCOPENIA DE LOS SUPERVIVIENTES COVID19	246
248	ESTUDIO DEL GASTO FARMACÉUTICO EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS	247
249	TERAPIA ANTICOAGULANTE Y FIBRILACIÓN AURICULAR. CALIDAD DEL TRATAMIENTO EN EL ÁREA VIRGEN DEL ROCÍO. ESTUDIO TAYFA	248
251	INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES: CUERPO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE DURANTE UN PROCEDIMIENTO EN ADULTOS	249
252	APOYO A NUESTROS PROFESIONALES Y SUS FAMILIARES PROTAGANISTAS Y HEROES	251
253	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN PERIODOS DE PANDEMIA	252
254	NUEVAS TECNOLOGÍAS EN MEDICINA. INTEGRACIÓN DE UNA CONSULTA VIRTUAL COLABORATIVA (CVC) DE NEFROLOGÍA EN UN HOSPITAL.	254
258	APP AGENDA DEL EQUIPO DIRECTIVO EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACTUALIZACIÓN EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA COVID19	255
259	DESARROLLO DE LA APP SER + CONTRA COVID PARA PROFESIONALES ASOCIADOS A LA SITUACIÓN DE CRISIS OCASIONADA POR LA COVID-19	256
260	PAPEL DE LA ENFERMERÍA DE UN SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA COVID19	257
262	DETERMINACIÓN DE SARS-COV-2 EN EL AIRE DE LA UCI Y PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN CON PACIENTES COVID-19.	259
263	LA TELARAÑA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	260
264	APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA: EL PLAN PARA AFRONTAR UNA CRISIS SANITARIA	261
265	¿TENEMOS SARS-COV-2 EN LAS SUPERFICIES AMBIENTALES DE LA UCI?	262
266	DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA NORMATIVA PARA EL ACCESO REMOTO A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	263
267	GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	264
268	ANÁLISIS DEL PERFIL DEL CUIDADOR DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS	266
269	NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS PARA HACER FRENTE A LA PANDEMIA EN SUDAMÉRICA.	267
270	HOTEL SANITARIZADO COMO UNIDAD DE APOYO EXTRAHOSPITALARIA DURANTE LA EPIDEMIA COVID-19	268
271	ATENCIÓN EN DUELO A PACIENTES Y FAMILIARES DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS	269
273	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19	270
274	PROYECTO DE ANIMACIÓN A LA LECTURA: BOOKCROSSING Y BIBLIOTECA DE PACIENTES	271
276	ABORDAJE TELEMÁTICO DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA DISFAGIA EN TIEMPOS DE COVID.	272
277	OPTIMIZACIÓN DE CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN COVID-19 ¿ES LA NEUMONIA CRITERIO SUFICIENTE?	273

ID	TÍTULO	PÁGINA
279	¿CÓMO CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIOAMBIENTE Y DEL SISTEMA SANITARIO EN EL TRATAMIENTO DE LA EPOC?	274
280	EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DEL ESTUDIO EIRA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ARAGONESA	275
282	EVOLUCIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS: 10 AÑOS DE MEJORA CONTINUA	276
283	DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA MUERTE GESTACIONAL	277
284	LA ASISTENCIA HABITUAL EN LOS CENTROS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: DEFINIENDO PRIORIDADES	278
285	IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA FIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LAS BASES DE DATOS DE LOS HOSPITALES DE LA AGENCIA	279
286	TRANSPORTE SANITARIO Y COVID: RETOS Y SOLUCIONES	280
287	RECOMENDACIONES PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME CLÍNICO	282
288	ATENCION AL DOLOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO: ¿ESTÁN ALINEADOS LOS OBJETIVOS CON EL CONTEXTO?	283
289	RECOMENDACIONES PARA EL USO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS EN EL INFORME CLÍNICO	285
290	COVID-19: INFORMACIÓN A LA CIUDADANÍA	286
291	¿EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN FALLECIMIENTOS POR CÁNCER DE PULMÓN SEGÚN EDAD, SEXO Y TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO?	287
292	IMPLANTACIÓN DE ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR COMO MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL	288
293	ELABORACION DE DOCUMENTOS DE CONSENSO PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL	289
294	COORDINACIÓN ENFERMERA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO ANTE LA PANDEMIA:EFECTIVIDAD Y HUMANIZACION	290
295	CORRECCIÓN DE LA POSICIÓN DEL LÁSER EN EQUIPOS DE SIMULACIÓN RESPECTO EL CERO RADIOLÓGICO	292
296	RECURSOS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y DETECCIÓN DE BULOS Y 'FAKE NEWS' SOBRE LA COVID-19	293
298	LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CON LA MODALIDAD E-LEARNING	294
299	IMPLANTACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE TRIAJE MULTILINGÜE ADAPTADO AL SARS-COV2	295
300	DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN COMO BASE PARA LA REVISIÓN DEL PLAN DE IGUALDAD (DATOS CUANTITATIVOS)	296
301	LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA ASISTENCIA A DISTANCIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	297
303	CERTIFICACION DEL PROTOCOLO COVID19: UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA MEJORA	298
305	PLAN DE CONTENCION COVID-19 DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD	299
307	IMPACTO DE LA ASISTENCIA DE PACIENTES COVID-19 EN LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN MADRID	301
308	RESIDENCIAS INTEGRADAS EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS	302
309	PLAN DE CONTINGENCIA COVID-19: APRENDIENDO DE UNA EXPERIENCIA REAL	303
310	PROYECTO ACOMPAÑA: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	305
311	ACREDITACIÓN HOSPITALARIA DEL PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19	306
312	ANÁLISIS DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES ASOCIADAS AL COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	307
313	TRAZABILIDAD ENTRE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y LA Hª CLINICA: UN RETO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO	308
314	DETECCION PRECOZ DE NUEVOS CASOS COVID19 Y MEDIDAS DE CONTROL HOSPITALARIAS EN LA FASE DE TRANSICION DE LA PANDEMIA	310
315	OTROS RETOS DE LA COVID	311
316	MODELO DE INDICADOR PARA EL SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	313
317	ENTRENAMIENTO EN PERCEPCIÓN EMOCIONAL EN FUTUROS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.	314
318	MODELO ORGANIZATIVO MULTIDISCIPLINAR DE HOSPITALIZACIÓN COVID	316
319	GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE HEMODIÁLISIS	317
320	OPTIMIZACIÓN DE CONTROL DE FÁRMACOS EN UNIDADES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA	318
321	PROTOCOLO DE AUTOTOMA DE MUESTRAS PARA PROFESIONALES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2	319
322	PUNTOS CRÍTICOS EN LA TRAZABILIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA: EVALUANDO LA HISTORIA CLÍNICA	320
323	MODELO DE GESTIÓN POR COMPETENCIAS TÉCNICAS Y TRANSVERSALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	322
324	¿HA INFLUIDO LA PANDEMIA EN LA INCIDENCIA DE CAÍDAS Y DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS?	323

ID	TÍTULO	PÁGINA
325	"DIÁLOGO WEB" COMO UNA HERRAMIENTA DE ACCESABILIDAD EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO/PACIENTE EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	324
326	PLAN DE ACTUACIÓN EN RESPUESTA A LA PANDEMIA PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	325
327	IMPACTO DEL COVID-19 EN LA NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE RAM EN UN CENTRO AUTONÓMICO DE FARMACOVIGILANCIA	326
329	BIBLIOTECA VIRTUAL EN CIENCIAS DE LA SALUD Y COVID-19. RECURSOS FIABLES PARA LA TOMA DE DECISIONES	327
330	LOS TELECUIDADOS EN LA COVID-19: RELATO DE UNA TELEENFERMERA	328
331	CÓDIGO ICTUS EN LA PANEDMIA COVID19: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA	329
332	IDENTIFICACIÓN DE E-YOUNG CHRONICS MEDIANTE EL CUESTIONARIO BERNESGA	330
333	EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LAS Y LOS PROFESIONALES INFECTADAS/OS POR LA COVID-19 EN UN HOSPITAL DE ALTA TECNOLOGÍA	331
334	REORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO ANTE LA PANDEMIA COVID19	332
335	EL EQUIPO DE COORDINACION ENFERMERA EXTRAHOSPITALARIA ANTE LA PANDEMIA:EFECTIVIDAD Y HUMANIZACION	333
336	¿SE ESTÁN UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO COVID-19?	335
337	MONITORIZACIÓN DE LAS APARICIONES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO INDICADOR DE PERCEPCIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS	336
338	ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	337
340	EL MODELO EQFM 2020 COMO AYUDA EN LA GESTIÓN DE LA CRISIS POR SARS-COV-2	338
341	CALIDAD PERCIBIDA EN TIEMPOS DE COVID-19	339
342	IMPLANTACION DE UN PLAN DE FORMACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL SOBRE LA ENFERMEDAD COVID 19	340
343	BOLETÍN INFORMATIVO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CALIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO:MOTIVAR Y COMUNICAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA	342
344	PLAN DE CONTINGENCIA O CÓMO HACER FRENTE A LA IMPROVISACIÓN ANTE UN REBROTE DE LA COVID19	344
346	APAGANDO FUEGOS EN LA SALA DE EXTRACCIONES	345
347	NUEVOS ROLES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN EXTRAHOSPITALARIA ANTE LA PANDEMIA COVID-19: TOMA DE MUESTRAS PCR DOMICILIARIAS.	347
348	ADAPTACIÓN DE LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA A LA NUEVA REALIDAD ASISTENCIAL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	348
349	UNA CRISIS SANITARIA COMO OPORTUNIDAD PARA REFORZAR LA IMAGEN Y REPUTACION DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS	349
350	CARENCIAS Y OPORTUNIDADES EN LA ATENCION AL PACIENTE EN CONSULTA, DURANTE LA PANDEMIA	350
351	IMPACTO DE COVID-19 EN EL ÁREA DE GESTIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE INDICADORES DE ACTIVIDAD Y CALIDAD	351
354	COVID. ¿LA BOLA DE CRISTAL?: HERRAMIENTA PARA LA PREVISIÓN Y ANTICIPACIÓN DE UNA SEGUNDA OLA.	352
356	¿QUIÉN MUCHO ABARCA POCO APRIETA? NO SIEMPRE: ESTRATEGIA FORMATIVA INNOVADORA EN MEJORA DE LA ATENCIÓN AL DOLOR CRÓNICO	353
357	RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	354
359	RELACION HOSPITALARIA Y EXTRA HOSPITALARIA, CLASIFICACION DE PACIENTE INFECCIOSO. (COVID 19)	356
361	INNOVACIÓN EN PROTECCIÓN FRENTE AL COVID-19 EN UNIDAD DE CÁMARA DE RETINOGRAFIA NO MIDRIÁTICA (CRNM)	358
363	CONTINUIDAD ASISTENCIAL DURANTE LA PANDEMIA	359
364	IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS	361
365	ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL A RAÍZ DE UN ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	362
367	ÉQUIPO DE INVESTIGACIÓN Y SEGURIDAD AL PACIENTE(I-SEPRIM), COMO INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA	363
368	FISIOTERAPIA. RECOMENDACIONES DE EJERCICIO FÍSICO ADAPTADO AL CÁNCER DE MAMA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	364
369	APORTACIÓN DE LA FISIOTERAPIA AL DOLOR LUMBAR CRÓNICO E INESPECÍFICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	365
370	ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN ICTUS ISQUÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	366
373	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA MEDIANTE TELEASISTENCIA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	367
374	ADAPTACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD SANITARIA 20-22 AL PERIODO DE DESESCALADA: PLAN DE TRANSITORIEDAD	368
375	REVISIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIA DE LA UNE179003 DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS DE UNA MUTUA LABORAL	370
376	EVOLUCIÓN DE LA CASUÍSTICA Y CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLÍNICA DURANTE LA PANDEMIA EN UNA MUTUA LABORAL	371

ID	TÍTULO	PÁGINA
377	TRATAMIENTO COMBINADO DE FISIOTERAPIA CENTRO-DOMICILIO:PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PLATAFORMAS DIGITALES	373
378	ADAPTACIÓN DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE UNA MUTUA LABORAL A LA CRISIS DE LA COVID-19	374
380	ADAPTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SANITARIA EN LA CLÍNICA DE UNA MUTUA LABORAL TRAS EL PERIODO DE PANDEMIA	375
381	MENTORING EN MEDICINA EVALUADORA (FIM-FORMADOR INTERNO MÉDICO) Y SU TRANSFORMACIÓN EN ÉPOCA DE PANDEMIA	376
382	GESTIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA DURANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL TERCIARIO UNIVERSITARIO	377
383	APLICACIÓN DE ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA POR NORMA UNE 179003:2010	378
384	EXPERIENCIA VIVIDA EN LOS CENTROS DE MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19	379
385	CUIDADO SIN SUJECIONES EN LOS CENTROS DE MAYORES DURANTE EL SARS-COV-2	380
386	GESTIÓN DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA POR EQUIPOS MÉDICOS DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	381
387	INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y MULTIRRESISTENCIAS. NUEVE AÑOS DE EXPERIENCIA EN VIGILANCIA HOSPITALARIA	382
388	CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA MÉDICA DE PACIENTES CON COVID-19	383
389	RESPONDIENDO A LA PANDEMIA: USO INTENSIVO DE LA TELE-PSICOLOGÍA EN UNA MUTUA LABORAL	384
390	EVOLUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS, Y DE LA PREVALENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN UN HOSPITAL	385
391	ESTRÉS EN PROFESIONALES SANITARIOS AISLADOS TRAS LA DETECCIÓN DE PACIENTES POSITIVOS DE SARSâ€	386
392	MEJORAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA LECTURA DE LAS TIRAS REACTIVAS DE ORINA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA	387
393	HUMANIZACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA ¿ES POSIBLE?	388
394	GESTION DE UNA SALA DE EXTRACCIONES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL TRAS LA PANDEMIA DEL COVID 19	389
395	DESARROLLO DE UN GESTOR DE PETICIONES EXTERNAS EN UN LABORATORIO CLINICO ACTUALIZANDO EL CIRCUITO DE SOLICITUDES	390
396	IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS ENTRE LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	391
397	ACREDITACION POR ALCANCE FLEXIBLE DE UN LABORATORIO ANTERIORMENTE ACREDITADO CON ALCANCE FIJO PARA MAS DE 200 PRUEBAS	392
398	DISEÑO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL REINICIO DE LA CIRUGÍA UROLÓGICA PROGRAMADA EN PERIODO DE EPIDEMIA COVID-19	394
399	EVALUACIÓN DE CICLO DE MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS.	395
400	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS EN SALUD EN LA CIRUGÍA UROLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2.	396
401	GESTIÓN DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA POR ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	397
402	ADAPTANDONOS A LA EXPOSICIÓN AL RIESGO BIOLÓGICO POR COVID 19 EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS	398
403	GESTIÓN DE LA TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA SARS-COV-2 (COVID-19) EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.	399
404	CUIDANDO DEL CUIDADOR: DETECCION, ATENCION,SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA DE LOS PROFESIONALES DEL SEM EXPUESTOS A COVID	400
405	EXPERIENCIA Y HUMANIZACIÓN DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL SANITARIO DE ENFERMERIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	401
408	HERRAMIENTA DE CONSULTA DE INFORMACIÓN DE LA PANDEMIA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA:INFOEPIDEMIA.	402
410	INFORMATIZACIÓN DE LA TOMA DE MUESTRAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA:DEL DOMICILIO A SALUD PÚBLICA	403
411	SELECCIÓN MASIVA EN PERÍODO COVID	404
412	PROCESO MULTIDISCIPLINAR DE IMPLANTACIÓN DE LA HERRAMIENTA GO.DATA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA COVID-19	405
413	GESTIÓN DE VALORES CRÍTICOS EN UN LABORATORIO DE URGENCIAS	406
414	IDONEIDAD DE LA REHABILITACIÓN Y LA FISIOTERAPIA EN LA CONSULTA DEL SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS (PICS).	407
415	TRIPLE WHAMMY: INTERVENCIÓN FORMATIVA Y DEPRESCRIPCIÓN EN AP	408
416	MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA DE TRASPLANTE RENAL ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. UN SISTEMA DE CENTRALIZACIÓN	409
417	INTERVENCIÓN FORMATIVA Y DEPRESCRIPCIÓN EN OSTEOPOROSIS EN AP	410
421	PLAN DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN ATENCIÓN PRIMARIA - SECTOR CALATAYUD	411
422	EL PAPEL DE LEAN HEALTHCARE EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS EN LAS FASES DE RESPUESTA Y RECUPERACIÓN DEL COVID-19	412
423	IMPLEMENTACIÓN DE UN ALGORITMO DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADO DE TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO ÁCIDO BASE DESDE EL LABORATORIO	413

ID	TÍTULO	PÁGINA
424	ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE SOLICITUDES DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV19 EN EL LABORATORIO CLÍNICO	414
425	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL TIEMPO DE DEMORA EN EL ANÁLISIS DE LAS GASOMETRÍAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO	415
426	TRAQUEOTOMÍA SEGURA PARA LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA EN TIEMPOS COVID	416
427	ESTRATEGIA INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL: EXPERIENCIA EN LA CRISIS SANITARIA	417
428	LA DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE NO HOSPITALIZADO DURANTE LA PANDEMIA	419
429	ADHERENCIA A LOS INDICADORES DE CALIDAD EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS RESPIRATORIOS EN UNA UCI EN ÉPOCA COVID	420
430	PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN CIRUGÍA DE COLON EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	421
431	PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.	422
433	LA BIBLIOTECA HOSPITALARIA EN LA PANDEMIA: OBJETIVOS SMART PARA EVOLUCIONAR EN SINERGIA CON LAS NECESIDADES DEL USUARIO	423
436	GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. PERIODO MARZO-JUNIO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE MADRID	424
437	SEGUIMIENTO TELEFÒNICO DE POSIBLES CASOS Y CONTACTOS DE COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA	426
438	RETO EN LA COMUNICACIÓN DURANTE LA PANDEMIA .CÓMO LLEGAMOS AL CIUDADANO.	427
439	IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	428
440	LA MUERTE EN ANCIANOS EN TIEMPOS DEL COVID. DANDO CALIDAD EN LA DISTANCIA A UN DUELO NO ESPERADO.	429
441	IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID-19	430
442	REPERCUSION EMOCIONAL POR LA PANDEMIA COVID 19 EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS.	431
443	INICIATIVAS PARA LA ADECUACION CENTRO AMBULATORIO ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PANDEMIA COVID 19	433
444	EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS POR EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRADA: SUPERISLAS	434
445	IMPLEMENTACIÓN DE TELEMEDICINA EN CONTEXTO DE PANDEMIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN GASTROENTEROLOGÍA.	435
447	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR HEMATOLOGÍA-CUIDADOS PALIATIVOS PARA MIELOMA MÚLTIPLE AL DIAGNÓSTIC	437
450	PROCESO DE RECUPERACION DE LA ACTIVIDAD AMBULATARIA EN FASE DE DESESCALADA EN UN HOSPITAL ALTA TECNOLOGIA	439
453	MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN UN IMV A TRAVÉS DE UN CENTRO MÓVIL DE COORDINACIÓN O VEHÍCULO DE COMUNICACIONES	440
454	MIRANDO AL FUTURO: ESTRATEGIAS DESPUES DE LA PANDEMIA	442
455	IMPLEMENTACIÓN USO EVA EN UN SEM A TRAVÉS DE PRIORIZACIÓN PATOLOGÍAS CON DOLOR COMO FACTOR CRÍTICO	443
456	ADAPTACIÓN METODOLÓGICA DE UN ESTUDIO DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE AL PROCESO ASISTENCIAL INTERDISCIPLINAR CÁNCER DE MAMA	445
457	GESTION POR COMPETENCIAS: PERFIL DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS. DE UN SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS	446
458	MEJORA DEL PROCESO DE TRASLADO DE RIESGO BIOLÓGICO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA	447
459	PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD INFUSIÓN TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS E INMUNOSUPRESORES EN TIEMPOS DE COVID-19.	449
460	PROCEDIMIENTOS SEGURIDAD INFUSIÓN TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS PACIENTES CON TUMORES GESTACIONALES EMBARAZO COVID19.	450
461	PROCEDIMIENTOS DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA A PERSONAL SEGURIDAD DE CIUDAD BUENOS AIRES EN COVID 19. RESULTADOS 120 DIAS	451
462	CONSENSO ARGENTINO EN GESTIÓN EFECTIVA DE CALIDAD PARA CLÍNICAS DE ANTICOAGULACIÓN CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K	452
463	ORGANIZACIÓN EN PANDEMIA COVID19 DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANO: COORDINACIÓN, COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES	453
464	¿CÓMO TRATAMOS EL DOLOR A LOS PACIENTES ATENDIDOS POR RECURSO MÓVIL DE UN SISTEMA DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA?	454
465	AFECTACIÓN DEL COVID-19 EN LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES.	455
466	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19	456
467	INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS MODERADA-SEVERA.	457
468	UNA FOTOGRAFÍA PANORÁMICA DE LA UCI: "NARRACIONES LLENAS DE VIDA"	458
469	EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS EN TEMAS LGBT+ DE LOS PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS: PROYECTO IENE9	460
470	COMPROMISO DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS CON LA HIGIENE DE MANOS: INCLUSIÓN EN EL CONTRATO PROGRAMA	461
472	COMPRENDER LA ENFERMEDAD COVID 19 DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROPIOS PACIENTES. ESTUDIO CUALITATIVO FENOMENOLÓGICO	463

ID	TÍTULO	PÁGINA
473	APRECIACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	465
474	MEJORA DEL BIENESTAR EMOCIONAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	467
475	NADA COMO LO POCO SIENDO BASTANTE ... LA RACIONALIZACIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS	468
476	REINVENTARSE EN FISIOTERAPIA COMO CONSECUENCIA DE UNA PANDEMIA	469
477	PREVENCER: APP PARA CONOCIMIENTO MEJOR A LOS PACIENTES TRAS UN ICTUS Y PREVENCIÓN SECUNDARIA	470
478	EFECTOS DE LA PANDEMIA SOBRE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS	471
479	UNA CAMA PARA MORIR TRANQUILO Y CON MI FAMILIA	472
480	ROL DE LOS LÍDERES CLÍNICOS Y GESTORES DE CASOS EN EL ANÁLISIS DE PROCESOS Y LA MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD	473
482	RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO EN EL CUIDADO DEL PIE DIABÉTICO	474
483	HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD Y DIMENSIONAMIENTO DE RECURSOS PARA LA MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD.	475
485	CRIBADO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EN CONSULTAS DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL PARA DETECCIÓN DE PACIENTES DE RIESGO COVID-19	476
486	GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE PACIENTES Y PROFESIONALES ANTE LA COVID-19 EN UNA UNIDAD CON PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO	477
487	RESULTADOS DE LA INTERCONSULTA INTRAHOSPITALARIA PARA TRASTORNOS POR ABUSO DE ALCOHOL: DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO	479
488	ANTICOAGULACIÓN ORAL Y TELEMEDICINA ANTES Y DESPUÉS DEL COVID-19	480
489	DISEÑO Y DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE GESTIÓN DE LA CRISIS PARA LA EPIDEMIA DE COVID-19	481
490	IMPACTO EN EL BIENESTAR EMOCIONAL DE ENFERMERAS HOSPITALARIAS DURANTE EL ESCENARIO DE PANDEMIA POR SARS-COV-2	482
491	HISTORIA CLINICA ELECTRÓNICA COMO FUENTE DE DATOS REAL WORLD DATA: CALIDAD DEL DATO DE ABUSO DE ALCOHOL (COVID-19)	483
492	DESARROLLO DE UN SET DE ITEMS PRO Y PRE PARA TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS	484
498	ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO EN PANDEMIA COVID	485
500	ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN CONSULTA DURANTE LA PANDEMIA DE SARAS-COV-2 EN UN HOSPITAL TERCIARIO	486
503	LOS INTENSIVISTAS APORTAMOS CALIDAD FUERA DE NUESTRAS UCIS: SEDACIONES EN EL ÁREA DE DIGESTIVO	487
504	IDENTIFICAR RIESGOS PSICOSOCIALES EN PROFESIONALES HOSPITALARIOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA (SARS COV2)	488
505	#YOTEAPLAUDO: CAMPAÑA DE APOYO A LOS PROFESIONALES Y TRABAJADORES SANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2	490
508	ANALISIS DEL AUMENTO DE LA TASA DE CONTAMINACION DE HEMOCULTIVOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID19	491
509	GESTIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DEL ÁREA DE CALIDAD DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	492
510	"POR MÍ, NO TE VAS A CONTAGIAR" PROMOCIÓN DE LA SALUD POR PARES, DE JÓVENES PARA JÓVENES	493
511	PROCESOS, FLEXIBILIDAD Y COMPETENCIA: CLAVES DE LA RESPUESTA DE UN SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS FRENTE AL COVID19	494
512	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD COMO HERRAMIENTA EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	496
513	EXPERIENCIA DE UN CENTRO COORDINADOR MOVIL DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID 19 EN UN HOSPITAL DE CAMPAÑA.	497
514	FÁRMACOS HOSPITALARIOS A LA PUERTA DE CASA.	499
515	FRECUENTACIÓN DE LOS PACIENTES COVID-19 EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	500
516	GESTIÓN CENTRALIZADA DE LA DISPENSACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN UN SERVICIO EXTRAHOSPITALARIO.	501
517	SEGURIDAD SIN DUDA... PERO NO PERDAMOS LA HUMANIDAD	502
518	PROGRAMA DE TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO CON ECMO: UN PASO MÁS EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO	504
519	IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL COVID POSITIVO	505
520	ROSI, ASISTENTES ROBÓTICOS PARA RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES: PLAN DE CALIDAD	506
521	LISTADO DE COMPROBACIÓN PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS Y TOMA DE DECISIONES ANTE COVID 19	508
522	GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	509
523	SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN Y BIOMARCADORES GENÉTICOS PARA EL CONTROL DE LA TOXICIDAD HEMATOLÓGICA EN CÁNCER DE PULMÓN	510
524	IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ACTIVIDAD DE MÉDICOS DE FAMILIA EN UN ÁREA SANITARIA	511

ID	TÍTULO	PÁGINA
525	LA VIDEOCONFERENCIA EN LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN, AUDITORIA INTERNA Y AUDITORIA EXTERNA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	512
526	COMPLETITUD DE VARIABLES DE AJUSTE EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN LA EPIDEMIA DE COVID-19	513
527	IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ACTIVIDAD DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN ÁREA SANITARIA	514
529	ELABORACIÓN DE PREPARACIONES ESTÉRILES EN EL SERVICIO DE FARMACIA. ADAPTACION A LA NORMA UNE-EN-ISO 9001:2015	515
530	EVALUACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS TESTS RÁPIDOS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS COVID-19	516
532	PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN RESIDENCIAS GERIATRICAS DE UN ÁREA SANITARIA ANTE EL IMPACTO DEL COVID-19	517
533	LA SIMULACIÓN LAPAROSCÓPICA COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA PATOLOGÍA QUIRÚRGICA	518
534	LAS TECNOLOGÍAS ANTE LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO: USO DE TELECONFERENCIAS EN UN HOSPITAL DE CAMPAÑA	519
535	ENTORNO COVID-19: CAMBIOS ORGANIZACIONES Y DEL MODELO RETRIBUTIVO DE LOS PROFESIONALES	521
537	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE CAMPAÑA: ELABORACIÓN DE UN DOSIER PARA ATENCIÓN EN CUIDADOS.	523
539	¡SOY PACIENTE EXPERTO! IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUIA EN DIABETES PARA EL PACIENTE PARTICIPATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA	525
542	COMPARACIÓN ENTRE DOS BROTES EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DEL MISMO ÁREA SANITARIA	526
548	MATRIZ DE RIESGOS/OPORTUNIDADES COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA PANDEMIA COVID EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA	527
549	LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD DE UN HOSPITAL DE CAMPAÑA	528
551	ANÁLISIS DAFO EN UN HOSPITAL DE CAMPAÑA: CAMINO HACIA LA EXCELENCIA	530
552	NUEVAS FUNCIONES ENFERMERAS EN TIEMPOS DE COVID: AÑADIENDO VALOR AL PRETRIAJE	531
553	ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN A JOVENES Y TURISTAS SOBRE COVID 19 EN UN ÁREA SANITARIA	532
554	ESTRATEGIA DE FORMACIÓN EN SITUACIÓN DE CRISIS POR COVID-19	533
555	VISITA A LOS PACIENTES ADULTOS CON COVID 19 EN TERAPIA INTENSIVA.	535
556	GESTIÓN POR PROCESOS EN UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA	536
557	NO TODO ES CORONAVIRUS: LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA	537
558	ABORDAJE COMUNITARIO DE CENTROS SOCIOSANITARIOS RESIDENCIALES EN PANDEMIA COVID19	538
559	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN MEDIANTE TERMINALES TACTILES	539
560	CREANDO REDES DE INFORMACIÓN ADECUADAS PARA LOS USUARIOS EN ÉPOCA DE PANDEMIA	540
561	ESTRATEGIA DE CONTROL EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES COVID POSITIVOS	541
562	EN ÉPOCA DE PANDEMIA, CON MÁS TRABAJO Y MENOS PERSONAL ¿ESTAMOS REGISTRANDO BIEN?	542
563	SEGUIMIENTOS DE PACIENTES CON OBESISDAD MORBIDA A TRAVES DE LA TELEMEDICINA	544
565	ECOGRAFÍA VESICAL COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN EN LA RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PACIENTES POST-QUIRÚRGICOS.	545
579	GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN PERÍODO DE PANDEMIA	546
580	TRIPLE VISIÓN EN EL ABORDAJE DE LA PANDEMIA PARA LA CAPACITACIÓN DEL PROFESIONAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO MONOGRÁFICO	547
581	IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ACTIVIDAD DE ATENCIÓN CONTINUADA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN ÁREA SANITARIA	549
588	RESIDUOS PATÓGENICOS EN SALA DE EMERGENCIA. LO QUE SOY A TRAVÉS DE LO QUE GENERÓ.	550
589	COMUNIDAD 2.0 ABIERTA PARA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMUNITARIA EN RRSS POR PACIENTES Y PROFESIONALES EN LA COVID19	551
592	LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DESDE UN EQUIPO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS	552
594	DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA QUE PERMITE EVALUAR EL BUEN MANEJO DE LOS PACIENTES CON DOLOR ONCOLÓGICO	553

COMUNICACIONES

ID: **261**

DESARROLLO DE LA PLATAFORMA WEB "SEGUNDAS VÍCTIMAS COVID19" PARA LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA

AUTORES: LÓPEZ-PINEDA, ADRIANA[1]; VICENTE RIPOLL, MA[2]; FERNÁNDEZ PERIS, C[3]; SILVESTRE BUSTOS, C[4]; LAHERA MARTÍN, M[5]

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ[123], OSASUNBIDEA, SERVICIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD[45]

TIPO: MESA MEJORES COMUNICACIONES
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) está generando una elevada presión asistencial y obliga a tomar decisiones críticas en un ambiente de alarma social extrema y con múltiples condiciones adversas que provocan sobrecarga emocional, reacciones de estrés agudo y otras patologías afectivas o reacciones psicosomáticas en el personal sanitario. Sin profesionales que se sientan respaldados y con fuerza moral la asistencia está todavía más comprometida. Ha sido imprescindible actuar para contrarrestar el devastador efecto entre los profesionales sanitarios y de quienes estaban apoyando esta labor.

OBJETIVOS Desarrollar una plataforma web que recopilara recursos de apoyo psicológico necesarios para mitigar el estrés agudo asociado a la atención en condiciones adversas de pacientes con COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Para diseñar los contenidos y recursos de la web, en primer lugar, se realizó una revisión de la literatura de las respuestas en pandemias anteriores, el impacto psicológico del brote de COVID-19 en los trabajadores sanitarios en China y las medidas de atención a la salud mental desplegadas. Se llevó a cabo, mediante conferencia de consenso on-line un análisis de las fuentes de estrés más relevantes. Han participado médicos de diferentes especialidades, enfermeros, psicólogos clínicos y personas responsables de la calidad y la seguridad del paciente, la mayoría con experiencia en programas de segundas víctimas. A través del intercambio de experiencias previas y resultados de intervenciones existentes, primero se identificaron los grupos de trabajadores sanitarios más vulnerables a la sobrecarga profesional durante el brote de COVID-19, en segundo lugar, se clasificaron las situaciones problemáticas más comunes para los trabajadores sanitarios y, en tercer lugar, se propusieron posibles acciones para abordar el estrés agudo. También se diseñaron una serie de recursos de apoyo específicamente para las necesidades detectadas.

RESULTADOS En total se diseñaron 19 recursos para afrontar el estrés agudo, 18 infografías y 4 videos. Se utilizó la herramienta Google Blogger para construir el sitio web, por simplicidad y eficiencia en el posicionamiento SEO. El sitio web se publicó en tres idiomas diferentes (español, inglés y portugués de Brasil) para llegar a países con características culturales comunes. Se participó además en varios webinars organizados por WHO e ISQua para la difusión de la web.
En la versión en español, desde el 25 de Marzo hasta el 31 de mayo de 2020, visitaron la web 7500 usuarios diferentes que realizaron un total de 70.000 sesiones de acceso a sus contenidos.

CONCLUSIONES La plataforma web ha tenido una buena acogida en número de visitas realizadas. Los problemas identificados permiten ahora entre período interpandémico prepararse para afrontar un posible nuevo brote aprendiendo de la experiencia.

SALIENDO DE LA ZONA DE CONFORT EN TIEMPOS DE PANDEMIA

ID: **362**

AUTORES: RUBIO CIRILO, LAURA[1]; HERNANDEZ SANCHEZ, E[2]; FRAILE VILARASA, MJ[3]; CABREJOS SALINAS, IR[4]; ARCOS CAMPILLO, J[5]; FERNANDEZ BLANCO, N[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

TIPO: MESA MEJORES COMUNICACIONES
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En esta pandemia, todos los profesionales sanitarios han aportado su experiencia y conocimiento en la atención de pacientes, realizando en ocasiones actividades que nada tienen que ver con lo habitual propio de sus especialidades. Contamos dos proyectos protagonizados por profesionales del Hospital Universitario General de Villalba (HUGV)

OBJETIVOS Uno de los principios del hospital durante la epidemia fue "ningún paciente sin la atención adecuada". Se necesitaba que el número de camas disponibles se ajustara a las proyecciones calculadas. Por otro lado, era imprescindible aprovechar el potencial de aquellos profesionales que no podían desarrollar su actividad asistencial en su especialidad habitual

MATERIAL Y MÉTODOS Uno de los proyectos fue el "Seguimiento telefónico a pacientes Covid tras el alta hospitalaria" realizado por el servicio de Oftalmología en coordinación con Neumología. Se pretendía garantizar la adecuada información para aislamiento en domicilio tras el alta y facilitar altas precoces con adecuado seguimiento clínico a distancia para detectar agravamientos clínicos y facilitar el reingreso coordinado. Se instaló un call center con llamada a las 24h de alta y cada 48h hasta el día 11 a todos los pacientes. Entrevista telefónica estructurada con formulario en la historia clínica con 5 indicadores. En caso de empeoramiento en 1 de 5, valoración por neumología que realizaba entrevista telefónica para decidir actitud clínica. El segundo proyecto fue la "Atención a pacientes en un hotel medicalizado" por los facultativos del servicio de Urología y de Cirugía General coordinados por el servicio de Urgencias. En este caso el objetivo era facilitar altas precoces pero con adecuado seguimiento clínico presencial. Se evaluaba telefónicamente con un formulario estructurado a todos los pacientes a diario y se visitaba de forma presencial y se exploraba a aquellos que así lo requerían en función de la valoración clínica telefónica

RESULTADOS Desde el 20 de marzo al 04 de abril se realizaron 537 seguimientos telefónicos (mas de 4500 llamadas). El 22% de los pacientes (118) requirieron una valoración no presencial por parte de neumología y se recomendó el reingreso de 25 pacientes. En estas mismas fechas en el hotel medicalizado se atendieron a más de 300 pacientes provenientes de 13 hospitales de la comunidad de Madrid. El 50% de la plantilla del hotel provenía del HUGV así como su coorfinación. El 50% de la plantilla del servicio de urología prestaba atención sanitaria en el hotel cada día junto con el 35% de la plantilla del servicio de Cirugía General. El resto de la plantilla de ambos servicios mantuvo su actividad. Esto nos permitió tener un 100% de pacientes atendidos en su ubicación adecuada, recibir más de 70 traslados de otros hospitales y no realizar ningún traslado a otros centros habiendo atendido a más de 950 ingresos

CONCLUSIONES La optimización de los recursos nos permitió cumplir nuestro objetivo de contar siempre con una cama para un ingreso.

ID: **372**

¿CUÁL ES EL IMPACTO ECONÓMICO DE LA FALTA DE ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ESPAÑA?

AUTORES: SOLÉ, ALEXANDRA[1]; GONZÁLEZ-ROJAS, N[2]; AGUILAR, H[3]; COSTA-SAMARRA, J[4]; NIEVES, D[5]; MIRAVITLLES, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: BOEHRINGER INGELHEIM[123], OBLIKUE CONSULTING[45], DEPTO NEUMOLOGÍA, HOSPITAL VALL D'HEBRON[6]

TIPO: MESA MEJORES COMUNICACIONES
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las guías actuales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) confirman el papel central de los broncodilatadores de larga duración (BDLD) en el manejo de la EPOC estable, mientras que los tratamientos con corticosteroides inhalados (CI) se recomiendan sólo para un pequeño subgrupo de pacientes claramente identificables. Sin embargo, las terapias basadas en CI se prescriben comúnmente en pacientes con EPOC sin una necesidad médica clara en España. El cambio apropiado de pacientes tratados con CI a terapias broncodilatadoras dobles no incrementa el riesgo de exacerbación, pudiendo reducirlo junto con una disminución de los eventos adversos relacionados con los CI como la neumonía. Además de las consecuencias clínicas, no tratar la EPOC en línea con las guías conlleva consecuencias económicas.

OBJETIVOS En este estudio se evaluó la falta de adherencia a las guías de tratamiento de la EPOC en España y se modelizó el impacto en el gasto farmacéutico como resultado del cambio de tratamiento según las recomendaciones internacionales y nacionales.

MATERIAL Y MÉTODOS Se desarrolló un modelo económico para comparar los patrones de prescripción actuales con dos escenarios alternativos: el primero alineado con las recomendaciones de "Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD 2020)", y el segundo con la "Guía española de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GesEPOC 2017)". Los costes farmacológicos anuales, en precios de venta al público incluyendo IVA y las deducciones, se obtuvieron de bases de datos nacionales y se ponderaron por su uso, considerando la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) español. En el caso base, el tratamiento actual se basó en los patrones de departamentos de neumología de la literatura española y se asumió que todos los pacientes tratados con terapias dobles o triples utilizaban inhaladores de combinaciones de dosis fija. Los análisis de sensibilidad (AS) incluyeron patrones alternativos de tratamiento actual (en atención primaria y neumología) o el supuesto de cambiar sólo las terapias basadas en CI, entre otros.

RESULTADOS En el caso base, el modelo estimó que actualmente el 37% y el 33% de los pacientes incumplían las recomendaciones GOLD y GesEPOC, respectivamente. Asimismo, el 56% y el 51% de las terapias con CI podrían reducirse, respectivamente. La adaptación del tratamiento a las recomendaciones, redujo el gasto farmacéutico en un 5,8% (GOLD) y en un 2,1% (GesEPOC), generando un ahorro anual de 14.822.127€ y 5.376.600€, respectivamente. En el AS, considerando sólo la retirada de los CI, los ahorros fueron mayo18.485.151€ con GOLD y 9.052.276€ con GesEPOC.

CONCLUSIONES Se estima que en España más de un tercio de los pacientes con EPOC en terapias de mantenimiento con inhaladores no son tratados de acuerdo con las guías. La adherencia a las recomendaciones de tratamiento de la EPOC y la reducción del uso de terapias basadas en CI podría proporcionar importantes ahorros para el SNS español.

ID: 379

PLAN DE INTERVENCIÓN EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DE UN ÁREA DE SALUD PARA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE BROTE COVID INTRACENTRO

AUTORES: MARTÍNEZ ARÁN, TEODORO JOSÉ[1]; RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, MJ[2]; BARBA PÉREZ, M[3]; CAPARRÓS ÁLVAREZ, A[4]; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, J[5]; LÓPEZ GARCÍA, JA[6]

CENTROS DE TRABAJO: ÁREA IV SALUD - SERVICIO MURCIANO SALUD

TIPO: MESA MEJORES COMUNICACIONES
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los Centros sociosanitarios (CSS) son una diana estratégica de las áreas de salud para reducir la morbilidad y la mortalidad en futuras ondas pandémicas COVID. Sus usuarios son especialmente vulnerables, por la alta prevalencia de factores de riesgo y sus niveles elevados de dependencia y fragilidad.

OBJETIVOS
• General
Diseñar e implantar un modelo de coordinación permanente entre el sistema sanitario y los CSS
• Específicos COVID
Implantar una estructura de prevención, vigilancia y control para COVID en CSS
Evaluar y reducir el nivel de riesgo de brote de los CSS de nuestro ámbito de influencia
Monitorizar la resiliencia de los CSS a distintos escenarios de presión de casos COVID, y diseñar planes de contingencia específicos para cada uno de estos escenarios

MATERIAL Y MÉTODOS

- Liderazgo: Coordinación entre las consejerías de Salud y de Servicios Sociales, grupo de intervención en CSS del Servicio Murciano de Salud (SMS) y la Dirección General de Salud Pública. Gestión operativa por la Unidad Calidad.
- Estrategia: Plan de área para CSS. Metodología mixta de gestión de proyectos (predictiva y adaptativa), énfasis en la gestión de riesgos. Ciclos de mejora ultrarrápidos (1 semana).
- Recursos específicos: Enfermera de Área de enlace con CSS, coordinada los EAP; teléfono rojo a nivel regional para alerta temprana y gestión de brotes

Intervenciones:

- Inicio: Marzo 2020
- Ámbito: 7 Centros residenciales (330 usuarios aprx.), 8 Centros de día (300-500 aprx.)
- I-1: Rondas seguridad en CSS (3/centro): Asesoría y formación a directivos y profesionales, Auditoría (clínica y salubrista), Plan mejora
- I-2: Evaluación y mejora de planes de contingencia de CSS: Rediseño de procesos clave y de soporte (Lencería, limpieza, cocina, residuos, suministros, recursos humanos)
- I-3: Rediseño de asistencia clínica a residentes (telemedicina, asistencia in situ, mínimos desplazamientos, transporte sanitario)
- I-4: Vigilancia y alerta temprana ante brotes: Gestión centralizada de diagnóstico en sospechas de COVID en pacientes y trabajadores. Equipo regional de intervención rápida.

RESULTADOS

- Estructura de coordinación para CSS (institucional, área, EAP, CSS)
- Planes de contingencia y procesos optimizados

Brotes:

- 1 brote en un CD: 1 paciente contagiado por brote con origen fuera del centro, sin casos

secundarios intracentro.
- 1 usuario COVID+, detectado antes del ingreso, sin brote secundario intracentro.
- Alta satisfacción de los CSS y las instituciones participantes.

CONCLUSIONES

La intervención en CSS disminuye el nivel objetivo de riesgo de brote intracentro y, secundariamente, la letalidad del virus en la población susceptible, eficientemente y con alto impacto en la resiliencia de los centros frente a la pandemia.
La enfermera de enlace de CSS es un elemento clave para la monitorización de riesgos, alerta temprana y gestión rápida de brotes.
La metodología mixta de gestión de proyectos permite avanzar en las líneas estratégicas incluso en periodos de alta incertidumbre, como la actual pandemia

ID: 345

CALIDAD PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DURANTE LA PANDEMIA POR SARS COV-2 (MARZO-ABRIL 2020)

AUTORES: MÁS CASTILLO, ADELIA[1]; PARRA HIDALGO, P[2]; CALLE URRA, JE[3]; NIETO MARTÍNEZ, P[4]; LÓPEZ ROJO, C[5]; ARELLANO MORATA, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, EVALUACIÓN Y SEGURIDAD. SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

TIPO: VIDEO
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Con motivo de la pandemia de COVID-19, el Servicio Murciano de Salud (SMS) ha realizado una encuesta para recoger la opinión de los profesionales sobre la asistencia realizada durante el periodo más crítico de la misma.

OBJETIVOS Conocer el grado de satisfacción de los profesionales a través de una medición directa de su percepción sobre los factores que la condicionan y determinan.

MATERIAL Y MÉTODOS Población y periodo de estudio: Profesionales que prestaron servicio en centros asistenciales del SMS del 15 de marzo al 15 de abril de 2020.
Ámbito: Centros de Salud, Hospitales, SUAP y UME de las Áreas de Salud del SMS.
Muestra: 900 profesionales.
Muestreo: aleatorio simple y no proporcional al número de profesionales por centro y categoría profesional.
Instrumento y recogida de datos: Cuestionario EMCA Profesionales modificado y adaptado en 2020, cumplimentado por CATI.

RESULTADOS No colaboran en la realización de la entrevista el 11,8% de los profesionales seleccionados que son sustituidos mediante el procedimiento establecido.
La satisfacción global obtiene un 7,1 y el 47,2% la puntúan con 8 o más.
La información para atender a los pacientes la han obtenido: de su centro, servicio o unidad (70,9%), SMS (25,8%), medios de comunicación y redes sociales (24,8%), compañeros de trabajo (21,7%) y webs científicas (19,3%).
El 36,1% de los profesionales que realizaron formación la valora con 8 o más.
El 97,9% manifiesta realizar correctamente el lavado de manos y el 75,4% dice saber utilizar con seguridad los EPI.
El 26,2% de los profesionales valora con 8 o más la sensación de seguridad que han tenido mientras realizaban su trabajo, con un 82,5% de los entrevistados que echaron de menos algún material de protección. El 72,8% puntúa con 8 o más su nivel de preocupación ante la pandemia y un 53,1% manifiestan haber tenido, siempre o casi siempre miedo por él y el 68,6% por la salud de su familia como consecuencia de su trabajo.
Las circunstancias por la que más profesionales han pasado son: tristeza y abatimiento (64,8%), insomnio (62,2%) e impotencia ante la enfermedad (61,9%).
La valoración de la gestión realizada ha sido de 7,4 para el superior directo, 6 para la Gerencia de Área y 5,9 para la gestión realizada por el SMS.
"Si fueran el Gerente del SMS" mejorarían: la falta de recursos materiales y humanos, la organización de protocolos, recursos humanos y circuitos, facilitar información clara y transparente a los profesionales y la comunicación y participación de los mismos.

CONCLUSIONES Alta participación de los profesionales invitados a realizar la encuesta, que expresan su miedo y pre-

ocupación ante un nuevo agente patógeno, mientras solicitan más recursos humanos y materiales, mejor organización, información y comunicación.

ID: 352

RECOMENDACIONES ORGANIZATIVAS DE LOS CENTROS DE SALUD PARA GESTIONAR LA ETAPA DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: CONEJOS MIQUEL, MARIA DOLORES[1]; ALCÁZAR GONZÁLEZ, ML[2]; MAGÁN TAPIA, P[3]; MARTÍNEZ PATIÑO, MD[4]; BAYÓN CABEZA, M[5]; BARBERÁ MARTÍN, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

TIPO: VIDEO
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La situación provocada por la pandemia COVID-19 ha obligado a que los centros de salud (CS) modifiquen su organización, haciendo las adaptaciones necesarias para dar respuesta a las necesidades asistenciales de la población en este escenario

OBJETIVOS Elaborar un documento con recomendaciones organizativas para los CS y orientar su implantación para garantizar la seguridad de la población atendida y la de los profesionales

MATERIAL Y MÉTODOS Durante el mes de abril de 2020 la Gerencia de Asistencial de Atención Primaria (GAAP) decide elaborar un documento con recomendaciones para gestionar la etapa de transición de la pandemia en el que se incluya un área sobre la organización en los centros de salud (CS). Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales de diferentes estamentos y estructuras de la GAAP y de las Sociedades Científicas de Atención Primaria. Se diseña un cuestionario por técnicos del Área de calidad de la GAAP, con preguntas abiertas y cerradas dirigidas a recoger información sobre los aspectos organizativos de los CS relacionados con la pandemia: circuito COVID, No COVID, etc; teniendo en cuenta las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, de otras CCAA y de las sociedades científicas de Atención Primaria
El cuestionario es enviado por correo electrónico a los miembros del grupo para que lo cumplimenten y realicen sus aportaciones. Con sus respuestas se elaboran las recomendaciones finales buscando el máximo consenso

RESULTADOS Respondieron al cuestionario los 35 profesionales participantes. Se redacta el documento "Área organizativa de los Centros de Salud" que está estructurado en 3 bloques y contiene un total de 91 recomendaciones: 1. Organización general y accesibilidad con 60 recomendaciones para organizar el acceso y la atención a los CS (circuitos COVID – no COVID); obtención de citas; organización de salas comunes, salas de espera y flujos de pacientes; estructura general de las agendas de centro y nominales.2.Aspectos generales de la asistencia a población adulta: contiene 15 recomendaciones.3. Aspectos generales de la asistencia a población infantil: contiene 16 recomendaciones. El documento ha sido difundido a todos los profesionales de los CS mediante correo electrónico y está disponible en la Intranet. Cada CS ha podido adaptar las recomendaciones a sus características estructurales y recursos humanos.

CONCLUSIONES Las recomendaciones consensuadas sobre los aspectos organizativos de los CS deben garantizar una atención adecuada y segura a pacientes COVID y No COVID, así como proteger del contagio a los profesionales.

ID: 353

PROTOCOLIZANDO LA ASISTENCIA CLÍNICA EN LA INCERTIDUMBRE DE UNA PANDEMIA

AUTORES: ALCÁZAR GONZÁLEZ, MARIA LUISA[1]; BARTOLOMÉ BENITO, E[2]; CONEJOS MIQUEL, MD[3]; DOMÍNGUEZ PÉREZ, N[4]; MAGÁN TAPIA, P[5]; IZQUIERDO PALOMARES, JM[6]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

TIPO: VIDEO
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La reciente aparición de la pandemia COVID-19 ha provocado una elevada incertidumbre en la toma de decisiones clínicas en los centros de salud (CS) por la variable sintomatología que provoca la infección por SARS-CoV-2, la alta tasa de contagio, la falta de tratamiento específico y la escasa evidencia científica disponible sobre la COVID-19. La pertinencia del problema y su trascendencia hace necesario elaborar protocolos como herramientas de ayuda en la toma de decisiones para los profesionales en los centros de salud (CS)

OBJETIVOS Normalizar las actuaciones en la asistencia a pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19 en los centros de salud de Atención Primaria mediante la elaboración de protocolos

MATERIAL Y MÉTODOS Desde marzo de 2020 un grupo multidisciplinar de profesionales: médicos de familia, enfermeras, farmacéuticos y miembros de la unidad de investigación, coordinados por técnicos del área de Calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria ha trabajado en la elaboración de diferentes protocolos. Se han caracterizado por su simplicidad (flujos y guías breves), y su ajuste a la escasa evidencia científica disponible recogida en la literatura y en los documentos difundidos por el Ministerio de Sanidad, por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y de otras Comunidades Autónomas. En base a la revisión científica y mediante el consenso de todos los integrantes del grupo de trabajo se han elaborado los protocolos de actuación ante la COVID-19, siempre teniendo en consideración las características de la asistencia en Atención Primaria y la coordinación con otros niveles asistenciales y sociosanitarios

RESULTADOS Se han elaborado 5 protocolos que están en continua revisión (versiones) en función de las evidencias publicadas en la literatura, de los documentos que se emitan por parte de las autoridades sanitarias y de las necesidades identificadas en los profesionales y en la población. Los protocolos y el número de versiones de cada uno de ellos son: 'Valoración inicial en el centro de salud' (2 versiones), 'Valoración telefónica inicial" (5 versiones), 'Seguimiento telefónico con guía de actuación' (4 versiones), 'Seguimiento al alta de urgencias y hospitalización" (3 versiones), 'Cuarentena y aislamiento' (5 versiones). Cada versión de los protocolos ha sido difundida a todos los profesionales de los centros de salud a través del correo electrónico e intranet en un espacio creado específicamente para la difusión de los protocolos relacionados con la pandemia

CONCLUSIONES Para que los protocolos sean útiles y sirvan de ayuda en la toma de decisiones, es necesario que sean claros y concisos; que el proceso de elaboración sea multidisciplinar y que aporte la evidencia disponible y el consenso entre los agentes implicados. La revisión continua planificada es imprescindible para garantizar su utilidad y pertinencia

ID: 358

LA SEGURIDAD AL LÍMITE. MAR EN SAR: MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN SITUACIONES DE ALTO RIESGO

AUTORES: TESO CHAMORRO, LAURA[1]; SIERRA SANTOS, L[2]; GARZÓN GONZÁLEZ, G[3]; PARRA RAMÍREZ, LM[4]

CENTROS DE TRABAJO: CS MANZANARES EL REAL. GERENCIA AS. ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

TIPO: VIDEO
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En la atención clínica en un centro de salud existen situaciones en las que la probabilidad de que se dé un fallo es más alta: ej.: atención a un paciente no conocido previamente. Las llamaremos Situaciones de Alto Riesgo (SAR).
La prescripción es un proceso de riesgo, pero existen medicamentos en los que, en caso de error, la probabilidad de daño es más alta: ej.: insulina. Son los Medicamentos de Alto Riesgo.
Cuando se juntan ambas circunstancias, es decir la prescripción de un Medicamento de Alto Riesgo (MAR) en una Situación de Alto Riesgo, hay más probabilidad de error y más probabilidad de daño.

OBJETIVOS Reducir los errores de medicación con Medicamentos de Alto Riesgo cuando se prescriben en Situaciones de Alto Riesgo en un Centro de Salud

MATERIAL Y MÉTODOS En primer lugar, los profesionales del centro de salud seleccionaron las Situaciones de Alto Riesgo en las que iban a actuar. Para ello utilizaron los factores contribuyentes de la National Patient Safety Agency (NPSA) y eligieron por consenso los más adecuados a su situación: Caída de la Historia Clínica Electrónica, Repartos de consulta no previstos, Profesional nuevo en el centro, Paciente ajeno, Atención fuera de cita.
En segundo lugar seleccionaron un método de señalamiento de Situaciones de Alto Riesgo de un listado obtenido de lo publicado sobre el tema y de una pequeña tormenta de ideas. Se eligió pegar un pósit rosa en la pantalla del ordenador. La persona que detectaba que se estaba en Situación de Alto Riesgo avisaba al resto para poner el pósit.
En tercer lugar decidieron las acciones a realizar cuando se está en SAR. Pariendo de las prácticas seguras del proyecto MARC (Ministerio de Sanidad CyBS) y de otras generales publicadas seleccionaron: Prohibir las interrupciones presenciales y telefónicas, No realizar atención sin historia clínica y Realizar doble autochequeo si se inicia o se modifica en tratamiento con un Medicamento de Alto Riesgo. Seleccionaron los medicamentos de entre los del proyecto MARC: Insulinas, Anticoagulantes, Antiepilépticos de margen estrecho (carbamazepina, fenitoina y valproato), Inmunosupresores (incluido metotrexato)

RESULTADOS De implantación: Excepto la evitación de las interrupciones se implantaron todas las acciones. Algunas acciones se han implantado incluso los días sin SAR: no se atiende sin historia y se realiza doble autochequeo de los MAR. Algunas acciones no previstas se han implantado los días con SAR: reducción de la intensidad de la consulta demorando actividad prescindible, doble autochequeo a toda la medicación, no solo MAR.
De percepción: Ha mejorado la conciencia individual del riesgo (prudencia) y del valor del señalamiento. Se reduce el estrés los días complicados.
De impacto: se detectaron y evitaron 1-2 errores de medicación con Medicamentos de Alto Riesgo por profesional en 3 meses

CONCLUSIONES El señalamiento y el doble autochequeo redujeron los errores de medicación con Medicamentos de Alto Riesgo cuando se prescribieron en Situaciones de Alto Riesgo.

ID: 360

CIRUGÍA URGENTE DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL TERCIARIO UNIVERSITARIO

AUTORES: VILLÁN VILLÁN, YURI FABIOLA[1]; CEBRIÁN CARRETERO, JL[2]; UÑA OREJÓN, R[3]; RUBIO SUÁREZ, JC[4]; RUBIO PÉREZ, I[5]; HERNÁNDEZ GANCEDO, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO: VIDEO
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El área quirúrgica redujo de forma importante su actividad durante el período de pandemia, debido a razones de seguridad del paciente, por aumento del riesgo quirúrgico en caso de infección por SARS-CoV-2 y razones de redistribución de recursos. Es importante conocer el tipo de cirugías realizadas durante este período para identificar posibles acciones de mejora en caso de un nuevo rebrote.

OBJETIVOS Describir la serie de pacientes intervenidos de urgencia durante la pandemia por SARS-CoV-2 en un Hospital terciario universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS Se incluyen todos los pacientes intervenidos de forma urgente en el período del 16 de marzo hasta el 4 de mayo. Se realizaron pruebas de PCR rápidas para SARS-CoV-2 previa a la intervención a todos los pacientes independientemente de su sintomatología. Los pacientes con PCR positiva siguieron un circuito diferente de los negativos. En aquellos pacientes con emergencias quirúrgicas que no pudieron ser testados antes de la intervención, se emplearon los quirófanos específicos para COVID-19, tras haber cumplido las recomendaciones de limpieza y desinfección indicadas desde Medicina Preventiva. Se tomaron muestras para el estudio de PCR durante la intervención quirúrgica y se obró en consecuencia durante el postoperatorio.

RESULTADOS Se intervinieron quirúrgicamente 64 pacientes afectados por COVID-19, repartidos en las siguientes especialidades: Traumatología (TRAU) 22 pacientes (34,4%), Traqueotomías de Otorrinolaringología (ORL) y Cirugía Maxilofacial (CMF) 20 pacientes (31,2%), Cirugía Vascular (ACV) 6 pacientes (9,4%), Cirugía General (CG) 6 pacientes (9,4%), Urología 3 pacientes (4,7%), Cirugía Plástica 3 pacientes (4,7%), y otras especialidades 4 pacientes (6,3%) (ORL N = 2 , Neurocirugía N = 1 y Ginecología N = 1. Mortalidad: 50% para pacientes intervenidos de Traqueotomía, 33% de los pacientes intervenidos por ACV y CG, 9% de los pacientes TRAU. Todos los fallecimientos estuvieron relacionados con complicaciones pulmonares en el contexto de neumonía por SARS-CoV-2.
Respecto a los pacientes No COVID-19, se intervinieron 95 pacientes en su mayoría de las especialidades CG (23%), Traqueotomías ORL y CMF (15,6%), TRAU (10,5%). Mortalidad: 4 pacientes (4,2%). Dos pacientes de cirugía general (1 paciente con PCR positiva en el posoperatorio que desarrolló neumonía COVID-19) y dos pacientes con traqueotomía.
Las fracturas registradas intervenidas en los pacientes COVID-19 fueron debidas a caídas en pacientes que no podían estar acompañados por las condiciones de aislamiento.

CONCLUSIONES El tipo de intervención quirúrgica más frecuente fue la traumatológica en pacientes con caídas durante su ingreso. La elevada mortalidad observada en los pacientes SARS-CoV-2 estuvo relacionada con complicaciones por esta infección. Es importante realizar un correcto cribado de los pacientes para determinar el circuito en cada uno de ellos y realizar un seguimiento estricto del estado de la PCR en el posoperatorio.

ID: 366

REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD AMBULATORIA DEL SERVICIO ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN EN LA FASE DE TRANSICIÓN DE LA COVID-19

AUTORES: GONZALEZ-PEREZ DE VILLAR, NOEMI[1]; MARTIN-ROJAS MARCOS, P[2]; PARRA-RAMIREZ, P[3]; MARTINEZ-DE MIGUEL, B[4]; HERRANZ-DE LA MORENA, L[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO: VIDEO
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La primera oleada de la COVID-19 no permitió establecer circuitos seguros para el desarrollo presencial habitual de los pacientes en consultas. Mantener la atención de calidad en el servicio de Endocrinología y Nutrición de un hospital terciario con patología crónica, compleja y casi en su totalidad ambulatoria, supuso un desafío en el diseño de la actividad no presencial. La Dirección nos propuso como servicio piloto para el reinicio de esta atención ambulatoria.

OBJETIVOS Planificar y establecer las medidas para la reanudación de la actividad ambulatoria del Servicio de Endocrinología y Nutrición de un hospital terciario durante la fase de transición de la pandemia COVID-19 y verificar su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS Se estableció un grupo de trabajo liderado por la Gerencia. Se definieron las medidas para la reanudación, que incluían criterios de selección médicos, medidas preventivas para asegurar el funcionamiento de los circuitos, medidas en consulta, salas de espera, citaciones y medios para actividad no presencial. Participó Medicina Preventiva, Admisión, Asuntos Generales, Análisis Clínicos, Radiología, Prevención de Riesgos Laborales y Calidad.

RESULTADOS Nuestro servicio tiene actividad ambulatoria en los tres hospitales del Complejo Hospitalario y en tres centros de especialidades. Tras un diagnóstico inicial de la actividad y las necesidades no cubiertas por el confinamiento, reestructuramos las agendas con 30% de presencialidad y 70% telemedicina, ajustando los tiempos por enfermedad en primeras visitas y revisiones. Establecimos circuitos seguros para pacientes urgentes, redujimos la consulta presencial de Diabetes y Gestación a las necesidades obstétricas, intercalando con consulta telemática. La educación en Diabetes y Nutrición se realizó en 4 modalidades (mínima presencial, telefónica, videollamada y correo electrónico). Se acordó con Análisis Clínicos la citación de analíticas. Se estratificó la petición de ecografías por riesgo pactándose con Radiología las esperas. Se estudió la viabilidad de los espacios, adaptando el mobiliario. Se establecieron circuitos de entrada y salida, carteles informativos (Medicina Preventiva) y un sistema de aviso a pacientes vía teléfono y SMS, diferenciando la prestación telefónica de la presencial (Admisión, Asuntos Generales). Como indicadores preliminares, no nos consta infección por SARS-CoV-2 en ninguno de los pacientes asistidos presencialmente ni en el personal sanitario. La consulta vía correo electrónico con pacientes y la e-consulta con A. Primaria se incrementó en 500%.

CONCLUSIONES La combinación de atención presencial y virtual ha permitido continuar durante la pandemia la atención de los pacientes crónicos garantizando su seguridad de manera doble: reduciendo el riesgo de contagio y atendiendo a su enfermedad. Esta estrategia requiere un trabajo multidisciplinar bien coordinado. Se necesita evaluar la satisfacción de la atención recibida y resultados en salud para plantear un cambio a futuro en nuestra atención ambulatoria habitual.

ID: 23

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE DIABÉTICO, CON TRASTORNO DEPRESIVO Y NO ADHERENTE AL TRATAMIENTO

AUTORES: LOZANO DEL HOYO, MARIA LUISA[1]; ARTIGAS-ALCÁZAR, AB[2]; GRACIA-RUIZ, DC[3]; GÓMEZ-BORAO, MC[4]; ANDALUZ-FUNCÍA, MT[5]; ACEITUNO-CASAS, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE[1], CENTRO DE SALUD REBOLERIA[2], CENTRO DE SALUD SAGASTA[345], CENTRO DE SALUD SAN PABLO[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los pacientes con diabetes mellitus, tienen una tasa de depresión 1.6 - 2.0 veces mayor que en la población general. Se asocia con mayores tasas de mortalidad, más complicaciones, menor calidad de vida y acúmulo de síntomatología. Según la OMS las tasas de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas son del 50%.

OBJETIVOS Evaluar los hábitos saludables de pacientes no adherentes al tratamiento con comorbilidad de DM y trastorno depresivo en la población de un Sector.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó un ensayo controlado en una muestra de la población no adherentes tanto al tratamiento de la DM y TD, basada en una intervención telefónica en el Grupo intervención (GI) mensual motivadora proactiva de enfermería, extructurada según un protocolo de seguimiento psicoeducativo individualizado, durante 18 meses.
La población fue de 428 personas. En el GI 225 pacientes y el Grupo Control (GC) 203. La asignación se realizó de forma aleatoria.
Los investigadores abordaron las estrategias de asesoramiento y apoyo físico, emocional y social mediante el uso de habilidades específicas y empáticas de lenguaje y comunicación.
Este estudio ha sido autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEICA, Exp. CP-CI-PI17-0167)

RESULTADOS Población inicial: 428 pacientes, 71,7% mujeres, edad media de 71,41±10,3, y HglA1c de 8,6±1,4.
Cuestionario de Evaluación de la adherencia terapéutica: el 39% eran adherentes totales, un 60% parciales y un 1% no adherentes. Un 75,2% opinaba se mejoraría por esta intervención.
Encuestadose les preguntó su opinión sobre cómo creen que el paciente era adherente: piensan que mucho el 36%, bastante el 33%, algo más un 20%, algo un 8% y nada 3%.
Hábitos: En el GI la percepción del estado de calidad de vida mejora de forma significativa.
Pacientes que cuidan su alimentación en el GC son: 60%-69%, en el GI pasa del 65,3% del mes 0 al 97,9% en el mes 18.
Ejercicio en el GC se mantiene entre el 41%-49%, en el GI pasa del 48,4% del mes 0 al 88,5% en el mes 18.
En las pruebas de comparación de proporciones de pacientes que responden afirmativamente en cada una de las mediciones, se advierte que, así como en el mes 0 no hay diferencias significativas con el GC, en los restantes meses la diferencia estadísticamente significativa.
Valoración de los encuestadores sobre adherencia: en el mes 0 las respuestas son “Bastante” y “Mucho”, en el GI el porcentaje de “Bastante” va disminuyendo y aumentando “Mucho”.

CONCLUSIONES Más de la mitad de los pacientes no reconocen su falta de adherencia, ni al preguntarle directamente, ni al realizarles la encuesta MBG.
Al final del estudio un 92,2% los que dicen ser adherentes en el GI, lo que concuerda con los resultados de la encuesta.

Enfermeros expertos, son capaces de detectar matices que las encuestas, por su rigidez, no pueden.
Los encuestados piensan que estas intervenciones mejorarán su adherencia y que un aviso puede ser útil para no fallar en la recogida de medicación

ID: 25

EQUIPOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA ADECUADOS PARA PODER GARANTIZAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL SNS

AUTORES: LOPEZ GOBERNADO, MIGUEL[1]; HERNÁNDEZ BARTOLOMÉ, J[2]; VILLALBA GIL, D[3]; LÓPEZ GARCÍA, E[4]

CENTROS DE TRABAJO: CONSEJERÍA DE SANIDAD JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN[1], HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID[23], GAP VALLADOLID OESTE[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los profesionales sanitarios se han convertido en un grupo de población vulnerable durante la pandemia de COVID-19, y los problemas de suministro de equipos de protección individual (EPI) se han identificado como un problema crítico para garantizar las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores así como para evitar la sobrecarga del sistema de salud. En vista de la escasez global de EPI, se han usado en los diferentes países equipos de protección individual que no cumplían con los estándares de calidad de producto.

OBJETIVOS Cuantificar el número de equipos de protección respiratoria inadecuados para garantizar la seguridad de los profesionales sanitarios.
Conocer los valores de eficiencia de filtrado de los equipos de protección respiratoria.
Identificar los diferentes estándares internacionales

MATERIAL Y MÉTODOS Se revisan los análisis efectuados por The National Personal Protective Technology Laboratory (NPPTL) sobre los resultados de la evaluación internacional de equipos de protección respiratoria (EPR) no aprobado por National Institute for Occupational Safety and Health from Centers-Disease Control and Prevention (NIOSH-CDC), así como las alertas publicadas en el Rapid Alert System de la Comisión Europea (RAPEX), en el período comprendido desde el 14 de marzo de 2020 hasta el 30 de junio de 2020. La selección de los parámetros son: Proveedor, Modelo, Estándar o norma internacional, eficiencia de filtrado de los EPR. El NPPTL evalúa 10 muestras de cada modelo, siguiendo una versión modificada del Procedimiento de prueba estándar (STP) NIOSH TEB-APR-STP-0059 en el que solo se analiza la eficiencia del filtro de partículas.

RESULTADOS Se cuantifican 348 equipos de protección respiratoria (mascarillas autofiltrantes). El 47% de los equipos disponen de una eficiencia de filtrado superior al estándar N95 de NIOSH (filtrado del 95% de las partículas). El promedio de filtrado máximo es de 92,4 (DE 14,9) y el promedio de filtrado mínimo es de 82,2 (DE 24,7). Para la máxima eficiencia de filtrado el máximo es del 100% y el mínimo de 23,9%. Para la mínima eficiencia de filtrado el máximo es de 99,9% y el mínimo de 8,7%. Los estándares y normas especificadas son GB2626; EN149; GB/T32610; GB19083; ABNT/NBR13698; KMOEL.

CONCLUSIONES Los resultado obtenidos ponen de manifiesto que un número elevado de los equipos de protección respiratoria puestos en circulación, sin cumplir los estándares de calidad de NIOSH, no garantizan un adecuado filtrado de las partículas y por tanto existe un alto riesgo de contagio.
Los resultados de cualquier prueba de penetración del filtro sirven para proporcionar una verificación de la eficiencia del filtro del producto, pero no para garantizar el ajuste de la mascarilla autofiltrante en el portador de la misma.

INTERCONSULTA NO PRESENCIAL EN EL CONTEXTO ACTUAL

ID: **26**

AUTORES: CERDEÑO ARCONADA, JOSE DAVID[1]; GARCIA CUBERO, MC[2]; FERNANDEZ DE CANO MARTIN, MN[3]; MONEDO PEREZ, O[4]; JIMENEZ GOMEZ, C[5]

CENTROS DE TRABAJO: UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL - DG PROCESO INTEGRADO DE SALUD

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Con el fin de posibilitar la comunicación clínica entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales, facilitando la coordinación e integración de la atención sanitaria que reciben los pacientes, se diseñó e implantó la eConsulta como herramienta que garantiza la trazabilidad de la atención y la seguridad en la transmisión de la información clínica, sin necesidad de desplazamientos del paciente.
La reciente pandemia ha supuesto una revolución en el modelo de prestación de la atención sanitaria. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en uno de sus documentos técnicos indica que "en estos momentos, las nuevas tecnologías pueden ser un gran aliado para evitar desplazamientos innecesarios e intentar reducir nuevos contagios".

OBJETIVOS Adaptar e impulsar la eConsulta como herramienta de integración asistencial compartida de forma que facilite una atención sanitaria integrada y la seguridad del proceso asistencial en el contexto actual.
Favorecer una interrelación rápida y ágil entre los profesionales asistenciales que ayude a la toma de decisiones en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS Una vez diseñada la herramienta, los circuitos y procedimientos, se definieron dos tipos de prestaciones: generales (dirigidas a un determinado perfil profesional) y monográficas (relacionadas con la atención a un proceso asistencial concreto).
Se implantó de forma progresiva en 17 hospitales y sus centros de salud, realizándose seguimiento y evaluación continua, identificando áreas de mejora y poniendo en marcha medidas correctoras.
Para dar respuesta a la situación actual, en estos meses se han implementado nuevas actuaciones:

- Extensión de la herramienta a hospitales y servicios que no disponían de ella
- Diseño de nuevas prestaciones
- Desarrollo de nuevas funcionalidades

RESULTADOS Actualmente 22 hospitales y más de más de 350 centros de AP tienen activa esta eConsulta centralizada.
Se han creado tres nuevas prestaciones: COVID, infecciosas y eConsulta de psicología clínica.
Se ha incorporado la funcionalidad de adjuntar diferentes tipos de archivos a la petición de eConsulta.
A lo largo del último mes se ha producido un incremento significativo en su uso, pasando de 2.070 eConsultas generadas en el mes de febrero a 10.139 en mayo.
El 96,8% de los centros de salud que tienen la posibilidad de utilizar eConsulta, lo han hecho durante mayo.
La prestación más utilizada es la eConsulta médica (82%), seguida de la eConsulta COVID, (16,36%).
El 95% han sido respondidas en menos de 72 horas

CONCLUSIONES La eConsulta ha sido una de las herramientas que ha contribuido a dar respuesta a las necesidades surgidas en la actual pandemia, facilitando la comunicación entre profesionales sanitarios con seguridad y evitando desplazamientos innecesarios a los pacientes

El número de eConsultas ha experimentado una clara tendencia ascendente gracias a las nuevas prestaciones y desarrollos que dan respuesta a las necesidades de los profesionales. Además, consiguen una ágil resolución a las consultas planteadas

ID: **27**

DESDE SABINA A CUERDA O TARANTINO: EL FACTOR DE IMPACTO DE SUS CITAS EN EL EMAIL DIARIO CON DATOS DE LA COVID-19

AUTORES: MOLINER LAHOZ, JAVIER[1]; STANIC, A[2]; ROMAN CALDERON, F[3]; LOPEZ MENDOZA, H[4]; AIBAR REMON, C[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En la gestión de la atención sanitaria a la COVID-19 no se puede hablar de ganadores, sino de perdedores y de supervivientes. El Dr. A. Wu publicó que 3 factores aumentan las posibilidades de éxito: La actitud de los líderes, la atención a las víctimas y la comunicación interna. De los 3, comunicar es lo que está más en nuestra mano como servicio de medicina preventiva de hospital. Con el fin de actualizar datos, dar recomendaciones y atender preguntas decidimos abrir una vía de comunicación con los profesionales durante la fase más aguda de la pandemia

OBJETIVOS Mantener a los profesionales informados de la epidemiología hospitalaria de la COVID-19 y crear una vía que permitiera compartir cuestiones o sugerencias

MATERIAL Y MÉTODOS Entre el 13 de marzo y el 8 de mayo desde el Servicio se envió un correo electrónico diario a los profesionales del Hospital. Inicialmente se partió de una lista de 200 directivos, mandos intermedios y tutores de residentes. Se ofreció a quien quisiera ser incluido en la lista enviando una petición individual, y el último mensaje fue a 363 direcciones. El correo se envió, siempre en "Cco", cada mañana a las 9 horas, 7 días a la semana, con 3 partes:

- Actualización del número de casos y dónde se encontraban, número y edad de los fallecidos, pruebas de diagnóstico pendientes, y un gráfico de evolución del número de casos.
- Una recomendación basada en investigaciones publicadas, en informes de agencias, o análisis descriptivos de nuestra casuística o de nuestros recursos.
- Un mensaje positivo que buscaba transmitir ánimo y reconocimiento: Una cita de no más de dos líneas con parte de una canción, un texto literario, o una película. Se pidió a los "lectores" que aportaran sugerencias a esta sección, al modo de los "cachitos de hierro y cromo", con una alta tasa de respuesta. La lista de referencias musicales, cinematográficas o literarias a lo largo de 57 mensajes ha sido tan diversa como el público, con el sesgo debido a las preferencias de los editores.

RESULTADOS No hemos contabilizado el número de agradecimientos, muchos por vías informales, pero ha sido elevado. Tanto las respuestas recibidas, como el número de peticiones para ser incluidos en la lista, o los reenvíos que se producían de nuestros mensajes nos indican la amplia difusión y aceptación. Las claves del éxito creemos que han sido la sencillez y el rigor de los datos, la puntualidad, las referencias a la actualidad publicada y buscar incluir otras dimensiones más "humanas" que completaran la mera información

CONCLUSIONES La comunicación es una herramienta muy poderosa para mantener la capacidad de los profesionales, para generar sentimientos de pertenencia y de confianza. Los vínculos que se consiguen en tiempos de crisis tienen más posibilidades de quedarse. Una estructura de comunicación fiable es un recurso para prevenir y corregir los bulos. Es muy eficiente. Con las debidas cautelas, esta es una pequeña historia de éxito.

ID: 28

¿CUÁL ES EL PESO ÓPTIMO DEL REANIMADOR PARA GARANTIZAR LA CORRECTA COMPRESIÓN TORÁCICA EN UNA REANIMACIÓN CARDIACA?

AUTORES: BALLESTEROS PEÑA, SENDOA[1]; VALLEJO DE LA HOZ, G[2]; FERNANDEZ AEDO, I[3]; ETAYO SANCHO, A[4]; BERASALUZE SANZ, L[5]; DOMINGUEZ GARCIA, J[6]

CENTROS DE TRABAJO: OSI BILBAO BASURTO[1], OSI BARRUALDE GALDAKAO[2], UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO[3], RED DE TRANSPORTE SANITARIO URGENTE[4], OSI BARRUALDE GALDAKAO[5], UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las guías internacionales de reanimación cardiopulmonar (RCP) hacen especial énfasis en la necesidad de ejecutar unas compresiones torácicas que alcancen una profundidad de al menos 50 mm, ya que la calidad del masaje cardiaco se relaciona estrechamente con resultados de supervivencia. La consecución de este objetivo puede venir determinado por múltiples factores, entre los que se encuentran la antropometría del reanimador.

OBJETIVOS Estimar el peso mínimo necesario del reanimador para aplicar un masaje cardiaco que logre comprimir el tórax al menos 50 mm.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio analítico transversal de simulación clínica. Se invitó a participar a profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y técnicos en emergencias sanitarias) con formación reciente o experiencia en RCP a realizar 2 minutos ininterrumpidos de masaje cardiaco sobre maniquí sensorizado (Resusci Anne QCPR®, de Laerdal), a un ritmo de 110 cpm marcado con metrónomo.
Se correlacionó el peso del reanimador y la profundidad media de las compresiones para determinar una ecuación de la recta mediante un modelo matemático de regresión lineal. Asumiendo que el objetivo de la reanimación debe orientarse a comprimir el tórax al menos 50 mm, aplicando la ecuación de la recta se calculó el peso mínimo necesario para lograr ese objetivo.

RESULTADOS Participaron 164 reanimadores voluntarios, donde 51 (31,1%) poseían experiencia en más de 5 RCP y 135 (82,3) eran mujeres. El modelo de regresión resultante ($y=0,3x + 24,65$) presentó linealidad estadísticamente significativa ($p< 0,001$) y una capacidad predictiva del 18,3% ($R2 =0,183$).
A partir de la fórmula, se calculó el valor de "x" (peso corporal del reanimador) cuando el valor "y" (profundidad media de las compresiones torácicas) era de 50 mm, resultando un peso de 85 Kg.

CONCLUSIONES Un peso corporal de 85 Kg otorga garantías para que el reanimador logre comprimir suficientemente el tórax como para que el masaje cardiaco se considere adecuado. Sin embargo, a pesar de que el peso corporal del reanimador es una variable antropométrica que se relaciona con la efectividad de la RCP, sólo contribuye a explicar una pequeña parte del rendimiento del masaje cardiaco.
Este resultado orienta a pensar que existen más factores, además del peso del reanimador, que afectan a la calidad del masaje cardiaco.

ID: 29

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ALTA HOSPITALARIA TEMPRANA OBSTÉTRICA Y NEONATAL DURANTE EPIDEMIA COVID-19

AUTORES: ABBATICCHIO, ALESSANDRO NICOLA[1]; PEÑA GONZALEZ, LP[2]; SOPEÑA VEGA, B[3]; CARRASCO BECEDILLAS, A[4]; GONZALEZ RODRIGUEZ, M[5]; GARCIA GARCIA, WA[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Alta Hospitalaria Temprana (AHT) es toda aquella que tiene lugar antes de las 48 horas postparto. Las pacientes que se benefician de un AHT presentan mayor satisfacción, mejores tasas de lactancia y mejora del vínculo madre-hijo con mayor implicación de los padres y otros miembros de la familia. Además, el recién nacido (RN) se expone a menos infecciones nosocomiales, importante durante la epidemia COVID-19. Las principales complicaciones obstétricas tienen lugar en las primeras horas del puerperio y los cuidados a partir de las 24 horas del postparto se pueden realizar de forma ambulatoria.

OBJETIVOS Nuestro objetivo principal fue implantar un programa de AHT tras el parto sin complicaciones antes de las 48 horas en puérperas y RN, valorando la satisfacción percibida por el paciente e involucrando a personal médico, matronas y enfermería neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS Se consensuó el protocolo de AHT entre los servicios implicados. Se fijaron indicadores neonatales con calidad y se diseñó un cuadro de mando informático para su monitorización. Estos incluyeron: necesidad de control posterior en consulta de enfermería neonatal (CEN), nº visitas a urgencias en el primer mes de vida y nº de ingresos. Se analizaron los datos obtenidos de las AHT en el período marzo-mayo 2020 y se compararon con las altas normales en el mismo período de tiempo.

RESULTADOS Se atendieron un total de 243 RN. Se excluyeron 33 RN por precisar ingreso al nacimiento. Se incluyeron finalmente 210 RN (97 RN en el grupo de AHT Y 113 RN en el grupo de alta normal).
Del grupo de AHT, 40 RN necesitaron control en CEN [22.5% (n=9) acudieron a urgencias y 22.5% (n=9) ingresaron] y 57 altas con control en primaria [14% (n=8) acudieron a urgencias y 5% (n=3) ingresaron]. La estancia media en este grupo fue de 1.2 días.
Del grupo de alta normal, 34 pacientes necesitaron control en CEN [17.5% (n=6) acudieron a urgencias y 17.5% (n=6) ingresaron] y 79 altas con control en primaria [12.6% (n=10) acudieron a urgencias y 1.2% (n=1) ingresaron]. La estancia media en este grupo fue de 2,1 días.
No hubo diferencias sustanciales en las visitas a urgencias y los ingresos en el primer mes de vida entres ambos grupos salvo un aumento del número de ingresos de RN de AHT que fueron remitidos a primaria.
No hubo mortalidad perinatal. Ninguna madre presentó complicaciones puerperales ni tardías. Se registraron 8 agradecimientos.

CONCLUSIONES El AHT es un procedimiento eficiente para reducir la estancia. En nuestra experiencia, no hubo un aumento de complicaciones puerperales ni neonatales. Fue un procedimiento seguro bien acogido por las familias que mejoró su experiencia asistencial. Su implantación, más allá de la Pandemia Covid19, es una estrategia de mejora continua perdurable en nuestro servicio.

ID: 31

INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS

AUTORES: LOZANO GÓMEZ, HERMINIA[1]; ARCHE BANZO, MJ[2]; HERRERO GARCÍA, S[3]; ZALBA ETAYO, B[4]; MAYORDOMO GARCÍA, C[5]; OBÓN AZUARA, B[6]

CENTROS DE TRABAJO: H. CLÍNICO LOZANO BLESA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La hemorragia subaracnoidea (HSA) es el subtipo de ictus menos frecuente actualmente, sin embargo, es el responsable de más comorbilidad. Generalmente afecta a pacientes jóvenes, por lo que los gastos sanitarios derivados de esta patología en cuanto a recursos utilizados, hospitalización y cobertura de la posible dependencia a largo plazo, hacen que la carga sanitaria sea una preocupación de primer orden.
La investigación científica ha señalado algunos fármacos, como el nimodipino, que han demostrado una reducción de la tasa de complicaciones en la hemorragia subaracnoidea (HSA) y que actualmente se incluyen dentro de las recomendaciones de calidad por parte del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva.

OBJETIVOS Comparar el tratamiento con nimodipino en pacientes con HSA espontánea con los estándares de calidad establecidos (tratamiento en el 100% de los pacientes sin contraindicaciones).
Describir las características demográficas de los pacientes con HSA.
Analizar la incidencia de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio observacional de cohorte retrospectiva. Se seleccionaron pacientes mayores 18 años diagnosticados de HSA espontánea aneurismática que ingresan en el servicio de medicina intensiva entre enero del 2016 y noviembre del 2018. El análisis estadístico de los resultados se efectuará mediante el paquete estadístico SPSS22.0.
Para la descripción de las variables, se utilizaron la media y la desviación estándar. Tras comprobar la normalidad, se aplicaron diferentes test en función de las variables: Chi-cuadrado, t- Student, U-Mann Witney y Kruskal Wallis. El error de tipo 1 se fijó en 0,05 y una potencia del 95% (error de tipo 2).

RESULTADOS 61 pacientes con edad media de 59,39 años y con el 60,7% de mujeres. El 42,6% eran hipertensos. La mediana de Glasgow fue de 9 y un 67,2% requirió IOT y conexión a VM. Se embolizaron el 50,8%. En el 27,9% de los pacientes no se administró tratamiento con nimodipino (oral ni IV), de los cuales el 47% fueron ingresos paliativos y 29,4% no se administró por hipotensión.
Las complicaciones más frecuentes fueron: vasoespasmo 31.1%, hidrocefalia 45.9%, ictus 27.9%, resangrado 11.5%. El déficit neurológico al alta se objetivó en un 59% de los pacientes. Fallecieron un 45.9%. Un 13.1% de los fallecidos fueron donantes.
Presentaron menos déficit neurológico al alta los pacientes tratados con nimodipino (p 0,01), así como los que no desarrollaron vasoespasmo (p 0.03), ventriculitis (p 0.014), resangrado (p 0.008) ni ictus (p 0.007). Así mismo, los pacientes que se embolizaron fallecen menos (p 0.041). Los pacientes que fallecen presentaron peor Glasgow al ingreso (p 0,009) y estancias más prolongadas (p 0.000).

CONCLUSIONES

- Nuestra serie no alcanza el estándar de calidad establecido en cuanto al tratamiento con nimodipino, lo que será motivo de estudio para mejorar los resultados.
- El pronóstico neurológico es mejor en pacientes que han recibido nimodipino y no han presentado complicaciones.

ID: 33

IMPLEMENTACIÓN DEL TELETRABAJO Y TIC EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID19

AUTORES: SÁNCHEZ FOGUET, SANDRA[1]; ALLUEVA AZNAR, M[2]; SUBIAR URBANO, V[3]; DALMAU VIDAL, S[4]; LÓPEZ DELGADO, AM[5]; FRIGOLA DOMENECH, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: CAP SANT PERE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La crisis sanitaria actual de pandemia por COVID-19 ha supuesto un impacto en la sanidad siendo un enorme reto con necesidad de adaptación y reestructuración de los equipos salud. Se ha tenido que adaptar la atención para cerciorar la seguridad del paciente, usando las TIC de formas que hasta ahora no se había hecho, siendo algunas de ellas el teletrabajo y la implementación de nuevas herramientas de comunicación bidireccional

OBJETIVOS Facilitar la comunicación y atención no presencial
Definir procedimientos de atención que aseguraran un seguimiento y una continuidad asistencial de pacientes y contactos.

MATERIAL Y MÉTODOS readaptación del centro con restricción de visitas presenciales y cribados telefónicos
Revisión de historias clínicas de pacientes con síntomas.
comunicación telefónica diaria para detección de síntomas graves y valoración de agudizaciones
Creación de procedimientos para citación de pacientes con visitas virtuales y telefónicas potenciando las TIC y evitando desplazamientos reduciendo así el riesgo de contagio
Se unificaron criterios de registro de sintomatología en el programa informático e-CAP para una mayor seguridad del paciente.

RESULTADOS Disminución de pacientes dentro el centro de atención primaria: seguimiento telefónico de signos y síntomas compatibles con COVID-19
Reducción de los aforos potenciando el cumplimiento del confinamiento mediante visitas virtuales, on-line y telefónicas.
Reestructuración de las tareas y designación de teletrabajo a todos aquellos profesionales sanitarios sensibles con limitación para ejecutar visitas presenciales.
Acompañamiento emocional del paciente y familia en período de convalecencia por COVID-19.
Seguimiento diario de signos y síntomas leves y moderados con resolución de dudas y decisión clínica de las intervenciones más apropiadas según cada caso particular.

CONCLUSIONES La atención primaria de salud ha servido como muro de contención durante la pandemia por COVID-19 para evitar la sobrecarga asistencial en los servicios de emergencias
Por otra parte, los profesionales de atención primaria, mediante visitas telefónicas y virtuales, han supuesto un soporte para transmitir confianza, conocimiento y tranquilidad a pacientes y familiares
Finalmente, destacar que el centro tuvo una adaptación, reestructuración y aplicación rápida de nuevos protocolos y procedimientos así como de planes de contingencia para reducir desplazamientos al centro, potenciando el teletrabajo y reforzando toda la atención no presencial y telefónica cosa que fue imprescindible para disminuir contagios y hacer un óptimo seguimiento de los pacientes y familiares que estaban en sus domicilios con sintomatología leve-moderada y diagnosticados de COVID-19. En definitiva, se hace una valoración positiva de las nuevas formas de asistencia, potenciando los resultados observados hasta el momento y con perspectivas de mantener y seguir fortaleciendo la atención telefónica y virtual en éste nuevo paradigma de salud que ha proporcionado la pandemia por COVID-19.

ID: **35**

EN UN BOSQUE HAY QUE MARCAR CIERTOS ÁRBOLES PARA TRAZAR UN CAMINO FIABLE Y EFECTIVO

AUTORES: GONZÁLEZ ALONSO, SARA[1]; DE LA ROSA DE SÁA, S[2]; GARCÍA MENÉNDEZ, ML[3]; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M[4]; MUSLERA CANCLINI, E[5]

CENTROS DE TRABAJO: OFICINA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (OETSPA)

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Ante la situación excepcional de pandemia no vivida desde la gripe española, se propagaron de forma acelerada todo tipo de noticias, muchas de ellas de dudosa verosimilitud, surgiendo un temor generalizado entre la población. Muchas instituciones, sociedades científicas, universidades, etc., produjeron gran cantidad de materiales, mientras los servicios de salud y autoridades sanitarias encontraban gran dificultad para manejar esta situación hasta entonces desconocida.
En este contexto, resultaba necesario crear un espacio "seguro", acotado, respetuoso, dedicado a recopilar información sobre la COVID-19 de fuentes fiables. Desde la Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias creamos este espacio para la ciudadanía dentro de nuestro portal web. Con esta herramienta, integramos en un mismo lugar toda la información, facilitando así el acceso a documentos útiles y veraces, y combatiendo la propagación de información inexacta y bulos.

OBJETIVOS El objetivo de la iniciativa fue facilitar el acceso a materiales de diferente tipo (guías, informes, recomendaciones, artículos, infografías, vídeos, etc.) que fueran de utilidad para sobrellevar la situación de pandemia a diferentes sectores, colectivos o grupos de población.

MATERIAL Y MÉTODOS Los materiales seleccionados debían cumplir alguna de las siguientes condiciones:
- Estar editados o redactados por una entidad pública o privada de reconocido prestigio.
- Estar publicados en revistas científicas indexadas.
- Pasar una lista de comprobación rápida de tres elementos: diseño, contenido y estructura.

Los búsqueda de los materiales se realizó en páginas web de instituciones sanitarias, Colegios Oficiales relacionados con las profesiones sanitarias y sociales así como en plataformas de acceso a la literatura científica (Embase, PubMed, Cochrane, etc.).
Diariamente, el equipo de la Oficina actualiza los materiales y los difunde a través de su página web y redes sociales.

RESULTADOS Estructuramos la documentación recogida en cinco temáticas:
- Información general sobre la COVID-19
- Información y apoyo para la infancia
- Apoyo emocional para afrontar la pandemia
- Actividad física para mejorar el bienestar
- Artículos científicos sobre la pandemia

De esta forma, el usuario selecciona el tema que le interesa y accede a los materiales disponibles donde figura para cada uno de ellos: título, fuente, fecha y enlace a la publicación original.
Entre las repercusiones conocidas se puede citar que el Instituto de Salud Carlos III, en su "Guía de información de salud y recursos web de calidad contrastada", incluyó nuestro portal, así como la Consejería de Salud de nuestra comunidad y otras instituciones.

CONCLUSIONES La herramienta elaborada recopila los principales materiales publicados sobre la COVID-19 dirigidos a la población, facilitando su acceso de una manera rápida y directa. Además, toda la documentación recogida está respaldada por instituciones de prestigio, evitando así rumores, bulos y datos falsos que propagan la desinformación entre la sociedad.

ID: **36**

ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INFECTADOS POR SARS-COV-2 FALLECIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: BALLESTER-ROCA, MÒNICA[1]; RODRÍGUEZ-NÚÑEZ, M[2]; MONTANÉ-ESTEVA, E[3]; MENA-PINILLA, G[4]; BEROIZ-GROH, P[5]; LÓPEZ-NÚÑEZ, JJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las comisiones de mortalidad hospitalarias evalúan la mortalidad relacionada con la asistencia sanitaria y, por tanto, potencialmente evitable, como indicador que permite evidenciar posibles déficits asistenciales. Esta labor se torna aún más importante en un contexto de pandemia.

OBJETIVOS Detectar eventos adversos (EA) relacionados con la asistencia sanitaria en los pacientes con infección por SARS-CoV-2 que fallecieron en un hospital de tercer nivel durante las primeras sema nas de pandemia y valorar su contribución a la muerte de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio observacional retrospectivo que analizó datos de pacientes infectados con SARS-CoV-2 que fallecieron durante el ingreso o en urgencias en un hospital terciario y universitario entre el 16 de marzo y el 10 de abril de 2020. Las historias clínicas electrónicas fueron revisadas por al menos dos miembros de la comisión de mortalidad.

RESULTADOS Entre las 543 altas hospitalarias de pacientes infectados por SARS-CoV-2, 152 fueron éxitus. Además, 12 pacientes fallecieron en urgencias. El 40,2% de los pacientes presentó al menos un EA. Un 23,8% presentó al menos una reacción adversa a medicamentos (RAM). Un 8,8% de los 34 pacientes que recibieron ventilación mecánica invasiva presentaron problemas relacionados con el respirador, que contribuyeron al empeoramiento de la situación respiratoria pero no fueron desencadenantes de la muerte. Se detectó un 3,7% de alta sospecha o certeza de tromboembolismo venoso. Se administró una correcta tromboprofilaxis en todos los casos y el 83% fueron detectados y tratados adecuadamente. El 15,2% de los pacientes presentó alguna dificultad para el control glicémico, sin que en ningún caso se haya establecido una relación de causalidad con su muerte. En el 1,2% se detectó lesiones por presión de origen nosocomial.
Se detectaron 3 muertes (1,8% del total) potencialmente relacionadas con EA: una relacionada con una RAM (hematoma en paciente anticoagulado), otra con un hemotórax masivo debido a un procedimiento invasivo y otra con sospecha de tromboembolismo pulmonar masivo.

CONCLUSIONES La prevalencia de EA relacionados con la atención sanitaria hallados en este estudio es sustancialmente superior a los datos publicados sobre EA en pacientes hospitalizados realizados con la herramienta Global Trigger Tool. Las principales hipótesis son: niveles de carga asistencial muy elevados durante la pandemia, meticulosidad en la revisión de las historias clínicas, con involucración de especialistas clínicos, y la utilización de fármacos sin evidencia de eficacia probada y en relación a una enfermedad con un manejo terapéutico aún incierto.
Las principales recomendaciones para futuras pandemias son garantizar disponibilidad de respiradores adecuados para la ventilación de los pacientes, asegurando su correcto mantenimiento y monitoreo continuo, así como ajustar los protocolos de tratamiento farmacológico según la evidencia de eficacia y seguridad disponible, realizando una vigilancia estrecha de las posibles RAM.

ID: 37

ALIGERANDO EL EQUIPAJE DE LA INFORMACIÓN DIRIGIDA AL USUARIO EN EPOCA DE COVID 19 CON EL CÓDIGO QR

AUTORES: TÉLLEZ BARRAGÁN, MARIA CLAUDIA[1]; MARTIN MOLINA, R[2]; LAFRAYA PUENTE, AL[3]; HERRERA DIEZ, MT[4]; ROBLEDANO CONSENTINI, V[5]; CARRION ABELLO, N[6]

CENTROS DE TRABAJO: C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La información disponible para reforzar nuestras consejos e indicaciones en nuestras consultas asistenciales, ha estado presente en soporte papel. Estos folletos informativos, generan aglomeraciones de diferentes dimensiones que entorpecen la limpieza y desinfección de las consultas.
La pandemia Covid 19, nos obliga a mantener consultas limpias y desinfectadas, creando la necesidad de establecer espacios diáfanos y superficies libres

OBJETIVOS Los códigos Qr, nos proporcionan un método sencillo para almacenar información previamente seleccionada, para ofrecer a los usuarios fuentes de información científicamente reconocidas, que disipen dudas o inquietudes que puedan surgir entre los usuarios. Complementan y refuerzan los consejos profesionales. Evitan la circulación de papel impreso, eliminando la posible fuente de transmisión del Covid 19 por el papel. Eliminan la papelería confiriendo consultas despejadas que facilitan la limpieza y desinfección

MATERIAL Y MÉTODOS Para elaborar el contenido de los códigos Qr, seleccionamos enlaces de organismos oficiales que ofrecen en su pagina web información de interés medico. Los códigos Qr fueron confeccionados en colores llamativos y plastificados para su mejor conservación. Se adjuntó el URL (Dirección para la visita de la página web) Para facilitar la identificación de cada código y ofrecer a los usuarios con dificultad en la descarga de la aplicación en su móvil, la posibilidad de fotografiarlo para posteriormente realizar las consulta en el ordenador de su domicilio o en sus dispositivos móviles

RESULTADOS Optamos por instalar los primeros Qr en las consultas pediátricas de nuestro Centro de Salud, considerando las habilidades y conocimientos básicos en telefonía móvil de la población demándate de la atención sanitaria. seleccionamos tres enlaces cuyos contenidos ofrecen los temas que generan mayor inquietud o dudas por parte de padres y/o representantes del niño:
http://e-lactancia.org/
https://enfamilia.aeped.es
https://seup.org/hojas- informativas/
Los usuarios en general demuestran conocimiento en el manejo de los lectores de Qr debido a que han sido instaurados en múltiples establecimientos de ocio.

CONCLUSIONES La información ofrecida mediante el código Qr ofrece:
- Información rápida
- Fuentes de información segura, basada en la evidencia científica
- Elimina la aglomeración de papel
- Facilita espacios despejados que facilitan la limpieza y desinfección, favoreciendo la seguridad del personal.
- Evita la circulación de papel de mano en mano y dispersión de algún posible germen incluido en Covid 19
- Beneficia al medio ambiente eliminando el consumo de papel

ID: 38

CREACIÓN, DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE LA DIETA COVID 19 ARMONIZANDO NUTRICIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA.

AUTORES: PEREZ SALILLAS, MARIA[1]; DI PAOLO CASANOVA, G[2]; MARTINEZ LASA, MG[3]; GALVEZ VALLESPIN, J[4]; CARAZO YAGÜE, O[5]; VERA CEAMANOS, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN JUSTIFICACION
Siguiendo las recomendaciones de la Comisión de Nutrición del Hospital para los pacientes ingresados con COVID 19 se considera necesario la creación de una nueva dieta ya que presentan un alto riesgo nutricional debido a su situación inflamatoria aguda grave y la dificultad para cubrirlos por hiporexia y dificultades en alimentación.
Además de los criterios nutricionales, se deberán de cumplir los de higiene de los procesos implicados en la elaboración de estos platos.

OBJETIVOS Creación de una dieta de fácil masticación, con alto aporte proteico y astringente que satisfaga las necesidades nutricionales de los pacientes ingresados.
Extremar medidas para garantizar la higiene durante los procesos de entrega de mercancías y elaboración de alimentos en cocina hospitalaria para elaborar platos microbiológicamente seguros.

MATERIAL Y MÉTODOS Elaborar protocolos siguiendo las recomendaciones higiénico-sanitarias para cocinas de colectividades, elaborada por GENAH de la SANCYD
Incluir la dieta creada en el programa DIETOOLS.
Incluir en base de datos las fichas técnicas de cada uno de los platos que componen la nueva dieta creada.
Se analiza la satisfacción del paciente desde marzo a junio de 2020 a través del desbarasado.
Se analizan 14 muestras que se recogen en recipientes estériles de 500 cm3 de capacidad y se transportan en condiciones de refrigeración (0-4ºC) al laboratorio de análisis donde se mantienen en refrigeración (0-4ºC) hasta su análisis en un periodo inferior a 24 horas.
Todos los datos referidos a las variables objeto de estudio, fueron introducidos en una hoja de cálculo utilizando el programa Excel 2016 y analizados con el programa estadístico SPSS versión 21.0 para Windows

RESULTADOS Aceptación de la dieta por parte del paciente hospitalizado a través del desbarasado: 68,03% de los pacientes se comen más de 4/5 partes de la comida de la dieta implantada.
Criterios relativos a higiene de procesos

- 92,86% de resultados satisfactorios en recuento de aerobios (inferior a 103 ufc/g)
- 100% de resultados satisfactorios en recuento de enterobacterias (inferior a 10 ufc/g)
- 100% resultados satisfactorios en recuento de Staphylococcus coagulasa positivo (inferior a 100 ufc/g) y Recuento E. Coli Glucuronidasa (inferior a 10ufc/g)

CONCLUSIONES Se observa que la nueva dieta implantada, además de cumplir las necesidades nutricionales establecidas por la Comisión de Nutrición, es aceptada por parte del paciente.
Esta dieta se ha remitido a diferentes Hospitales de varias CCAA españolas (Andalucía, Madrid, Asturias); en los cuales también ha sido muy bien aceptada.
El cumplimiento generalizado de los criterios microbiológicos demuestra la garantía sanitaria y las buenas prácticas de higiene instauradas.

ID: 40

RED NEURONAL PARA DISEÑAR UN NUEVO INDICADOR DE MORTALIDAD DEL SÍNDROME CORONARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: LOZANO GÓMEZ, HERMINIA[1]; RODRIGUEZ GARCÍA, A[2]; ABANSÉS MORENO, P[3]; OBÓN AZUARA, B[4]; VILLANUEVA ANADÓN, B[5]; ARAIZ BURDIO, JJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: H. CLINICO LOZANO BLESA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Una prueba evidente de la importancia de la estratificación en el Síndrome Coronario Agudo(SCA) es que este aspecto constituye uno de los Indicadores de Calidad del Enfermo Crítico de la SEMICYUC (indicador nº 3) y cuyo estándar se sitúa en el 100% de los pacientes ingresados en el SMI con dicho diagnóstico.
Dado que no disponemos de un indicador especifico de mortalidad del SCA en la UCI y que los indicadores descritos no reflejan la realidad actual, se ha diseñado este trabajo

OBJETIVOS Crear un Indicador de Mortalidad en los pacientes que ingresan en el servicio de medicina intensiva (SMI) por síndrome coronario agudo y compararlo con los existentes.

MATERIAL Y MÉTODOS La población a estudio será una muestra de 582 pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en el SMI de nuestro centro. Se realizará un análisis estadístico descriptivo e inferencial (uni y bivariante) y a continuación un análisis multivariante mediante regresión logística de COX y con las mismas variables que hayan sido significativas en el análisis bivariante y a partir de una red neuronal artificial (RNA) se creará el "Indicador ARIAM's. La potencia de los distintos indicadores se evaluará con el cálculo del área bajo la curva y su utilidad clínica con el test de Fagan

RESULTADOS no existen diferencias significativas de mortalidad en función del sexo, el peso, la talla, el IMC ni factores de riesgo como el tabaco, la HTA, DM, o la dislipemia. Si que fallecieron más los pacientes con angina (p 0,001) o infarto previo (p 0,017), infarto anterior (p 0,003), puntuaciones más altas en los scoGRACE, TIMI y CRUSADE (p 0,000) y con mayor tiempos (dolor-fibrinolisis, dolor- ICP, dolor-UCI), con p < 0,00.
El análisis de COX demuestra que el tiempo dolor-UCI es predictor independiente de mortalidad en el SCACEST: cada hora de retraso de ingreso en UCI aumenta el riesgo de mortalidad en un 1% (p = 0.001).
Los resultados de la RNA ponen de manifiesto que los factores predictores más importantes de mortalidad del SCA en el SMI serian: el score GRACE (importancia 0.361), el tiempo desde el comienzo del dolor hasta el ingreso en el SMI (importancia 0.297) y el TIMI (importancia 0.132).
Al analizar el área bajo la curva de los 3 indicadores estudiados, el Indicador ARIAM's (c= 0,94) descrito a partir de una RNA, muestra mejor estadístico "c" que el GRACE (c= 0,90) o el TIMI (c= 0,87) como predictor de mortalidad del SCACEST en el SMI

CONCLUSIONES 1.Los indicadores actuales paracen estar obsoletos según la práctica clínica de hoy día
2.Es posible crear un nuevo indicador de mortalidad del SCA en el SMI utilizando un Modelo de Redes Neuronal Artificiales, que sea: más exacto, reproducible y actualizable periódicamente, a partir de del Registro ARIAM.
3.Este nuevo Indicador podría servir como score asistencial clínico, como referencia en estudios de calidad asistencial o para diseñar nuevas investigaciones.

ID: 41

PROYECTO EVALUCOM SOBRE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PROFESIONAL Y EL PACIENTE EN LA CONSULTA

AUTORES: BAQUERO UBEDA, JOSE LUIS[1]; SANTIÑA VILA, M[2]; BAQUERO ZAZO, A[3]

CENTROS DE TRABAJO: FORO ESPAÑOL DE PACIENTES[13], HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La universalidad de la atención sanitaria en nuestro SNS sin duda ha supuesto un importante logro en los derechos de la población, pero trae con ello una alta demanda y dificultades en la gestión que sin duda han de ser tenidas en consideración para mantener la necesaria calidad asistencial. La relación entre el profesional de la Salud (PS) y el paciente y su entorno íntimo (P) es fundamental; y la comunicación es un elemento esencial.

OBJETIVOS Determinar y aplicar estrategias para la mejora en la comunicación entre los profesionales de la Sanidad (PS) y los pacientes (P).

MATERIAL Y MÉTODOS El Foro Español de Pacientes como promotor, implementa este proyecto avalado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial y respaldado por el SACYL con una beca concedida por NOVARTIS. La secuencia seguida ha sido:

1. Concept mapping workshop con PS y representantes de P (método de Trochim).
2. Entrevistas semiestructuradas a PS y P, señalando prioridades.
3. Grupo nominal de PS y P (método de McMillan) identificaron las estrategias
4. Comité experto, propusieron los indicadores y revisión la formación y materiales
5. Aplicación en la consulta

RESULTADOS Las estrategias e indicadores establecidos han sido:

1. Revisión y rediseño del área de atención â†’ co-creación con los agentes implicados.
2. Formación a los profesionales (curso presencial y a distancia) â†’ sensibilización en valores y formación en aspectos comunicacionales.
3. Aproximación humanista personalizada â†’ co-crear el protocolo de actuación entre PS y organizaciones de P.
4. Formación e información del paciente, familia y cuidadores â†’ proporcionar material escrito como refuerzo co-creado entre PS y organizaciones de P.
5. Potenciar y motivar el papel de los PS implicados â†’ co-crear con gerencia y SACYL.
6. Crear indicadores y evaluar la comunicación â†’ co-crear entre PS y organizaciones de P.
7. Evaluación â†’ análisis entre PS y organizaciones de P.
8. Formar en la preparación de la visita de forma anticipada, del profesional y paciente
9. Continuidad asistencial â†’ co-crear entre PS (del centro y atención primaria)

CONCLUSIONES Habiendo completado el proceso hasta la fase 4, observamos ya, que una adecuada interacción paciente-profesionales es crucial para lograr óptimos resultados para pacientes, así como satisfacción para profesionales.

ID: 42

TIEMPO DE RESPUESTA DE LABORATORIO DE URGENCIAS COMO INDICADOR DE CALIDAD ASITENCIAL EN PERIODO COVID-19

AUTORES: CRIADO GOMEZ, LAURA[1]; VILLANUEVA CURTO, S[2]; DUQUE DUNIOL, M[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El estudio de los tiempos de respuesta del laboratorio de urgencias es un indicador de calidad asistencial que forma parte de fase postanalitica, siendo muy útil en su evaluación.
Un retraso en la emisión de resultados por el laboratorio de urgencias produce efectos desfavorables en las unidades hospitalarias, aumentando el tiempo de atención y contribuyendo a su saturación.

OBJETIVOS Evaluar cómo ha afectado a los tiempos de respuesta de las analíticas del laboratorio de urgencias el incremento de demanda asistencial en el periodo de infección por SARS CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS Se estudian el total de peticiones y el tiempo medio de respuesta global y por turnos de trabajo de: gasometrías, bioquímica, perfil cardíaco (con Troponina T) y urianálisis de los meses de Marzo Abril de 2019 vs Marzo Abril 2020.
En los meses de estudio del año 2020 se pasa de tener 3 gasómetros a tener 2, puesto que uno de ellos es reubicado en la UCI. Resto de analizadores no cambian.
Se utiliza el sistema informático de laboratorio (SIL) Omega 3000 y para hacer los cálculos Excel 2013.

RESULTADOS Las peticiones de gasometría han aumentado un 32% entre ambos años, (4646 vs 6155), las de bioquímica un 3% (10072 vs 10374), peticiones con perfil cardíaco un 68% (1935 vs 3251) y las de urianálisis han decrecido un 62% (2424 vs 928).
En el caso de las gasometrías el ratio de gasometría por gasómetro se de 1548 gasometrías por gasómetro en el año 2019 mientras que en el 2020 es de 3077, lo que es aproximadamente el doble.
En cuanto a los tiempos medios de respuesta globales, las gasometrías pasan de 10.5 min a 11 min, bioquímica 31 min a 42 min, analíticas cardíacas 37 min a 57 min, y urianálisis de 22 min a 21 min.
En cuanto a los distintos turnos de trabajo el más afectado es el turno de la mañana, obteniendo tiempos de respuesta mayores en todos los perfiles respecto a ambos años: gasometrías 12 min año 2019 frente a 17 min año 2020, bioquímica 37 min año 2019 frente a 45 en 2020, perfil cardíaco de 43 min a 57 min. Los turnos de tarde y noche obtienen tiempos de respuesta muy similares en ambos años.

CONCLUSIONES Se puede observar como el incremento de la demanda analítica ha afectado a los tiempos de respuesta de bioquímica y del perfil cardíaco. La bioquímica creemos que es debido en parte también a que muchos de estos pacientes tenían incluida la prueba procalcitonina que es de mayor tiempo de análisis. Por otro lado consideramos que la sobrecarga de peticiones de gasometrías en el turno de mañana a realizar con un gasómetro menos ha influido de manera importante en el incremento del tiempo de repuesta.
El cálculo de los tiempos de respuesta en el laboratorio de urgencias se presenta como un muy buen indicador de calidad asistencial en la fase post analítica, permitiéndonos identificar rápidamente problemas con parámetros, autoanalizadores o personal, proponer soluciones a las posibles desviaciones de los tiempos de respuesta teóricos.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO CLÍNICO

AUTORES: VILLANUEVA CURTO, SANTIAGO[1]; CRIADO GOMEZ, L[2]; DUQUE DUNIOL, M[3]; PEREZ SEBASTIÁN, MB[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Se estima que el laboratorio interviene en aproximadamente un 2.4% de los errores que afectan a la seguridad del paciente y que casi un 85% de ellos son evitables, (estudio ENEAS). Es de vital importancia que el laboratorio se involucre en la cultura de seguridad del paciente (SP), identificando aquellas situaciones en la que se pueden evitar efectos adversos.

OBJETIVOS Implantar estrategias en el laboratorio de análisis clínicos que fomenten la seguridad del paciente y evaluar su repercusión.

MATERIAL Y MÉTODOS Se implantaron dos protocolos:

1. Preanalítica: estrategia proactiva sobre las muestras remitidas sin petición analítica. Al detectarse por el autoanalizador preanalítica una muestra sin petición, se comunica a la secretaria del laboratorio la incidencia, reclamándose la petición al centro de procedencia, el cual tiene la obligación de remitir la petición en menos 48 horas para que el paciente tenga los resultados antes de acudir a consulta.
2. Analítico: Protocolo de actuación frente interferencia analítica producida por inmunoglobulina monoclonal en la determinación de fosforo inorgánico. Está descrito que en pacientes con mieloma, puede obtenerse un resultado de fósforo falsamente elevado por interferencia con la inmunoglobulina en cuestión. Se genera en el SIL una alarma que avise al validar de posible interferencia, se revisan las gráficas de reacción en el autoanalizador y si se detecta una grafica anómala se realiza una precipitación de las proteínas con tricloroacético para obtener el resultado real de fósforo sin interferencia. Se utiliza el sistema informático Omega 3000.

RESULTADOS Se revisan las estrategias en un tiempo estimado de 4 meses desde su implantación:

1. Preanalítico: se detectan un total de 77 tubos sin petición, de los cuales se resuelven 55 (71,4%) en un plazo de 48 h.
2. Analítico: Obtenemos un total de 40 alarmas (0.08% respecto al total de peticiones), de las cuales en dos casos procedió precipitación con ácido tricloroacético siendo positiva la interferencia en una de ellas y obteniendo un valor real de fósforo de 3.9 mg/dL frente al interferido 7.3 mg/dL.

CONCLUSIONES Con el protocolo preanalítico hemos asegurado que el paciente tendrá su resultado el día que acuda a su cita médica, evitando nuevas extracciones, demora en la solicitud de otras pruebas diagnósticas o cambios en su tratamiento, duplicidad de citas alargando el tiempo de espera así como la ansiedad en el propio paciente, mejorando con ello la seguridad de manera importante.
Con la implantación del segundo protocolo, nos aseguramos que a ningún paciente se le da un resultado inadecuado de fósforo, evitando nueva extracción para su comprobación ni posiblemente tratamiento innecesario, es una rentabilidad baja (sólo un paciente en 4 meses), pero coste-efectiva.
Las dos estrategias han sido de utilidad para obtener una mejora en el ámbito de SP, La puesta en marcha y su realización es relativamente sencilla con una gran mejora para el paciente.

GESTIÓN DE RIESGOS. NORMA UNE EN ISO 9001:2015

ID: 45

AUTORES: VILLANUEVA CURTO, SANTIAGO[1]; CRIADO GOMEZ, L[2]; DUQUE DUNIOL, M[3]; PEREZ SEBASTIAN, MB[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSTARIO MOSTOLES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El cambio de la norma UNE EN ISO 9001, en su actualización del 2015, implica el pensamiento basado en riesgos, acciones para abordarlos y oportunidades

OBJETIVOS Elaboración de la matriz de riesgos del laboratorio de análisis clínicos dentro del sistema de gestión integrado, para adaptarnos a la nueva norma UNE EN ISO 9001:2015. Identificar los riesgos altos e implementar planes de mejora y oportunidades.

MATERIAL Y MÉTODOS Utilizamos el mapa de proceso del laboratorio programado de Análisis Clínicos, y la matriz Dafo (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades). Así mismo se usan los criterios de valoración: impacto, detectabilidad y probabilidad, cuya multiplicación dará como resultado la puntuación final del nivel del riesgo. Se consideran los siguientes niveles de riesgo:

1. Riesgo muy alto: puntuación mayor de 75. Nivel de riesgo no aceptable por la organización, requiere acciones inmediatas.
2. Riesgo alto: puntuación entre 25-75. Medidas preventivas obligatorias
3. Riesgo medio: puntuación entre 5-25. La organización decide si interviene o asume el riesgo.
4. Riesgo bajo: por debajo de 5. No se necesitan medidas correctivas

RESULTADOS No se obtuvo ningún riesgo muy alto. La mayor parte fueron riesgos medios en los que se implantó seguimiento.
Obtuvimos tres riesgos altos en los que actuamos:

1. Falta de control en recepción de muestras, proceso preanalítico, puntuación 36 alto
2. Gestión inadecuada de muestras, proceso preanalítico, puntuación 60 alto
3. Retraso en la compra de reactivos, proceso de soporte, 36 alto

Las medidas de mejora fueron :

1. Control de las muestras de centros periféricos. Se establece un protocolo de supervisión de las neveras que vienen del centro de especialidades y centros de atención primaria. Evaluando correcta llegada de las muestras, tiempo estimado de llegada y temperatura de las neveras, para ello se instalarán termómetros en el interior de las neveras. Se establece su implantación durante el año 2018.
2. Gestión inadecuada de muestras. Control de las incidencias preanalíticas, para evaluar el cumplimiento de las especificaciones preanalíticas propuestas por la Sociedad Española de Química Clínica. Se evaluarán cada 6 meses y se tomarán acciones de mejora continua.
3. Retraso en la compra de reactivos por mal funcionamiento de doble cajón (sistema implantado en el proceso de compras). Se establece un plan de supervisión por parte del facultativo-tel de la sección. Detectada la incidencia a tiempo se comunicará a la supervisora para tomar medidas inmediatas evitando el retraso en la llegada del reactivo. Se anotarán las incidencias durante todo el año 2018.

CONCLUSIONES Consideramos que la elaboración de matriz de riesgos para la adaptarnos a la norma del 2015 es un instrumento de trabajo muy práctico que permite detectar de manera sencilla riesgos sobre los que

actuar, y ofrecer oportunidades de mejora en el laboratorio clínico. Nuestros resultados muestran 3 puntos sobre los que actuar y evaluar estas herramientas propuestas durante todo el año 2018.

ID: 46

MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES PARA PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN EL HOSPITAL DE DÍA EN LA ERA COVID

AUTORES: MARTOS MARTINEZ, RAFAEL[1]; YUSTE PLATERO, M[2]; GONZALEZ ARIAS, E[3]; VILLA GONZALEZ, B[4]; RUBIO CIRILO, L[5]; ALFARO CADENAS, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia originada por el coronavirus (COVID-19) ha supuesto un cambio en la forma tradicional de asistencia, obligándonos a incluir procesos clínico-asistenciales de atención no presencial, donde prime la seguridad del paciente y se mantenga la mejor calidad asistencial y humana.
Los pacientes oncohematológicos, especialmente vulnerables, constituyen un subgrupo poblacional de alto riesgo, por lo que el desarrollo de estos protocolos de atención basados en riesgo/beneficio, deberían evitar desplazamientos al Hospital de Día (HD) facilitando una atención que obtenga los mejores resultados medidos en conceptos de salud.

OBJETIVOS Definir los procesos asistenciales implantados durante la pandemia para pacientes con patología no covid prioritaria (oncohematológicos).
Evaluar los resultados en calidad asistencial (tratamientos completados/retrasados, supervivencia, tasas infección covid-19, exitus) y calidad humana (información a familiares/pacientes, adecuación y prevención de contagios).

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio retrospectivo (9/marzo-30/junio). Incluidos todos los pacientes oncohematológicos en tratamiento quimioterápico en HD.
Se establecieron protocolos de manejo (consultas no presenciales) y asistenciales: mejora en acceso al HD (registro entrada, control síntomas y temperatura, mascarilla e higiene de manos, distancia entre puestos de tratamiento e información a familiares (con adaptación salas de espera).
La recogida clínica se realizó mediante registros codificados en la historia informatizada. El seguimiento se evaluó con formularios a través del portal del paciente o contacto directo (teléfono) para situaciones donde no era posible vía web.

RESULTADOS Atendidos 194 pacientes (n=23 de otros centros).100% pasó el control de acceso.
Consultas totales(n=388). Ciclos quimioterapia administrados(n=481). 100% atendidos en ubicación adecuada. Pacientes tratados n=188(97%), suspendidos/retrasados n=6(3%) todos covid+. Infecciones covid documentadas n=17(9%). Exitus n=5(2%) todos covid+. Realizadas 135 consultas no presenciales, correspondientes a consulta nadir (toxicidad), evitando desplazamientos (y riesgo de contagio) a 71 pacientes.
Humanización: realizadas 260 llamadas por personal sanitario, dando soporte a pacientes/familiares con información clínica diaria. Grado de satisfacción 100% de los acompañantes con la información recibida, la periodicidad y la seguridad clínica en el hospital.

CONCLUSIONES Los procesos asistenciales instaurados, han permitido que el HD oncohematológico funcione con normalidad durante la epidemia, asumiendo pacientes de otros centros, con bajo índice de suspensión de tratamientos, infecciones o exitus.
Las nuevas formas de asistencia (consultas no presenciales a través del portal del paciente), permiten mantener una adecuada calidad asistencial (excelentes datos en seguridad del paciente) y humana (evitando contagios y desplazamientos innecesarios) favoreciendo una relación médico paciente más estrecha y cercana, y que debe ser la base de la medicina del futuro.

ID: 47

PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS FRENTE A LA PANDEMIA COVID- 19

AUTORES: GONZÁLEZ-MÉNDEZ, Mª ISABEL[1]; URBÁN-CARMONA, MR[2]; MARTÍN-CASTAÑO, C[3]; VÁZQUEZ-FERNÁNDEZ, AJ[4]; MURIANA-JIMÉNEZ, R[5]; AMAYA-VILLAR, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 30 de enero la Organizaciòn Mundial de la Salud declaròel brote de SARS-CoV-2 en China Emergencia de Salud Pùblica de Importancia Internacional. Un problema identificado en China fue la escasez de personal capacitado para tratar a pacientes críticos. Se identificó también, la dificultad de disponer de equipos de protección adecuados y para realizar un uso correcto de los mismos. En España, el 16 de marzo había 9191 casos positivos de los que 432 estaban ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI). Era necesario contar con un plan de contingencia para dar respuesta a esta problemática asistencial.

OBJETIVOS

1. Procurar la asistencia óptima de los pacientes afectados por COVID19 en estado grave y la del resto de los pacientes críticos que presenten otras patologías
2. Limitar la propagación nosocomial del COVID-19 para proteger al personal sanitario y no sanitario de la UCI, evitar que el hospital sea un amplificador de la enfermedad y proteger a los pacientes que no son COVID-19 de la infección
3. Optimizar los recursos humanos y materiales de la UCI

MATERIAL Y MÉTODOS Se crea grupo de mejora conformado por cinco médicos y cuatro enfermeros con amplia experiencia tanto asistencial como de gestión. Se establece cronograma de reuniones diarias y se asignan responsabilidades según perfil. Se realizaron revisiones bibliográficas diarias para conocer y difundir las evidencias publicadas y se tomaron decisiones organizativas relevantes.

RESULTADOS Se establecen las fases de respuesta:
Fase de preparación.

- Elaboración/actualización de los protocolos asistenciales sobre el coronavirus COVID-19
- Mapa de disponibilidad de camas UCI y cuidados intermedios y posibilidad de expansión
- Previsión de equipamiento y mapa de localización.
- Asegurar el suministro del material específico para el tratamiento respiratorio de los pacientes y de los equipos de protección individual
- Información y formación del personal asistencial de la UCI en el cuidado del paciente crítico con COVID-19
- Información y formación al personal asistencial y de soporte en las medidas de protección individual.

Fase de inicio de la pandemia.

- Creación de unidades específicas para pacientes COVID y reconversión de camas de intermedios.
- Completar las plantillas de intensivistas, enfermeros y TCAES deficitarias.
- Realizar seguimiento de pacientes infectados con COVID-19 y del personal que los asiste, así como de sus contactos.
- Mantener la ratio enfermera/paciente para el resto de las patologías .
- Continuar con la información y formación del personal asistencial en el cuidado del paciente crítico con COVID-19 y medidas de protección individual .

Fase de saturación de UCI.

- No fue necesario desarrollarla.

CONCLUSIONES

La planificación ante una pandemia debe ser lo suficientemente flexible como para poder responder de manera inmediata a un abanico de posibilidades de manera graduada y eficiente. La formación e información de los profesionales ha sido la herramienta que ha demostrado tener mayor impacto.

ID: 48

CRIBADO PSICOLÓGICO PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO: INVESTIGACIÓN MULTICÉNTRICA Y MULTIDISCIPLINAR.

AUTORES: BAQUERO UBEDA, JOSE LUIS[1]; BASELGA, M[2]; CORRADI, G[3]; LEÓN MATEOS, L[4]; REDONDO DELGADO, M[5]; SÁNCHEZ ESCAMILLA, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: FORO ESPAÑOL DE PACIENTES[1], UNIVERSIDAD CAMILO JOSE CELA[23456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los pacientes con cáncer presentan niveles de ansiedad y depresión significativamente más elevados que la población sana, y un estilo de afrontamiento evitativo o pasivo en muchas ocasiones. A pesar del efecto que estas variables tienen sobre su calidad de vida, incluso sobre la evolución de su enfermedad, manifiestan que la asistencia psicológica específica que se les presta es muy deficitaria, ya que estos síntomas no son evaluados de forma continua, dada la dificultad que esto entraña para el clínico cuyo tiempo es muy limitado.

OBJETIVOS

- Resaltar, a partir de la detección de los niveles de ansiedad, depresión y estilo de afrontamiento de una muestra de pacientes oncológicos, la necesidad de elaborar un instrumento de cribado que permita al oncólogo evaluar estas variables de un modo rápido y sencillo en todos los seguimientos del paciente, y establecer criterios que le guíen en el abordaje del paciente y en su derivación al psicólogo si lo necesita.
- Describir cómo se está llevando a cabo el estudio multicéntrico para la elaboración de dicho instrumento.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio transversal diseñado multidisciplinarmente aprobado por el CEI del Hospital Clínico San Carlos, multicéntrico en los servicios de oncología médica y radioterápica de 5 hospitales de la Comunidad de Madrid. Estimamos que para detectar un coeficiente de correlación de Pearson de 0.3, con un nivel de significancia de Î± = 0.05 y una potencia de 1-Î² = 0.9, necesitaríamos un tamaño de muestra de 113 pacientes; atendidos en las consultas de oncología médica y radioterápica con un diagnóstico oncológico. Para determinar las propiedades psicométricas se valoraron 5 ítems: uno relativo a sintomatología ansiosa, dos relativos a sintomatología depresiva, uno para afrontamiento tipo indefensión y otro para afrontamiento evitativo. Como gold-standard de Ansiedad y Depresión se consideró el HADS y de Afrontamiento el MiniMAC.

RESULTADOS 186 pacientes, mayores de 18 años, completaron la evaluación. Se observó que un total de 61 pacientes (el 32,8%) presentaba sintomatología ansiosa (por encima de 8), con una media de 7,29±4,06 y 27 (el 14,5%) lo hicieron en la subescala de depresión, con una media de 4,59±3,79. En cuanto a los tipos de afrontamiento desadaptativo, un total de 73 pacientes (el 36,4%) mostró un tipo de afrontamiento evitativo, y otros 6 pacientes (3,23%) mostraba un afrontamiento tipo indefensión.

CONCLUSIONES Se hace necesario desarrollar una herramienta de cribado que facilite identificar de forma precoz a los pacientes con cáncer en riesgo emocional o de afrontamiento; para poder derivar a psicooncología y mejorar así su porvenir. El presente proyecto desembocará en la elaboración de dicho instrumento, que mejorará la asistencia a estos pacientes y su calidad de vida.

ID: 51

ABORDANDO NECESIDADES URGENTES DE DESPLAZAMIENTO DE PROFESIONALES SANITARIOS A DOMICILIOS COVID:CONTRATOS DE EMERGENCIA

AUTORES: ALMAZAN-DEL POZO, MERCEDES[1]; NARANJO-LINARES, H[2]; PADRINO-RUIZ, J[3]; GARCIA-SAMPEDRO, MA[4]; DIAZ-POZAS, J[5]

CENTROS DE TRABAJO: GERENCIA ADJUNTA GESTIÓN Y SERVICIOS GENERALES[1], GERENCIA ADJUNTA GESTIÓN Y SERVICIOS GENERALES_GAAP[2345]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia COVID-19 por infección del virus SARS-CoV-2 ha supuesto sobrecarga y un reto sin precedente para el sistema sanitario y, en particular, para la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid que ha desempeñado un papel fundamental en esta crisis. En este contexto, y teniendo en cuenta el Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo por el que el Gobierno español declara el estado de alarma, para gestionar la situación de crisis sanitaria del coronavirus COVID-19, y sus sucesivas prórrogas, desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid, se implantan medidas de contención en la propagación del virus. Éstas, reflejadas en el "Plan de respuesta a la epidemia por el coronavirus COVID-19 en Atención Primaria", describe el interés de adaptar la estructura y organización asistencial de AP para, dentro sus competencias, dar respuesta a la epidemia por COVID-19. Se detalla la asistencia que prestarán los profesionales de los Centros de Salud, atención a pacientes con sospecha de infección por coronavirus y mantenimiento de la asistencia que no puede esperar a que cesen los contagios, que ha conllevado especialmente el incremento de visitas a domicilio y atención telefónica. En total, diariamente se han atendido a más de 45.000 pacientes. Esta Gerencia Asistencial de Atención Primaria gestiona 266 CS, 163 Consultorios y 1 centro adscrito, con una plantilla fija de unos 13.300 profesionales. Dar cobertura a la atención de las personas en domicilio, ha hecho preciso utilizar los contratos de emergencia para cubrir las necesidades urgentes de un sistema de desplazamiento de los profesionales de los centros de salud hasta los domicilios de los pacientes COVID 19

OBJETIVOS Dar continuidad a la prestación de servicio iniciada por la Dirección General de Transportes, Movilidad e Infraestructuras por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, poniendo a disposición del profesional vehículo y conductor para desplazarse a domicilio del paciente para: cubrir la necesidad de cobertura asistencial específica derivada de la atención a personas en aislamiento domiciliario; valorar pacientes con síntomas de alarma o cambios en el estado clínico relacionados con la infección por COVID-19; realizar procedimientos de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS Solicitud presupuesto a empresas. Realización contrato de un servicio, en 4 lotes, de puesta a disposición de un vehículo de hasta 9 plazas y conductor, en horario de 8:00 a 21:00, en cada uno de los 266 Centros de Salud de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. El total de vehículos es de 266. Se realizan ajustes y prórrogas de contratos coincidiendo con las fechas del estado de alarma nacional.

RESULTADOS Total coste de expedientes en 5 semanas:668.745 euros

CONCLUSIONES Inicialmente su implantación ha sido necesaria, pero además ha sido muy bien valorada por los profesionales. Este servicio creo ha venido para quedarse, pero se debe definir exactamente cuál será la cobertura.

TUTOVIDEO: TUTORIALES FORMATIVOS POR Y PARA EL PERSONAL

ID: 59

AUTORES: CASTELLÓ DEL PINO, MARÍA TERESA[1]; RAMOS PAREJA, E[2]; SANABRIA VICENTE, R[3]; LEÓN RODRÍGUEZ, MJ[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL QUIRONSALUD MALAGA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN

La transformación digital dinamiza nuestro modelo de hospitales enfocándose a los retos en nuevas necesidades y experiencia de paciente, seguridad y los resultados clínicos y nuevas tecnologías, extendiéndose también al ámbito de los cuidados. En este contexto, la comunicación interna, la formación y el clima de nuestros equipos adquieren más dimensiones y potencialidades, de modo que nuevos canales y la utilización de videos tutoriales abren una prometedora vía de conocimiento compartido e implicación de los profesionales.
Bajo estos principios, comenzamos a elaborar los primeros vídeos por parte de referentes para cada técnica o procedimiento, iniciando su utilización como comunicación interna hacia profesionales de reciente incorporación o con menos experiencia. La magnífica acogida y usabilidad de los vídeos y el elevado nivel de implicación por parte de los profesionales involucrados nos animaron a poner en marcha el proyecto TUTOVIDEO, una plataforma digital que albergará todos los tutoriales y cuyo potencial, al margen de los cuidados, podría extenderse y en definitiva, tener disponible un conocimiento compartido, generado por tus propios compañeros, en un formato ágil, amable y disponible en cualquier momento, lugar y dispositivo.

OBJETIVOS

- Elaborar un tutorial para cada procedimiento o técnica de cierta relevancia de modo que generemos un repositorio de imagen albergado en la plataforma digital TUTOVIDEO.
- Potenciar nuevos canales de comunicación interna con los profesionales de reciente incorporación o con menor experiencia.
- Aumentar la implicación de los profesionales y el sentido de pertenencia a su Unidad y Hospital a través de los desarrollos de transformación digital.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Proceso de normalización en la elaboración de los vídeos tutoriales, determinando los ámbitos prioritarios, el formato y duración de los mismos y los profesionales idóneos para llevarlos a cabo.
- Elaboración de la plataforma digital TUTOVIDEO y validación de la misma en cuanto a privilegios y accesos, con estructura que permite la clasificación del material y búsquedas sencillas e intuitivas, así mismo en cada equipo donde su manejo tenga disponible un tutorial, dispondrá de un código QR con enlace directo al video.
- Definición del procedimiento de revisión, validación y habilitación de los vídeos.

RESULTADOS

Hasta la fecha hemos realizado un total de 18 tutoriales, se ha validado la alta efectividad de la plataforma como un canal de elevado impacto en la comunicación interna en el hospital, siendo muy bien aceptado, lo que conlleva una elevada usabilidad y se ha constatado una mejora en el manejo de ciertas técnicas y procedimientos con el impacto que ello tiene en seguridad del paciente y de los profesionales.

CONCLUSIONES

La transformación digital abre nuevas vías en comunicación interna, formación de profesionales e implicación de los mismos. La plataforma digital TUTOVIDEO nos ha permitido impactar positivamente en todos esos ámbitos haciendo nuestros procedimientos más controlados y seguros.

ID: 60

¿CÓMO PUEDO AYUDAR? ADAPTACIÓN DE UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD A LA PANDEMIA COVID

AUTORES: SUÁREZ RUEDA, CRISTÓBAL[1]; HERRERA ABIÁN, M[2]; SÁNCHEZ MENAM, M[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El SARS-CoV-2 ha obligado a los sistemas sanitarios a trabajar bajo presión. Los Servicios de Traumatología han debido reinventarse para seguir atendiendo a sus pacientes y ayudar a otros servicios más implicados aprovechando lo numeroso de su personal.

OBJETIVOS Describir la adaptación de un Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) que es uno de los más numerosos en cualquier hospital. Sin embargo sus conocimientos para afrontar una pandemia respiratoria son limitados lo que obliga a reinventarlos para no desperdiciar tanto potencial humano.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio transversal de centro único describiendo la adaptación del Servicio de COT del Hospital Universitario Infanta Elena desde el 01/03/2020 al 26/04/2020 comparado con el mismo periodo de 2019.

RESULTADOS ADAPTACIONES EN LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE COT

- 13 de los 25 miembros del Servicio se dedicaron en exclusiva a la lucha contra el COVID mientras el resto mantenía operativo el Servicio de COT.
- Se analizaron 13.946 pacientes en consulta, 612 cirugías, 4.442 urgencias y 16.284 pruebas de imagen.
- El 65% de las consultas fueron telemáticas, el 89% en las semanas centrales. Las cirugías cayeron de 460 en 2019 a 152 en 2020. En marzo 112 y en abril 40. La asistencia a urgencias cayó un 76% y la asistencia media diaria desde 62 a 8,8. Con dos picos de 3 pacientes al día.

ACCIONES DE COT EN LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

- La Jefatura de Servicio de COT coordinó la revisión de 5.173 ECOs, RMN y TC programadas en todo el hospital reduciéndose de forma controlada un 71% en todos los servicios respecto a 2019. En traumatología se postpusieron 1.047 pruebas.
- La Jefatura de Servicio de COT se encargó de la organización de los médicos de servicios no directamente relacionados con el tratamiento del COVID para realizar labores administrativas y de apoyo donde fueran requeridos. Se llegaron a coordinar 63 profesionales de diferentes especialidades como médicos de apoyo.
- Se destinaron traumatólogos a Hospitalización domiciliaria (residencias de ancianos), farmacia, información telefónica, médicos de apoyo administrativo en las plantas COVID (esperando a la puerta de las habitaciones escribiendo en la historia o pautando la medicación al dictado de los internistas se aumentaba el ratio de pacientes atendido por internista mientras que se minimizó el consumo de EPIs)
- Asunción junto con Cirugía General de la consulta de curas para liberar a las enfermeras.
- Asunción de todas las urgencias traumatológicas las 24h liberando al Servicio de Urgencias.
- COT controló el reparto EPIs entre todos los médicos.

CONCLUSIONES La pandemia obligó reinventarse.
Es imperativa la colaboración entre servicios sin dejar de atender lo necesario para el correcto man-

tenimiento de sus actividades esenciales.
El apoyo de la telemedicina ha permitido mantener la correcta atención sobre los pacientes.
No puede desaprovecharse el potencial humano y la capacidad organizativa de uno de los servicios más numerosos en cualquier hospital.

ID: 61

PLAN DE GESTIÓN-CONTINGENCIA COVID-19 HOSPITALES PÚBLICOS DE MADRID (GRUPO QUIRONSALUD)

AUTORES: MULLER GARCÍA, LETICIA[1]; ALFARO CADENAS, L[2]; GONZÁLEZ CONTRERAS, M[3]; PALOMERA RUFO, P[4]; SÁEZ MARTÍN, E[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA[2], HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS[3], HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ[45]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 31 de diciembre de 2019 la OMS alertó sobre la aparición de una neumonía de etiología en la ciudad de Wuhan (China). El 7 de enero las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae (posteriormente denominado SARS-CoV-2). El 30 de enero el director general de la OMS declaró el brote del nuevo coronavirus 2019 (SARS-CoV-2) en la República Popular de China una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). El día 11 de marzo la OMS declaró la epidemia mundial. Los coronavirus que afectan al ser humano (HCoV) pueden producir cuadros clínicos que van desde el resfriado común con patrón estacional en invierno hasta otros más graves como los producidos por los virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo.

OBJETIVOS El objetivo principal es establecer un Plan de preparación y respuesta ante la amenaza que supone un nuevo brote de COVID-19 cuyo manejo en el contexto habitual requiere de medidas de reorganización y prevención de alto nivel. Para evitar la diseminación del SARS-CoV-2 a partir de un caso (importado o autóctono) los objetivos específicos de este plan son: 1) Procurar asistencia óptima a pacientes afectados por COVID-19 y al resto de pacientes críticos que presenten otras patologías; 2) Limitar su propagación nosocomial protegiendo al personal del hospital, evitar que el hospital sea un amplificador de la enfermedad y proteger a los pacientes no contagiados de la infección; 3) Optimizar la dotación de personal ajustada al número y características de los pacientes atendidos durante el brote epidémico. 4) Asignar recursos limitados de atención médica de manera racional, ética y organizada (mayor bien para el mayor número de personas). Se definen las siguientes fases de respuesta a la epidemia: 0/INTEREPIDEMICA; 1/CONTENCIÓN/INICIO; 2/PICO EPIDEMIA; 3/TRANSICIÓN/NORMALIZACIÓN

MATERIAL Y MÉTODOS El Plan ha sido elaborado por las Direcciones de Calidad de los Hospitales Públicos de Madrid del Grupo Quironsalud (H.U. Fundación Jiménez Díaz, H.U. General de Villalba, H.U. Infanta Elena y H.U. Rey Juan Carlos) y describe el sistema de actuación a seguir para la identificación de casos de pacientes con sospecha de COVID-19 y su gestión, con el fin de minimizar el riesgo de transmisión a pacientes, profesionales y ciudadanos en general.

RESULTADOS A fecha de mayo de 2020 queda elaborado el Plan de los 4 hospitales, poniéndose en marcha a continuación un Plan específico para cada uno de ellos, con sus particularidades, planes que quedan elaborados y en permanente actualización desde el mes de junio de 2020.

CONCLUSIONES El plan de contingencia común y el individual de cada hospital han sido elaborados gracias al aprendizaje de todos los profesionales durante la epidemia. Se han documentado todas las actuaciones, circuitos, protocolos y material informativo/formativo para que, en cada una de las fases de la epidemia, todos los profesionales conozcamos cómo proceder.

LA EFICIENCIA Y SEGURIDAD DEL AUTO-COVID

ID: **62**

AUTORES: ECHAVE SEDANO, SILVIA[1]; GONZÁLEZ AYALA, A[2]; BEAMONTE GUTIERREZ, M[3]; SAN MARTIN CABAÑES, M[4]; PÉREZ ALFARO, M[5]; GARCIA MARTIN, B[6]

CENTROS DE TRABAJO: C.S. JOSE LUIS SANTAMARIA[12], C.S. GAMONAL ANTIGUA[35], C.S. CRISTOBAL ACOSTA[4], C.S. LOS COMUNEROS[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por coronavirus supuso una importante solicitud de pruebas de diagnósticos mediante PCR (siglas en inglés de "Reacción en Cadena de la Polimerasa"). Esta gran demanda de pruebas hizo que el realizarlas a domicilio fuera muy complicado. El que los pacientes acudan a un punto concreto en coche y el profesional lo realice a través de la ventanilla agiliza y disminuye la demanda a la vez que se reduce el uso de Equipos de Protección Individual ya que se utiliza uno en una jornada, mientras que en los domicilios hay que cambiarse tras cada paciente

OBJETIVOS

- Describir la gestión de la solicitud de las PCR.
- Explicar el modelo de citación del servicio del Auto-COVID para la toma de muestras de una manera rápida y segura.

MATERIAL Y MÉTODOS Revisión del protocolo realizado por la Gerencia de Atención Primaria de Burgos (GAP-Bu) durante la pandemia del COVID-19

RESULTADOS Según el protocolo realizado son candidatos a realizar PCR de manera ambulatoria:â€¨

- personal sanitario, sociosanitario y servicios especiales en aislamiento domiciliario preventivo
- personas "especialmente vulnerables" con patología cardiaca, respiratoria, oncológica, insuficiencia renal, diabetes, inmunosupresión, trasplantados, mayores de 65 años o embarazadas
- personas residentes en instituciones cerradas (estos pacientes no acudirán al AUTO-COVID).
- Todos estos pacientes deben presentar sintomatología del SARS-CoV-2.

Dichos pacientes tienen que ponerse en contacto con su médico de Atención Primaria, y éste a través del coordinador de su centro de salud mandará un listado a GAP-Bu.
Además también se realiza la PCR a pacientes con una intervención quirúrgica y/o prueba diagnóstica programada. Las solicitudes son realizadas desde el Hospital Universitario de Burgos a la GAP-Bu.
Desde aquí, se llama individualmente a los pacientes y se cita en cada uno de los 3 puntos de realización de la prueba en la provincia (Burgos, Aranda de Duero y Miranda de Ebro). Los pacientes deben ir en coche, provistos de guantes y mascarilla. Se realiza un frotis nasofaríngeo. El resultado se lo da su médico de Atención Primaria al día siguiente de manera telefónica.

CONCLUSIONES La centralización de las peticiones a través de GAP-Bu permite una mejor gestión y disminución de los tiempos de espera para la realización de la PCR, aumentando el número de recogida de muestras diarias.
La realización de la prueba a través del coche evita el mínimo contacto entre paciente y profesional y agiliza la realización de las pruebas a un mayor número de gente.
Con este servicio se evita que los profesionales sanitarios que recogen muestras pierdan tiempo en desplazamientos de un domicilio a otro.

ID: 68

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA ACTIVIDAD DE LAS COMISIONES CLÍNICAS Y COMITÉS ASISTENCIALES

AUTORES: BALLESTER ROCA, MÒNICA[1]; GARCIA GIMENO, L[2]; POCINO CAMPAYO, A[3]; PARÉS MARTÍNEZ, D[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las comisiones clínicas y comités asistenciales de los hospitales son grupos multidisciplinares que aportan conocimiento experto a cuestiones diversas como la mortalidad hospitalaria, las infecciones, la documentación clínica, la ética asistencial, y al manejo de diversas enfermedades. La pandemia de Covid-19 ha impedido las reuniones presenciales de profesionales por diferentes causas: medidas de prevención de contagios y sobrecarga asistencial por la atención a pacientes Covid. Además las autoridades sanitarias y direcciones de los hospitales prohibieron las reuniones que no fueran estrictamente indispensables

OBJETIVOS Determinar el impacto de la pandemia de Covid-19 en el funcionamiento de las comisiones clínicas y comités asistenciales en un hospital universitario terciario, evaluando la suspensión de las reuniones presenciales, el uso de tecnologías digitales de comunicación para reuniones virtuales y las dificultades para el restablecimiento de la actividad habitual de las reuniones

MATERIAL Y MÉTODOS Encuesta en marzo del 2020 a los presidentes y coordinadores de las comisiones clínicas y comités asistenciales a través de Google Forms. Análisis de la base de datos de estas comisiones y comités

RESULTADOS Participaron 72 comisiones clínicas y comités asistenciales (68%) de las 106 existentes en el hospital e integrados por 923 profesionales (73% médicos, 14% enfermeras y 13% del resto de categorías)
El 93% suspendieron las reuniones presenciales y el 24% las celebraron de manera virtual. Las plataformas más utilizadas fueron: Zoom (26%), Microsoft Teams (21%) y otras como Webex y Jitsi.
El 78% desconocen la herramienta corporativa existente (ACANO) para videoconferencias. El 12,5% creen que la plataforma utilizada garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos
Los principales problemas en las reuniones virtuales han sido: dificultades para la conexión y problemas para compartir documentos, imágenes y presentaciones
El 36% manifestaron interés en retomar las reuniones de manera inmediata, un 49% antes del verano y el 14% después del verano. El 94% piensa mantener la misma frecuencia de reuniones que antes de la pandemia y un 81% están dispuestos a retomar las reuniones en formato virtual

CONCLUSIONES La pandemia de Covid-19 ha supuesto un impacto importante en la actividad de las comisiones clínicas y comités asistenciales y un impulso a las nuevas tecnologías para comunicaciones virtuales.
Los profesionales han manifestado una amplia disponibilidad a adaptarse a ellas
Los principales problemas son el desconocimiento de las plataformas, la falta de ordenadores con cámaras y micrófonos, y de salas de reuniones que permitan reuniones manteniendo la distancia de seguridad para las 106 comisiones y comités del hospital
Las recomendaciones a la dirección del hospital consisten en facilitar el uso de la plataforma corporativa a través de su promoción interna, la formación de los miembros de las reuniones en su uso y dotar de ordenadores adecuados

ID: 70

EFECTO DE LA RECOMENDACIÓN DE DOSIFICACIÓN Y ALERTA DE LABORATORIO SOBRE VALORES CRÍTICOS DE VITAMINA D Y DAÑO ASOCIADO

AUTORES: GUNDÍN MENÉNDEZ, SIMÓN[1]; BRIONES CUESTA, E[2]; ARRABAL ALONSO, A[3]; NÚÑEZ RODRÍGUEZ, J[4]; PÉREZ CASTRO, A[5]; GUNDÍN MENÉNDEZ, I[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS[1234], HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE[5], MEGALAB[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En los últimos años se ha detectado un incremento gradual en las determinaciones de Vitamina D. Esto unido a que no hay consenso sobre el nivel para iniciar tratamiento, ni el objetivo a alcanzar con el mismo; aconseja la adecuación de la demanda de su determinación. Nuestro servicio de farmacia detectó un consumo inadecuado del stock de colecalciferol y calcidiol, probablemente relacionado con sobredosificaciones, algo que tiempo más tarde la AEMPS confirmó con una alerta de casos graves de hipercalcemia por sobredosificación.

OBJETIVOS Con estos antecedentes, y en colaboración con el servicio de farmacia de atención primaria, elaboramos un protocolo para reconducir esta situación, evaluando la eficacia de estas medidas y su repercusión en la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS Se evalúan un periodo de 7 años, con atención a los 2 años pre y post-implantación de medidas. El coste de la determinación de vitamina D es 6,13€.
Estudiamos retrospectivamente a los pacientes con hipervitaminosis D (>70 ng/mL) e hipercalcemia (>10,4 mg/dL), analizando sus pautas de dosificación y las consecuencias que puedan haber tenido sobre su salud.
En Marzo de 2018 se elabora un protocolo con recomendaciones sobre la suplementación. Para la monitorización de tratamientos de repleción o mantenimiento se recomienda evaluar cada 4 meses. Establecemos una regla de rechazo de solicitudes con el comentario "Vitamina D rechazada por solicitud en un periodo inferior a 4 meses", excluyendo neonatos y cirugías bariátricas. En Marzo de 2019, aprovechando la alerta de la AEMPS, añadimos a las hipervitaminosis el comentario "Nivel crítico de Vitamina D. Probable error en prescripción o toma del medicamento".

RESULTADOS Se determinan 28991 Vitaminas D en 2017, 26145 en 2018 y 29167 en 2019. Se rechazan 5053 peticiones en el periodo.
El porcentaje de hipervitaminosis fue en 2016:1,34%; en 2017:1,39%; en 2018:0,85%; y en 2019:0,46%. Todos tomaban suplementación, encontrándose errores en la pauta de administración por: dosis excesivas, pautas diarias en lugar de mensuales, demasiada duración del tratamiento, dosis repetidas de presentaciones de administración única. Sin embargo, solo el 5,4% presentaron hipercalcemia, y de estos, la mayoría fueron asintomáticas normalizando sus valores tras suspender el tratamiento. El resto (14%) requirieron consulta, ingreso o tratamiento específico de sus síntomas.

CONCLUSIONES Nuestra regla de rechazo parece frenar la tendencia al alza de las determinaciones, con un porcentaje de rechazos (9,1%) que supone un ahorro en costes directos de 15488 euros/año. Y confirmamos que los pacientes con valores críticos de vitamina D están sobredosificados, su incidencia en los años previos (1,36%) descendió notablemente con el inicio de nuestro protocolo, y más marcadamente tras la recomendaciones de la AEMPS y la adición de nuestro comentario. Aunque el tratamiento nunca está exento de riesgos, constatamos que la posibilidad de hipercalcemia asociada a sobredosificaciones es baja.

ID: 71

S.O.S.: SAVE OUR SENIORS. NUESTROS MAYORES EN LOS TIEMPOS DEL COVID: ¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE CUIDARLOS?

AUTORES: HERRERA ABIÁN, MARÍA[1]; BARCENA GOITIANDIA, L[2]; ORTEGA LLORENTE, JM[3]; GAGLIARDI ALARCÓN, L[4]; MOLINA MONTES, M[5]; JIMENEZ RODRIGUEZ, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En nuestro hospital el foco fue un centro de mayores por lo que tuvimos pronto muchos ancianos ingresados. Parte de estos pacientes, no candidatos a UCI con demencia fueron ingresados en un espacio diáfano (gimnasio de rehabilitación) adaptado con tomas de oxígeno y donde se podían usar máscara de buceo en pacientes con techo terapéutico como uso compasivo. El fin de esta sala era tener vigilancia "intensiva" evitando retirada inesperada de O2 que podía llevar al fallecimiento al no estar supervisado. Evitamos así sujeciones y favorecimos la movilidad imposible en otras zonas durante la pandemia.

OBJETIVOS Estudiar cómo afectó la pandemia a los ancianos la respuesta a los tratamientos convencionales. y la adaptación del hospital a las necesidades paciente del mayor.

MATERIAL Y MÉTODOS Valoramos mayores 80 años COVID, ingresados del 1/3/20 al 25/4/20. Se construyó un modelo de regresión logística multivariante.

RESULTADOS 274 pacientes con COVID â‰¥ 80 años. 47,8% (n= 131) hombres.
Ferritina y DDimero a mayores niveles al ingreso mayor riesgo de exitus.
Hidroxicloroquina; reduce el riesgo de exitus un 77%.
También significación estadística tratados más de 5 días con metilprednisolona(p= 0,017) y aquellos con algún tipo de nutrición artificial (p= 0,32).
Ninguna otra asociación resulta significativa. Los pacientes ingresados en la zona del gimnasio tuvieron mortalidad 23%, inferior a la media del resto de series.

CONCLUSIONES Nuestro hospital se adaptó rápidamente para cuidar de los ancianos más vulnerables, ingresando gran número pacientes mayores 80 años. Se iniciaron tratamientos según protocolo ministerial observando asociación significativa con aumento de supervivencia en los tratados con metilprednisolona más de 5 días y con hidroxicloroquina en análisis regresión multivariante con reducción significativa de exitus. Con estos datos, parece que es un fármaco resultados alentadores.
Cifras elevadas de Ferritina y DDimero, linfopenia e hipoalbuminemia se asocian a mayor mortalidad. Administrar algún tipo de nutrición artificial también resultó estadísticamente significativo. Se transformaron algunas zonas para ubicar a los pacientes mayores susceptibles de oxigenoterapia y vigilancia Para esto se organizó el gimnasio donde ingresamos pacientes con demencia y trastornos de conducta con el fin de vigilarlos continuamente y evitar que se retiraran los dispositivos de oxigeno y mácaras de buceo como uso compasivousada. Aquí se evitaban así las sujeciones tan contraproducentes y que provocan sufrimiento añadido. Esta sala permitió comenzar movilizaciones, caminar con andador supervisados por el personal que estaba dentro de la sala. De esta forma se evitaba el decondicionamiento típico. La zona diáfana fue el lugar ideal para la ubicación de nuestros mayores, proporcionó mayor seguridad a los que por su situación eran candidatos a UCI pero si necesitaban vigilancia. Logró movilidad precoz y disminuyó número de sujeciones y significativamente la mortalidad.

GESTION DE LA CRISIS COVID EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

ID: **72**

AUTORES: PASCUAL MARTINEZ, ADRIANA[1]; NAYA ERREA, D[2]; BELTRAN ALVAREZ, P[3]; BERMEJO MARTINEZ, L[4]; GONZALEZ MEDINA, J[5]; LLAMAS SILLERO, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: H. UNIVERSITARIO INFANTA ELENA[12345], FUNDACION JIMENEZ DIAZ[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por SARS-COV-2 ha sido una de las mayores crisis sanitaria de nuestro tiempo y ha puesto en jaque al sistema. Hematología tuvo un doble desafío, el del hospital (presión severa, riesgo de infección de pacientes y profesionales), y el propio por pacientes que no podían retrasar seguimiento o tratamiento.La transformación tenía que ser rápida para aplicar todas las medidas de contención y proporcionar atención necesaria, sin aumentar el riesgo de exposición para pacientes y profesionales

OBJETIVOS Mantener atención a pacientes que lo necesitaban de forma segura y con calidad asistencial y humana

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio retrospectivo actividad (1/marzo-24/abril) comparada con actividad en el mismo periodo 2019.
Se crearon protocolos de manejo (consultas no presenciales) y asistenciales:acceso (control síntomas,temperatura, mascarilla e higiene de manos, distancia entre puestos)
De 3 hematólogos, el jefe se incorporó al equipo de gestión. Los 2 médicos restantes asumieron el servicio, separando aquellos pacientes con necesidad de acudir al hospital de aquellos que no era estrictamente necesario. Mientras uno atendía a pacientes que tenian acudir (hospitalizados, hospital de día, consultas), el otro transformó el trabajo en actividad no presencial a través del 'Portal del Paciente' Plataforma informática segura y gratuita que facilita a pacientes acceso a su información, gestión de citas. El valor es la posibilidad de interactuar con el profesional para que la comunicación sea precisa, continuada. Ya estaba disponible y ha sido fundamental para reconvertir las revisiones de consulta en actividad no presencial

RESULTADOS 350 pacientes consulta, el 5.71 % (20) tuvieron cuadro compatible o test positivo COVID-19
44 pacientes que acudieron al HdD el 6.8 % (3) tuvieron infección. De los 44 pacientes, 27 pacientes recibieron tratamiento y 17 se transfundieron, siendo 3 (11%) y 0 la incidencia de COVID-19. La incidencia sumada COVID-19 pacientes que vinieron al hospital como a farmacia fue 7.14% (6 pacientes del total de los 84 que vinieron).Los datos reportan que solo un 5% de la población española está inmunizada frente a COVID-19, lo que indica que la prevalencia es del 5%, esto revela que los pacientes, tienen una incidencia similar pese a ser pacientes potencialmente inmunodeprimidos.
Los pacientes que acudieron al hospital presentaron una incidencia del 7.14%. es ligeramente mayor, tiene que ser evaluada con perspectiva, porque solo 6 pacientes fueron COVID-19+.La actividad del hospital de día y de la farmacia hospitalaria aumentó justificado por la variabilidad de diagnósticos; sostiene iniciativa de no retrasar tratamiento necesario

CONCLUSIONES El servicio se adaptó a la pandemia con rapidez, cambiando el modo de trabajo y pese a tratar pacientes vulnerables, se decidió mantener el tratamiento. Gracias a las medidas de prevención, a las TICs y al trabajo en equipo, se ha garantizado un manejo adecuado y personalizado sin un riesgo aumentado de presentar infección por COVID-19

TELEMONITORIZACIÓN CLÍNICA DOMICILIARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

ID: **73**

AUTORES: PASCUAL MARTINEZ, ADRIANA[1]; SANCHEZ, M[2]; BLANCO, D[3]

CENTROS DE TRABAJO: H. UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En Estado de Alarma, el sistema sanitario ha tenido dificultades para dedicar el mayor esfuerzo a la atención de los pacientes ingresados COVID+ y poder ofrecer atención a pacientes ambulantes, para controlar su evolución sin acudir al hospital
En este contexto de confinamiento es relevante la telemedicina para la atención no presencial que permitan atención segura, de calidad y eficiente.
El hospital realizado la gestión remota de los pacientes a través del 'Portal del Paciente'(PdP) Plataforma informática segura y gratuita que facilita a pacientes acceso a su información, gestión de citas. El valor es la posibilidad de interactuar con el profesional para que la comunicación bidireccional, ya las utilizábamos y han permitido seguimiento, dando calidad y seguridad; mejorar la experiencia de los pacientes y los profesionales

OBJETIVOS Utilizar actividad no presencial para reducir la exposición y el contagio de pacientes y profesionales. Potenciar la telemedicina para ofrecer una monitorización clínica de calidad y seguridad. Demostrar que la trasformación digital es posible y necesaria

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio retrospectivo actividad consulta (9/03-26/04) comparada con actividad de las 7 semanas previas. Se crearon protocolos de manejo (consultas no presenciales) y asistenciales

RESULTADOS el 70 % de pacientes atendidos al mes en el hospital están activos en el PdP y teníamos 180 procesos no presenciales diseñados por los especialistas, lo que permitió que se transformara la consulta programada en no presencial
La actividad ambulante, se reduce de manera desde el inicio de la pandemia y sufre una transformación. Cada servicio realiza revisa para intentar mantener la actividad transformándola a no presencial. Durante el periodo de pandemia se han asignado 1.449 formularios públicos a través del PdP (periodo previo 896), incremento del 62%, y se han realizado 1.619 consultas no presenciales de resultados.
Las primeras consultas disminuyeron un 88. La actividad de consultas sucesivas disminuyó en total un 20%. Del total de la actividad de consultas sucesivas, la diferencia fundamental es que mientras en las semanas PreCOVID la actividad no presencial estaba en 20% del total, en la epidemia ha supuesto el 80%.Para dar respuesta a la necesidad de evitar desplazamientos y contagios de los profesionales se ha potenciado teletrabajo, con conexión remota segura pasando de 130 accesos disponibles a 300.

CONCLUSIONES La pandemia ha sido un reto para el sistema y en particular en hospital, necesitando respuesta inmediata, reorganización y adaptación para dar atención a pacientes más graves ingresados y ofrecer atención clínica segura, eficiente y de calidad a pacientes ambulantes. La telemedicina y los servicios no presenciales ha sido la clave. Demostrando que COVID o no COVID estamos para cuidarlos. El uso de las TICs deben permanecer tras la crisis e incluso ser la forma habitual de prestar servicio, su adopción correcta puede crear un modelo sanitario estable con mejores resultados y reduciendo costes

ID: 74

ANALISIS DE LENGUAJE NATURAL PARA IDENTIFICAR EFECTOS ADVERSOS

AUTORES: FERNÁNDEZ DE MAYA, JOSÉ[1]; LADIOS MARTÍN, M[2]; BELSO GARZAS, A[3]; GIL COLLADOS, MC[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL VINALOPO[14], RIBERASALUD[2], FUTURS[3], HOSPITAL VINALOPÓ[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Aunque existen esfuerzos para aumentar el registro de eventos adversos, muchos eventos adversos pueden no registrarse o registrarse en lugares de la historia clínica que no permiten su identificación y extracción para su posterior análisis. El registro de ciertos eventos en lugares específicos además de en el evolutivo clínico supone un doble registro que puede provocar pérdida de registros, una pérdida de información importante con repercusiones en los indicadores de seguimiento y posible acciones de mejora.

OBJETIVOS

- Identificar las úlceras por presión y caídas no registradas en las hojas específicas pero sí registradas en evolutivos en texto libre.
- Aumentar el registro de estos eventos en la hoja de la historia clínica específica para ello

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se realiza búsqueda en evolutivos de enfermería de 2016 a junio de 2018, de dos hospitales, de registros con palabras clave relacionadas con úlceras por presión y caídas que no tengan registro sobre ellas en los apartados destinados a tal fin.
- Revisión para detectar los falsos positivos
- Incorporación en historia clínica de los casos reales detectados
- Durante 2018 identificación en evolutivos en tiempo real y notificación a responsable para registro correcto

RESULTADOS Se analizaron evolutivos que contenían las palabras claves relacionadas con úlceras por presión y caídas
Tras la intervención se detectaron 184 upp en hospitalización y 137 en UCI que no habían sido registradas en las hojas específicas. Se detectaron 318 caídas no registradas en las hojas específicas para ello.

CONCLUSIONES La búsqueda de eventos adversos por lenguaje natural permite detectar eventos no registrados correctamente.
Se han identificado un 42% más de úlceras por presión y un 68% de caídas que permanecían ocultas.
Durante 2018 la vigilancia diaria para la detección de la falta de registro en lugar correcto ha disminuido los casos significativamente de pérdida de información
Los esfuerzos de las organizaciones no solo deben dirigirse a mejorar la infranotificación de los eventos adversos sino también al registro en el lugar adecuado.

ID: 76

COMISIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN EL REPROCESAMIENTO DEL MATERIAL QUIRÚRGICO

AUTORES: SALAMANCA RIVERA, CELIA[1]; JIMENEZ MESA, E[2]; VALENCIA MARTIN, R[3]; RAMIREZ DE VERGER JAEN, M[4]; RUIZ CABRERA, MA[5]; MACIAS NICOLAS, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los avances y modernizaciones en las intervenciones quirúrgicas demandan la utilización de dispositivos e instrumentos médicos cada vez más complejos. Con el fin de garantizar la calidad y seguridad en la atención de los pacientes, el reprocesamiento de dicho instrumental se vuelve cada vez más exigente (estándares, técnicas, normativas). El trabajo coordinado entre las Centrales de Esterilización (CE) y los Bloques Quirúrgicos (BQ) es imprescindible para asegurar el adecuado reprocesamiento del instrumental, y para detectar problemas y sistematizar la búsqueda de soluciones

OBJETIVOS Formación de una comisión multidisciplinar para la mejora de la calidad en el reprocesamiento del material quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS Composición del grupo: subdirección médica y de enfermería, jefes de bloques quirúrgicos, FEAs de Medicina Preventiva, Supervisora y coordinadora de enfermería de la CE.
Se realizan reuniones mensuales. Aprobación y difusión de documentos.

RESULTADOS Constitución en mayo 2018 de la Comisión Multidisciplinar para la Mejora de la Calidad en el Reprocesamiento del material quirúrgico del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR).
Se realizan reuniones de trabajo mensuales, y se mantiene contacto permanente del grupo telemáticamente en el periodo entre reuniones. Se prioriza los temas a solventar: 1) normalización de productos de un solo uso, 2) optimización de las técnicas de esterilización para el instrumental quirúrgico, 3) auditorías de calidad de la limpieza de los contenedores recibidos en la CE, 4) calidad del instrumental quirúrgico de préstamos o en depósito, 4) protocolización y formación para la adecuada limpieza y desinfección del instrumental, 5) eliminación del textil no barrera de la CE, 6) renovación del stock quirúrgico. Se ha procedido a la elaboración de Procedimientos Normalizados de Trabajo, Guías de trabajo, y se han realizado sesiones de formación para los profesionales implicados.

CONCLUSIONES Constituir una comisión multidisciplinar para la mejora de la calidad en el reprocesamiento del material quirúrgico facilita la coordinación entre los BQ y la CE, promoviendo propuestas conjuntas de mejora continua en la calidad del proceso de limpieza-desinfección-esterilización del material quirúrgico para garantizar una atención segura y de calidad a los pacientes. Se han conseguido mejoras en la calidad de la limpieza del instrumental y en la coordinación diaria entre BQ y CE. Es necesario seguir trabajando en esta línea de coordinación hasta la creación futura de una CE global en la que se realice el reprocesamiento completo del instrumental del HUVR.

ID: 77

RESULTADOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS EN LA PANDEMIA POR SARS COV 2

AUTORES: HEILI FRADES, SARAH[1]; CARBALLOSA DE MIGUEL, MP[2]; NAYA PRIETO, A[3]; FERNÁNDEZ ORMAECHEA, I[4]; EZZINE DE BLAS, F[5]; PECES BARBA, G[6]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Existe información limitada sobre las características de los pacientes que requieren hospitalización en la unidad de cuidados respiratorios intermedios (UCIR) por la enfermedad COVID19 y hasta el momento, ningún tratamiento ha demostrado claramente su eficacia en la UCIR.

OBJETIVOS Analizar las comorbilidades y signos vitales asociados a mortalidad. Identificar los fármacos que aumentaron la supervivencia. Analizar las técnicas de soporte respiratorio utilizadas e detectar aquellas que disminuyeron la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS Se extrajeron datos demográficos y clínicos, de los registros clínicos electrónicos en 274 pacientes con SARS-CoV-2 ingresados en una UCIR entre el 1 de marzo y 5 de mayo de 2020. Mediante regresión logística, se obtuvieron las variables que mejor discriminan mortalidad. Se aplicaron análisis vectoriales de componentes principales y un algoritmo de redes neuronales (NN) para identificar predictores de supervivencia.

RESULTADOS La edad media fue de 64 años. Siendo el sexo masculino el predominante (65%). La oxigenoterapia de alto flujo y el procedimiento de destete y desconexión de ventilación mecánica se asociaron con supervivencia, al igual que la CPAP (Presión continua en la vía aérea) y la (VNI) ventilación no invasiva. Se identificaron los ajustes hacia la protección del pulmón. La UCIR logró una tasa de supervivencia del 87,6%, evitó 144 ingresos en UCI, consiguió trasladar con vida a un 35% de pacientes críticos a la UVI, y de estos, el 94% sobrevivió más tarde en la fase de destete en nuestra unidad. La mayor incidencia de mortalidad se asoció con enfermedades cardíacas y respiratorias previas además de hipertensión además de afectar con mayor frecuencia al grupo de más edad (> 70 años). Entre los signos clínicos de alarma detectamos la presencia de fiebre, las alteraciones del ritmo cardíaco y de la presión arterial además de la hipoxemia e hiperoxia. Los corticoides y los anticoagulantes se asociaron con mejores resultados, mejorando la supervivencia también los inmunomoduladores en los pacientes más graves.

CONCLUSIONES La UCIR evitó el colapso de la UCI, permitió que los pacientes recuperados de la UCI fueran drenados rápidamente de su unidad a la UCIR mediante un protocolo de destete que no tuvo asociada mortalidad, permitiendo funcionar de manera más efectiva al hospital al recuperar actividad no COVID 19 precozmente. En términos de mortalidad, logró buenos resultados en comparación con otras series europeas. Adicionalmente hemos generado un Algoritmo de Inteligencia Artificial de acceso abierto capaz de identificar predictores de gravedad y mortalidad de SARS-CoV-2.

ID: 78

EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE HOSPITALES ESPAÑOLES EN LA INICIATIVA DE LA PRÁCTICA ONCOLÓGICA DE CALIDAD

AUTORES: LÓPEZ-LÓPEZ, RAFAEL[1]; CARRATO, A[2]; GARCÍA-FONCILLAS, J[3]; GUILLEM, V[4]; LUGO, I[5]; CAMPS, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACIÓN ECO; HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA[1], FUNDACIÓN ECO; HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL[2], FUNDACIÓN ECO; FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ[3], FUNDACIÓN ECO; INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA[4], FUNDACIÓN ECO[5], FUNDACIÓN ECO; HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA; CIBERONC; UNIVERSITAT DE VALÈNCIA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Medir y monitorizar la calidad asistencial es muy relevante para la atención médica actual. El programa Quality Oncology Practice Initiative (QOPI®) es una referencia para evaluar los servicios de Oncología en todo el mundo. La Fundación ECO (Excelencia y Calidad en Oncología), una organización de expertos en Oncología de los principales hospitales españoles involucrados en el tratamiento del cáncer, llegó a un acuerdo con ASCO (Sociedad Americana de Oncología Clínica) para incluir hospitales españoles en su programa QOPI®.

OBJETIVOS Evaluar el impacto en la calidad asistencial por la participación en el programa QOPI® de los hospitales españoles, tras su inclusión en el mismo a continuación de la firma del acuerdo de colaboración con ASCO en el año 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS Se analizaron los resultados de las medidas del módulo de Core de QOPI® de 19 hospitales españoles que introdujeron sus datos en nueve oleadas (desde otoño de 2015 hasta otoño de 2019).

RESULTADOS De los 19 hospitales, 15 participaron más de una vez; ninguno participó en las 9 oleadas (2 hospitales participaron en 8 oleadas). Las puntuaciones más altas fueron en el informe patológico que confirma la malignidad, la documentación del plan de tratamiento para el dolor moderado/severo y la dosis de quimioterapia, y la quimioterapia administrada a pacientes con tumor sólido metastásico con estado funcional no documentado. Las medidas con respecto a un resumen del tratamiento de quimioterapia, el asesoramiento para dejar de fumar y la evaluación del bienestar emocional del paciente se encuentran entre las más bajas. Seis de los 15 servicios que participaron repetidamente lograron una mejor puntuación en su última oleada en comparación con la primera. En general, las puntuaciones de los hospitales españoles mejoraron del 67,79% en otoño de 2015 al 68,91% en otoño de 2019.

CONCLUSIONES Éste es el primer estudio que evalúa las puntuaciones de QOPI® en España; demostrando que la participación repetida mejora la calidad asistencial, aunque hay margen de mejora. La Fundación ECO continuará apoyando y colaborando con los hospitales para aumentar su participación en el programa a fin de mejorar la atención oncológica e implementar estrategias que aborden las áreas de mejora.

ID: 79

CONSENSO EXPERTO ECO PARA EL DESARROLLO DE CRITERIOS DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CÁNCER RENAL EN ESPAÑA

AUTORES: GUILLEM-PORTA, VICENTE[1]; PUENTE, J[2]; GONZÁLEZ DEL ALBA, A[3]; LÁZARO-QUINTELA, M[4]; MÉNDEZ-VIDAL, MJ[5]; PINTO-MARÍN, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACIÓN ECO; INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA[1], FUNDACIÓN ECO; HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS[2], FUNDACIÓN ECO; HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO-MAJADAHONDA[3], FUNDACIÓN ECO; COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO[4], HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA[5], HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Fundación ECO (Excelencia y Calidad en Oncología) ha detectado la necesidad de establecer estándares de calidad que eviten la variabilidad en la asistencia sanitaria, buscando aumentar la satisfacción de los pacientes y profesionales, así como un cambio en la cultura de la organización que conduzca a una mejora continua en la asistencia sanitaria facilitada. Es por ello que la Fundación ECO, en colaboración con la Universidad Francisco de Vitoria, desarrolla esta propuesta de criterios de calidad asistencial en cáncer renal.

OBJETIVOS Promover la mejora continua de la asistencia sanitaria del cáncer renal mediante la propuesta de unos criterios de calidad asistencial (incluyendo indicadores y estándares) para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer renal en España, asumibles por los profesionales sanitarios implicados, siendo apropiados para su aplicación en los procesos de mejora continua de nuestro sistema sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS a) Revisión bibliográfica de ámbito internacional sobre calidad asistencial en cáncer renal;
b) grupo impulsor multidisciplinar (9 oncólogos con experiencia en cáncer renal más 2 metodólogos) para la identificación y selección de posibles criterios de calidad aplicables en España;
c) valoración global de la pertinencia de estos criterios mediante consenso experto (Delphi modificado por un panel estatal estratificado, n = 55 oncólogos dedicados a cáncer renal);
d) selección de los criterios definitivos, según su aplicabilidad y rentabilidad (información aportada/esfuerzo para conseguirla) mediante una parrilla de priorización cuantitativa online;
e) redacción normalizada de criterios seleccionados: definición del criterio, indicador, fuentes de información, exclusiones, aclaraciones, categorización y estándar aceptable.

RESULTADOS El grupo nominal propuso al panel Delphi 43 criterios de calidad. Tasa de participación del consenso = 84,5% (47/55). Se alcanza consenso profesional sobre 40 criterios (4 estructurales, 33 de proceso asistencial y 3 de resultados clínicos). Por lo tanto, existe un alto nivel de consenso (93%) entre los oncólogos españoles especializados en cáncer renal sobre el contenido de los criterios de calidad asistencial en el tratamiento del cáncer renal. Los criterios finales se eligieron utilizando un exigente nivel de confianza (95%) sobre la unanimidad de los expertos (oncólogos del grupo impulsor) para la priorización según aplicabilidad y rentabilidad en el sistema sanitario. Finalmente, se proponen 25 criterios (2 estructurales, 20 de proceso y 3 de resultados).

CONCLUSIONES El nivel de consenso y la priorización de los criterios logrados posiblemente se traducirán en una amplia aceptación y viabilidad de implantación en el Sistema Nacional de Salud. Esto podría proporcionar una valiosa herramienta para la evaluación de la calidad y la equidad en la asistencia a los pacientes con cáncer renal en España.

ID: 80

INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC) Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (SGSP).

AUTORES: ÁLVAREZ DE EULATE LÓPEZ, COLOMA[1]; AGUILLO GARCIA, AR[2]; ORIA PONCE, CR[3]; LOPEZ GARCIA, DA[4]; MIGLIACCIO ECHANIZ, ER[5]; CASTRO NACARINO, MA[6]

CENTROS DE TRABAJO: ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DONOSTIALDEA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde hace años el Servicio de Urgencias Generales está certificado en la norma UNE_EN_ISO 9001:2015 "Sistemas de Gestión de la Calidad" y tiene implantado un Sistema de Notificación y Análisis de Eventos de Seguridad de Salud. Se decide integrar ambos Sistemas de Gestión con objeto de realizar una gestión integrada del Servicio de Urgencias, aprovechando de esta forma las sinergias de ambos sistemas para seguir mejorando la atención sanitaria prestada.

OBJETIVOS Integrar la gestión de los Sistemas de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Constitución del equipo integrado de trabajo
2. Definición de los objetivos del proyecto y su alcance
3. Identificación indicadores Seguridad del Paciente, para integrar en el cuadro de mando
4. Identificación y evaluación de riesgos seguridad del paciente en el proceso
5. Actualizar análisis contexto y partes interesadas incluyendo seguridad del paciente
6. Informe gestión de evento de seguridad del paciente durante el último año
7. Informe de Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad y de Seguridad del Paciente para la Dirección
8. Auditorías Internas Integradas
9. Auditorías externas, cuando la situación de alarma sanitaria lo permita

RESULTADOS

1. Equipo integrado de Gestión: formado por 7 profesionales de los equipos de gestión de calidad y seguridad de paciente
2. Objetivos y alcance: Sistema Integrado de Gestión de la Atención Urgente
3. Cuadro de Mandos: formado por 52 indicadores, para gestionar las diferentes fases de proceso
4. Análisis Riesgo Potenciales: Identificados 69 riesgos potenciales en las diferentes fases del proceso. Definidos criterios aceptación riesgo potencial del proceso: Nivel Riesgo=Probabilidad x Consecuencia y Criterio Aceptación Riesgo=Nivel Riesgo x Capacidad Detección. Establecidas acciones para evitar/reducir los riesgos evaluados: 7 acciones de mejora y 1 objetivo para su desarrollar durante el este año
5. Contexto de la Organización y Partes Interesadas: incluidos aspectos de seguridad del paciente y generadas 4 acciones de mejora
6. Informes de Gestión Notificaciones Seguridad: Se recogen 88 notificaciones. Se realizan 51 acciones de mejora y un análisis cauda raíz (ACR)
7. Informe Revisión del Sistema de Gestión Integrado para la Dirección: Se elabora el informe según contenido definido en las normas de referencia
8. Auditorías Internas Integradas: Se realizan las mismas con resultado 0 no conformidades, 1 observaciones y 1 punto fuerte
9. Auditorías Externas: Realizadas auditorías externas online para la norma UNE_EN_ISO 9001:2015 con 0 no conformidades y se planifica para octubre las de la norma UNE 179003 "Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente".

CONCLUSIONES

Tanto la integración funcional de los equipos de gestión como el análisis de los datos de forma integrada, permiten al servicio de urgencias disponer de una visión global de la situación del mismo lo que contribuye a la determinación de objetivos y acciones de mejora más eficaces y eficiente.

ID: 81

ESTUDIO DE TANGIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURAS CON ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA SATISFACCIÓN GLOBAL.

AUTORES: TAFALLA BORDONADA, CARMELO[1]; MOLINA ORTIZ, JA[2]; MANCHEÑO CARPINTERO, MR[3]; TARIN VICENTE, N[4]; MATEOS ROMERO, M[5]; GALINGO GALLEGO, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Hospital contempla como uno de sus objetivos la mejora continua de sus procesos y para ello realiza estudios de análisis de la satisfacción de sus pacientes/usuarios cuya finalidad es conocer sus necesidades y expectativas y establecer una priorización. Las encuestas de satisfacción realizadas anualmente identificaron aspectos de mejora, como los de confortabilidad de las habitaciones, habiendo sido nuestro hospital uno de los hospitales menos puntuados , en este ítem, dentro de nuestro grupo de complejidad en las encuestas institucionales.
En los últimos años, el Hospital ha comenzado a realizar un ambicioso plan de reforma estructural en diferentes áreas de hospitalización, que han conllevado la mejora de la seguridad y confortabilidad de los usuarios.

OBJETIVOS Analizar la repercusión en la percepción de calidad global de las mejoras en infraestructuras realizadas en 2018 y 2019 en el área de hospitalización y ver el evolutivo de la valoración por los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS Reforma estructural del área de hospitalización: controles, habitaciones: camas, armarios, sillones, baño, climatización individual, canalización de oxígeno, etc.
Cuestionario de satisfacción: con 19 items estructurados en bloques temáticos. La valoración se realiza mediante una valoración cuantitativa realizada por el usuario, con escala de valoración de Likert de 1 a 10.
Universo: los pacientes hospitalizados
Muestra: los pacientes dados de alta durante el periodo del estudio (mes de febrero de 5 últimos años). Base de Datos: Excel

RESULTADOS En 2020 entre el 3 al 15 de febrero se entregaron 295 encuestas y respondieron 279 usuarios, un 95% de respuestas (46% mujeres, 33% hombres), la edad promedio 55 años. El 23 % de las encuestas correspondían a servicios unidades reformados en 2019. La evolución de los resultados relativos a la tangibilidad de instalaciones:

Año **REVISAR**	2016	2017	2018	2019	2020
Nº Pacientes	204	196	180	192	279
Las instalaciones de la unidad: (habitación, temperatura, confortabilidad, etc.)	6.6	6.8	6.7	7.4	9.0
Satisfacción global	8.4	8.6	8.4	8.5	8.9

CONCLUSIONES La renovación de las instalaciones logra mejorar la seguridad y el bienestar de los pacientes/usuarios hospitalizados, teniendo una importante influencia sobre la percepción del proceso de atención en la hospitalización, determinando un aumento de la satisfacción global de los usuarios. En el caso de nuestro Hospital se ha incrementado un 22% la percepción de la mejora de las instalaciones comparando 2020 vs 2019, lo cual ha repercutido en un incremento de 4% la satisfacción global con respecto al año anterior (los otros items analizados en las encuestas se mantienen en valores similares con otros años).

ID: **82**

DÍA INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DE PACIENTES: UN HITO PARA POTENCIAR LA CULTURA Y FORMACIÓN EN SEGURIDAD DE PACIENTES

AUTORES: ULIBARRENA SAINZ, MIGUEL ÁNGEL[1]; SAINZ DE VICUÑA BRAVO, L[2]; URRUTIA GARCÍA, S[3]; ETXABE LASQUIBAR, N[4]; AGUIRRE ZUBILLAGA, IM[5]; OLEAGA GOYA, FJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: MUTUALIA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Nuestra organización tiene implantada una sólida estrategia de Seguridad de Pacientes (SP), basada en tres líneas fundamentales:

1. Potenciar la cultura, formación e investigación en SP.
2. Profundizar en la integración de la SP en la actividad asistencial.
3. Fomentar la participación de pacientes y su entorno.

OBJETIVOS Explicar la forma en la que hemos organizado la celebración del Día Internacional de SP, de manera coordinada con el Servicio Público de Salud, convirtiéndolo en un hito para potenciar la cultura y formación en SP.

MATERIAL Y MÉTODOS El 17 de Septiembre la comunidad sanitaria celebra el Día Internacional de SP. Es una campaña para que todos los estados miembros de la OMS reconozcan la SP como una prioridad de salud.
Nuestra organización lleva trabajando en la estrategia de SP desde 2008, habiendo obtenido la certificación UNE 179003 "Gestión de Riesgos de SP" en 2013. La celebración del Día Internacional de SP se ha considerado una oportunidad para potenciar la cultura y formación en SP. Durante toda esa semana se llevaron a cabo actividades como:

1. Sesión clínica de puertas abiertas, que en 2019 se centró en la seguridad en el uso de la medicación.
2. Difusión de artículos y vídeos a través de la web, redes sociales, portal del empleado y circuitos internos de TV.
3. Mailing a empresas asociadas.
4. Faldón en los correos electrónicos.
5. Implantación de los chalecos de medicación de enfermería.
6. Colaboración con el Servicio Público de Salud en la difusión de su semana de SP.
7. Dado el indudable éxito de la jornada y la semana en su conjunto, en 2020 se volverá a organizar una celebración similar, en esta ocasión centrada en las medidas de prevención adoptadas frente al COVID-19 para garantizar la seguridad de nuestros pacientes y sus familiares en nuestras instalaciones.

RESULTADOS La celebración de este Día ha demostrado ser un hito importante para potenciar la cultura y formación en SP, que ya cuenta con unos niveles altos en nuestra organización.
De hecho, en la primera encuesta de cultura de SP realizada en nuestra organización en 2009, utilizando la herramienta creada por la Agency for Healthcare Research and Quality de los Estados Unidos, la calificación global del clima de seguridad fue de un 7,7 sobre 10, frente a los 7 puntos obtenidos por el Sistema Nacional de Salud en su categoría de hospitales pequeños, y algo por debajo de los valores obtenidos en los hospitales pequeños americanos, de 8,06.
En 2017 volvimos a realizar la encuesta con el fin de medir la evolución en la percepción que tenían nuestras personas de la cultura de SP, obteniendo una puntuación global de 8,1, significativamente más alta que en 2009, y colocándonos en situación de igualdad con la obtenida por los hospitales pequeños americanos.

CONCLUSIONES Hitos como la celebración de este día contribuyen a apuntalar la cultura de SP de nuestros profesionales, al tiempo que favorecen una mayor concienciación de nuestros pacientes y grupos de interés, aspecto que ha demostrado ser clave.

ID: 83

IMPLEMENTACION DEL INDICADOR SATISFACION DE USUARIOS NPS (NET PROMOTER SCORE) EN EL ESTUDIO ANUAL DE SATISFACCIÓN

AUTORES: TAFALLA BORDONADA, CARMELO[1]; MOLINA ORTIZ, JA[2]; MANCHEÑO CARPINTERO, MR[3]; TARIN VICENTE, N[4]; MATEOS ROMERO, M[5]; GALINDO GALLEGO, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Medir la satisfacción es la clave para mejorar el servicio al usuario/paciente (U/P) en la mayoría de las organizaciones. En los últimos años han surgido nuevos indicadores para la medición de la satisfacción como del índice NPS (Net Promoter Score), que sustituye las encuestas de satisfacción tradicionales por una encuesta basada en una única pregunta ¿recomendaría su hospital/servicio a sus familiares o amigos? que mide la probabilidad de que el U/P recomiende nuestros servicios, pero no muestra ninguna información de los motivos de la recomendación.

OBJETIVOS Incorporar a nuestro cuestionario de satisfacción el indicador NPS, como un dato complementario en nuestro estudio anual de satisfacción y valorar su utilidad para compararnos con otros hospitales y/o servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS Cuestionario de satisfacción post hospitalización: con 19 items estructurados en bloques temáticos. La valoración se realiza mediante una valoración cuantitativa realizada por el usuario, con escala de valoración de Likert de 1 a 10.
Índice NPS diferencia entre promotores y detractores, con una escala del 0 al 10 donde los pacientes que responden entre 0 y 6 son los detractores, aquellos que responden con un 9 o 10 son los promotores. El NPS se expresa en términos porcentuales que va de -100 a +100.
Universo: los pacientes hospitalizados
Muestra: los pacientes dados de alta durante el periodo del estudio
Base de Datos: Excel

RESULTADOS En 2020 entre el 3 al 15 febrero se entregaron 295 encuestas con un 95% de respuestas (46% mujeres, 33% hombres), la edad promedio 55 años.

La atención en los trámites administrativos 8,7; El trato recibido de los médicos 9,3; El trato recibido de las enfermeras/matronas 8,7; El trato recibido por parte del TMSCAE 9,2; El trato recibido del personal no sanitario 9,0; Las instalaciones (comodidad, mobiliario, Tª, baño, habitación, etc.) 9,0; La limpieza de su habitación 8,6; La limpieza y la calidad de la ropa 8,6; La calidad de la comida (Tª, variedad, cantidad, etc.) 7,9; La información recibida sobre los diagnósticos, evolución, ttª y pronóstico 9,0; La solicitud del consentimiento informado 8,9; El horario de visita de los familiares 8,5; El número de visitas por paciente 8,7; Sus derechos como paciente 9,1; La confianza en las actuaciones del personal sanitario 9,3; La rapidez de respuesta ante posibles incidentes 9,1; La capacidad de resolución de su problema de salud 8,7; La atención general al paciente y al familiar 9,2; Cómo valora de adecuado el silencio por la noche 8,8; Si Ud. lo deseaba, ha podido iniciar o seguir la lactancia 9,9
La satisfacción global 8,9 y el índice global NPS 64%

CONCLUSIONES Es evidente que con el NPS como única pregunta del estudio de satisfacción, no es posible llegar a un nivel de detalle que permita saber en qué punto del proceso hay un fallo a corregir o un acierto a potenciar, es un indicador complementario de las encuestas de satisfacción y nos sirve como herramienta de comparación.

LA IRRUPCION DE LA COVID-19 EN UNA UCI. EL ANALISIS DEL PRESENTE, LA PREVENCION DEL FUTURO

ID: **87**

AUTORES: PÉREZ DE LAS HERAS, ROCÍO[1]; PÉREZ GUTIÉRREZ, L[2]; OBREGÓN RODRÍGUEZ, JA[3]; RUIZ RUIZ, AM[4];

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Covid 19 ha golpeado a la estructura, a la organización, a los recursos materiales y humanos de muchos hospitales; motivo por el cual se pensó en llevar a cabo este trabajo, basado en la importancia de realizar una valoración de lo ocurrido en el entorno de una unidad de cuidados intensivos (UCI) durante la pandemia.

OBJETIVOS Realizar un análisis del entorno de una UCI durante el momento de mayor azote de la pandemia para:Impulsar las fortalezas.Corregir las debilidades.Explotar las oportunidades.Afrontar las amenazas.

MATERIAL Y MÉTODOS El objeto del estudio es el Servicio de Cuidados Intensivos (SCI) de un hospital de tercer nivel.Se ha realizado un análisis del entorno, durante el momento de mayor auge de la Covid-19 utilizando la herramienta DAFO.

RESULTADOS Fortalezas:Organización: Reorganización de las diferentes unidades.Transformación de áreas de urgencias y reanimación en UCI-Covid.RRHH: Aumento de la plantilla de enfermería. Colaboración médicos de otras especialidades.Personal competente, capacitado y con experiencia en UCI.Alto grado de compromiso con la institución.Formación para el manejo de los EPIS.Procesos:Estandarización y adaptación de los procedimientos, protocolos de actuación, hojas de registro y sistema Altamira. Mantenimiento del Plan de Humanización. Información familiares con política de actuación y horarios preestablecidos.Atención centrada en el paciente. Instalaciones:Capacidad de adaptación. Monitorización centralizada y cámaras de vigilancia. Plataformas de comunicación paciente/familia. Equipos:Mantenimiento y compras recientes. Dotación externa de material. Debilidades:Organización:Nueva dirección del hospital/supervisión SCI. Desaparición de la UCI Intermedios. RRHH:Desequilibrio del personal experimentado UCI-Covid/No Covid. Contratación personal sin experiencia. Falta destreza en el manejo de los EPIS. Desconocimiento del manejo de la Covid 19. Procesos: Circuitos de traslado complejos. Retraso en la realización de pruebas fuera de UCI Covid. Instalaciones:Número de camas insuficientes. Reestructuración de las Ucis-No Covid. Ucis Covid de nueva creación con deficiencias. Sistemas de comunicación para el personal de las Ucis-Covid inadecuados. Equipos:Cantidad/calidad de EPIS inadecuada. Dotación de material insuficiente. Amplia diversidad de monitores y respiradores.Oportunidades:Apuesta de la Dirección por la Calidad del Servicio.Curso del Experto en Cuidados Críticos.Proyecto de ampliación del SCI. Amenazas:Sistema de lista especial de contratación.No especialidad de intensivos para enfermería.Cambio en equipo directivo del hospital.Rebrote de la Covid-19.Aparición de nuevas pandemias.

CONCLUSIONES Se han encontrado una serie de fortalezas y debilidades, así como posibles oportunidades y amenazas sobre las que trabajar, todo ello encaminado a conseguir los objetivos propuesto al inicio. Además, realizando una puesta en común entre algunas de ellas, se podrían plantear una serie de estrategias de cara a buscar un conjunto de mejoras.

ID: 88

PROYECTO AFEM, ALIANZA MULTIDISCIPLINAR FRENTE A LOS ERRORES EN LA MEDICACIÓN, COMO BUENA PRACTICA CLÍNICA

AUTORES: BAQUERO UBEDA, JOSE LUIS[1]; PÉREZ HABAS, C[2]; BAQUERO ZAZO, A[3]

CENTROS DE TRABAJO: FORO ESPAÑOL DE PACIENTES[13], HOSPITAL QUIRÓN-SALUD DE TOLEDO[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Según la "Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020" del Ministerio, hay 17 incidentes de medicación al día por cada 100 pacientes hospitalizados y aunque la mayoría no tienen relevancia clínica, son un riesgo para el paciente y para los profesionales como segundas víctimas.

OBJETIVOS Promovido por el Foro Español de Pacientes y avalados por la Sociedad Española de Calidad Asistencial, promueven el proyecto AFEM, una Alianza multidisciplinar Frente los Errores de Medicación, integrando farmacéuticos, médicos, enfermeras, gestores y otros profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS Tras revisión bibliográfica y análisis de las infraestructuras y recursos, se establece una hoja de ruta, por instituciones y grupos políticos con la finalidad de promover una propuesta no de ley.

RESULTADOS Reunimos 25 organizaciones científicas y profesionales, manteniéndose abierta a nuevas adhesiones:

- Soc Esp de Farmacia Hospitalaria.
- Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos de España.
- Soc Esp de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.
- Soc y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Soc Esp de Hematología y Hemoterapia.
- Soc Esp de Hematología y Oncología Pediátricas.
- Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología.
- Soc Esp de Medicina Interna.
- Soc Esp de Farmacología Clínica.
- Soc Esp de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
- Soc Esp de Médicos de Atención Primaria.
- Soc de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Soc Esp de Médicos Generales y de Familia.
- Soc Esp de Medicina de Urgencias.
- Consejo General de Enfermería.
- Soc Esp de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.
- Soc Esp de Enfermería Oncológica.
- Asoc Esp de Enfermería Pediátrica.
- Asoc de Administrativos de la Salud.
- Soc Esp de asistencia al Usuario de la Sanidad.
- Soc Esp de Directivos de la Salud.
- Asoc de Buenas Prácticas en Seguridad de Pacientes.
- Alianza de la Sanidad Privada Española.
- Fundación Tecnología y Salud.

Generamos propuestas en 3 sentidos:
Profesionales: cuanti y cualitativamente, cumpliendo un ratio por paciente y actividad adecuado;

además de sensibilizar, formar, incentivar para superar la resistencia al cambio.

- Proceso: promoviendo la comunicación de errores no punitiva en pro de establecer mejoras, diseñando en cada ámbito concreto un sistema seguro de gestión de medicación, sistematizando la validación, incorporando al paciente como parte activa, haciendo uso de las tecnologías (prescripción e historia clínica electrónica, lectores ópticos, sistemas informatizados de trazabilidad, etc.), entre otros.
- Impulso: normativa que convierta en objetivo de los centros asistenciales, el control y reducción de errores; así como a destinar un presupuesto suficiente.

CONCLUSIONES

Solo diseñar estrategias ha demostrado ser insuficiente y se hace necesario motivar a todos los implicados, estableciendo una norma y dotándola presupuestariamente.

ID: 89

PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES: SUBIAS URBANO, VICTORIA[1]; SUSANA DALMAU VIDAL, S[2]; MARTA ALLUEVA AZNAR, M[3]; SANDRA SANCHEZ FOGUET, S[4]; ANA MARIA LOPEZ DELGADO, A[5]; MARTA FRIGOLA, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: CAP SANT PERE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la crisis sanitaria actual en el contexto de pandemia por COVID19 los centros de salud han tenido que adoptar, con rapidez, decisiones de actualización de procedimientos para asegurar la seguridad del paciente y responder a las necesidades de la comunidad.

OBJETIVOS

- Asegurar una atención segura en un centro sa en contexto de pandemia por COVID-19
- Definir procedimientos de atención a la comunidad en contexto de pandemia por COVID-19

MATERIAL Y MÉTODOS Se hace una revisión de los procedimientos establecidos y de la experiencia vivida en un centro de Atención Primaria. Se detallan algunas de las actividades llevadas a cabo por el equipo de mejora, que ha adaptado los procedimientos sanitarios en esta crisis sanitaria basándose en recomendaciones del ministerio de sanidad.

RESULTADOS A nivel estructural se instaura un punto de control en la entrada principal del centro con check list estandarizado sobre motivo del desplazamiento y anamnesis de sintomatología compatible con COVID-19 y toma de temperatura corporal a cada usuario.Se identifica al paciente con necesidad de atención sanitaria urgente y con sintomatología sospechosa de COVID19, siendo las demandas no urgentes atendidas por via telemática.
Se realiza una distribución de EPIS: mascarillas y solución hidroalcoholica entre los usuarios que acceden al centro de salud.
A nivel organizativo se diferencias dos circuitos aislados para la atención a usuarios con posible sintomatología COVID19 y asintomáticos, los usuarios cribados como posible caso COVID 19 se aislan en un àrea específica, donde seran atendidos por un professional sanitario.
Reestructuración de las tareas: se prioriza la vía telemática y telefónica para la atención de los usuarios, se amplian las lineas telefónicas del centro y el personal administrativo, así como se potencia el uso de la herramienta e-consulta, el email y los mensajes de texto para la transmisión de información sanitaria.
Se potencia la atención domiciliaria y la atención en residencias mediante refuerzo y destinación de personal sanitario.
Se asume la realización de las pruebas diagnósticas de COVID19 a personas sintomáticas, mediante recogida de frotis faríngeo y nasal, citando a los pacientes de forma programada en una agenda telefonica y se realiza un seguimiento de los posibles casos mediante una agenda telefónica controlada por profesional de enfermería.

CONCLUSIONES Este trabajo describe una experiencia vivida en un centro de Atención Primaria, en una situación excepcional de pandemia mundial por COVID19 y las medidas adoptadas en un periodo continuo de adaptación por parte del equipo del centro.
Todos los procedimientos se han basado en la ética y la evidencia científica para una atención segura y de calidad al ciudadano.
Como termino final pretende plasmar una imagen de una realidad vivida, para posteriormente analizar los procedimientos utilizados, analizar los errores y aplicar mejoras en la atención futura al usuario y a la comunidad.

ID: 90

EXPERIENCIA DEL PACIENTE ANTE RESTRICCIONES DIETÉTICAS INTRADIÁLISIS SECUNDARIAS A LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: ARIAS GUILLÉN, MARTA[1]; ROMANO ANDRIONI, B[2]; QUINTELA MARTINEZ, M[3]; MARTINEZ NEBREDA, MM[4]; MADUELL CANALS, M[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Entre las medidas para prevenir y controlar la propagación del COVID-19 ha estado eliminar la ingesta durante las sesiones de hemodiálisis (HD). Asimismo ha sido necesario reestructurar las unidades de HD para acondicionar los turnos, modificando horarios y secundariamente patrones dietéticos de los pacientes. Por último, el confinamiento puede haber afectado al suministro y preparación de los alimentos.

OBJETIVOS Analizar los efectos del brote COVID-19 a nivel de composición corporal, así como el impacto de una intervención en forma de díptico de recomendaciones de enriquecimiento energético-proteico.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio prospectivo en 112 pacientes (65%varones) en HD. A todos los pacientes se les realizó el test de Malnutrición-Inflamación (MIS) y de Valoración Global Subjetiva (VGS). Para evaluar los cambios en la composición corporal se realizó al mes de detectarse la pandemia COVID (basal) y a los 3 meses (final):

1. Parámetros analíticos: albúmina, prealbúmina.
2. Biompedanciometría: dispositivo BCM (Fresenius®).
3. Cuestionario elaborado por nutricionista para evaluar el impacto en el patrón dietético así como de la entrega del díptico informativo.

A un grupo de pacientes que tuvo que ser desplazado a otro centro (N=22) no se le pudo entregar el díptico, considerándolo como grupo control.

RESULTADOS El peso se mantuvo estable (70.4 ± 16.3 inicial vs 70.1 ± 16kg final), observándose un incremento en prealbúmina y albúmina (p=0.01) en los pacientes que recibieron el díptico informativo. Se observó una puntación â‰¥8 en el test de MIS en el 44% de los pacientes y grado B-C con la VGS en el 51.5%. Con la bioimpedanciometría se observó un descenso en la masa celular en el grupo control (NS), así como un descenso de masa grasa (FTI, p< 0.05 pre-post) y adiposa, mayor en los que recibieron el díptico.
Respecto al cuestionario, se le modificó el turno o desplazó de centro al 56.3%, percibiendo el 52.4% que esto alteraba su horario de comidas (fundamentalmente almuerzo) y optando por saltarse esa comida el 17.4%. El apetito disminuyó secundariamente en el 23.1% y aumentó en el 19.8%. Respecto a la retirada de sólidos durante la sesión, al 34% les afectó bastante o mucho. El 46.2% requirió ayuda para adquirir o preparar los alimentos. Dentro de las opciones propuestas en el díptico para enriquecer las comidas, la más aceptada para mantener el aporte calórico-proteico fue la de redistribuir los alimentos (desayuno más completo o merienda-cena). Sólo en el 6.6% el COVID modificó su alimentación (menos productos frescos o más precocinados).

CONCLUSIONES Dada la experiencia de nuestros pacientes y ante un posible rebrote de COVID-19 debemos tener preparados planes de contingencia a nivel nutricional, realizando cuestionarios enfocados a detectar problemas de suministro de alimentos y/o cambio en los patrones dietéticos para así poder ofrecer pautas precoces de intervención nutricional individualizadas en función de los datos de composición corporal y adaptadas a los niveles de gasto calórico.

ID: 91

IMPORTANCIA DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL FALLO DE RESCATE: VALIDEZ DEL INDICADOR MODIFICADO EN CIRUGÍA COLORRECTAL

AUTORES: MARTINEZ-NICOLAS, ISMAEL[1]; SORIA-ALEDO, V[2]; BUITRAGO-RUIZ, M[3]

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO DE MURCIA (UCAM)[1], HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER[23]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El fallo de rescate (FdR) es un indicador de calidad que mide la capacidad de respuesta del hospital para evitar la muerte de un paciente tras una complicación. No existe consenso en su método de cálculo, y muchos autores consideran una limitación el uso de bases de datos administrativas y la identificación de las complicaciones a través de éstas.

OBJETIVOS Validar una novedosa propuesta del indicador FdR, calculado en bases de datos administrativas y usando estancia hospitalaria elevada como sustituto de la identificación de complicaciones, en pacientes sometidos a cirugía de cáncer colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODOS Se tomaron todos los pacientes intervenidos por cáncer colorrectal durante 2017 y 2018 de la unidad de cirugía general de un hospital mediano, público y docente. Se utilizaron dos fuentes de datos: registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD); y registro ad hoc a partir de la historia clínica.
Se analizó la relación de la estancia hospitalaria como predictor de la presencia de complicaciones en estos pacientes, estableciendo un punto de corte mediante el índice de Youden en una curva ROC. A continuación, se construyeron dos indicadores FdR a partir del CMBD: un indicador que identifica complicaciones con códigos CIE-10; y un indicador que utiliza los días de estancia en su lugar. Ambos se compararon con un indicador de referencia obtenido de los datos de la historia clínica. Finalmente, se calculó los índices de acuerdo observado, Kappa y Criterio de Acuerdo de Gwet, y se analizaron sus valores predictivos positivos y negativos.

RESULTADOS Se obtuvo información de 204 pacientes. El área bajo la curva ROC para los días de estancia fue de 0,87, identificando el máximo índice de Youden (J=0,6) en el punto de corte 'mayor o igual a 10 días'. El indicador que mejor concordancia presentó con el de referencia fue el que usa estancia hospitalaria (acuerdo observado de 0,93 frente a 0,89 del indicador con códigos CIE-10; Kappa de 0,75 frente a 0,62; y AC de Gwet de 0,87 frente a 0,81). Además, presentaba mayor VPN y VPP, así como mayor concordancia en sus subcomponentes. El FdR calculado con este indicador fue de 13,64, y con el indicador de referencia fue de 10.

CONCLUSIONES El uso de los días de estancia para calcular el FdR es válido, siendo el punto de corte 'mayor o igual a 10 días' el mejor predictor de complicaciones en nuestra serie. Además, el uso de la estancia hospitalaria mejora de forma crítica la fiabilidad de la identificación de complicaciones mediante códigos CIE-10 y es más eficiente para la computación de este indicador, siendo un recurso con enorme potencial en la medición extensiva del FdR dentro de éste y de otros grupos de pacientes.

¿COMO TE INFORMO CON HUMANIDAD?

ID: **92**

AUTORES: SAN MARTÍN CABAÑES, MIRIAM[1]; CAÑO LABARGA, MN[2]; ECHAVE SEDANO, S[3]; PÉREZ ALFARO, M[4]; FERNANDEZ MORENO, A[5]; GARCÍA MARTÍN, B[6]

CENTROS DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD CRISTOBAL ACOSTA[12], CENTRO DE SALUD JOSÉ LUIS SANTAMARÍA[35], CENTRO DE SALUD GAMONAL ANTIGUA[4], CENTRO DE SALUD DE COMUEROS[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En tiempos de coronavirus ha existido mucha información, alguna relevante y otra oportunista, en los medios de comunicación, pero a la hora de comunicar malas noticias a nuestros pacientes no valen las medias tintas, los rodeos o las mentiras. Sino una información clara, verídica, contrastada y transmitida del mismo modo que nos gustaría que nos la trasmitieran a nosotros mismos. Con HUMANIDAD.

OBJETIVOS

- Comunicar noticias con humanidad en tiempos de coronavirus.
- Examinar y estudiar el caso clínico previo a la comunicación de noticias.
- Compartir con familiares y pacientes estrategias terapéuticas para el futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS Existen varios métodos para la comunicación de malas noticias según los expertos. Actualmente el protocolo de comunicación de malas noticias más referenciado en la literatura internacional es el de Spikes, publicado por Walter F. Baile y Robert Buckman en el año 2000. Para llevarlo acabo se debe estudiar previamente el caso clínico con profundidad. Se usará el siguiente protocolo para la comunicación:

1. Preparación de la entrevista. Entorno
2. Averiguar lo que sabe el paciente.
3. Determinar lo que quiere saber el paciente.
4. Informar al paciente.
5. Conocer las emociones y responder en función a ellas.
6. Planificación y seguimiento.

RESULTADOS Tras revisión bibliográfica se obtiene los siguientes resultados que mejoran la comunicación. Estudiar la historia clínica previamente a la comunicación. Presentarse por el nombre y conocer a quien se esta informando. Que siempre sea el mismo profesional sanitario quien informe de la situación actual; aporta tranquilidad y confianza. La información se debe transmitir a diario, festivos y fines de semana. Se debe ofrecer datos clínicos y humanos. Informar sobre el pronóstico. Se debe comunicar sin prisas, con respeto y sin tecnicismos. Hay que confirmar que la información ha sido bien entendida y resolver dudas. Respetar los silencios.

CONCLUSIONES La comunicación de malas noticias no es fácil. Es por ello por lo que los profesionales sanitarios deben tener formación que les permita comunicarse con seguridad y tranquilidad. Pese a que la información que se vaya a transmitir no sea buena y genere dolor en familiares y pacientes se debe comunicar, con empatía y respeto, acompañando siempre a nuestros pacientes. Un enfoque humanístico y protocolarizado junto con habilidades en comunicación mejora la comunicación y la aceptación de la situación.

ID: 93

MENTORING EN ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN: UN ESTUDIO PILOTO

AUTORES: VÁZQUEZ CALATAYUD, MÓNICA[1]; REGAIRA MARTÍNEZ, E[2]

CENTROS DE TRABAJO: CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los programas de mentoring ofrecen a las enfermeras noveles la oportunidad de tener un período de adaptación a su nuevo rol profesional, teniendo como referencia a una enfermera experta, encargada de orientar, formar y evaluar a estos nuevos profesionales en el ámbito clínico. Aunque de este modo se promueve la seguridad del paciente, no se ha encontrado ningún estudio similar en nuestro contexto.

OBJETIVOS Evaluar un programa piloto de mentoring para enfermeras de nueva incorporación.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio piloto realizado en un hospital universitario de nivel terciario del norte de España. La muestra estuvo formada por enfermeras que trabajaban en dicho hospital y accedieron voluntariamente a participar en el estudio y por enfermeras noveles, seleccionándose ambas por conveniencia. El programa constó de 4 fases: 1) Diseño del programa de formación en habilidades de mentoring y selección de mentores (3 meses); 2) Formación de mentores y evaluación de su satisfacción y competencias adquiridas mediante rol playing (3 meses); 3) Implementación del mentoring (6 meses), y 4) Evaluación de la satisfacción de las enfermeras noveles con el mentoring recibido, a los 6 meses. Los instrumentos utilizados para medir el nivel de satisfacción de los mentores y enfermeras fueron escalas elaboradas ad-hoc (escala de Likert de 4-5 puntos y preguntas abiertas). Se utilizó estadística descriptiva para los datos cuantitativos y análisis de contenido para los cualitativos.

RESULTADOS Se han formado en habilidades y competencias de mentoring a 25 enfermeras, todas mujeres, con una experiencia profesional media de 17 años (DE=5,2). Su nivel de satisfacción con la formación fue alto, con una valoración media de 3,7 sobre 4; habiendo propuesto afianzar las habilidades adquiridas mediante formación continuada a medio-largo plazo.
De las 43 enfermeras mentorizadas, 95% mujeres y 5% hombres, con una edad media de 24 años (DE=2,8), el 63% (27/43) respondieron el cuestionario de satisfacción. El 85% (n=23) estuvieron satisfechas con el mentorazgo y refirieron haber logrado los objetivos y expectativas iniciales y el 74% (n=17) haber contribuido a su crecimiento personal. Muchas de ellas manifestaron haber ganado en confianza y seguridad, aunque demandaban un mayor seguimiento por parte de la mentora.

CONCLUSIONES El programa de mentoring tiene un impacto positivo a medio plazo sobre la satisfacción tanto de enfermeras de nueva incorporación como de las mentoras. Aunque es necesario ampliar la muestra y evaluar su impacto a más largo plazo y en otros contextos, los hallazgos de este estudio sugieren que el programa diseñado podría garantizar la adaptación y formación a nivel asistencial de las enfermeras noveles, así como evidenciar la labor docente de los mentores. De este modo, mejoraría la calidad de los cuidados, la seguridad del paciente, el coste sanitario, así como el grado de motivación, implicación y retención de los profesionales.

ID: 94

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA DE ANTI-TPO DENTRO DEL PLAN DE CALIDAD DEL MINISTERIO DE SANIDAD

AUTORES: NÚÑEZ RODRÍGUEZ, JUAN[1]; ARRABAL ALONSO, A[2]; SÁEZ DE LA MALETA ÚBEDA, R[3]; GUNDÍN MENÉNDEZ, S[4]; ASENSIO MONTAÑÉS, E[5]; GUNDÍN MENÉNDEZ, I[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS[1234], HOSPITAL COMARCAL DE LAREDO[5], MEGALAB[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La sobredemanda de pruebas de laboratorio es una realidad, y su peso sobre las decisiones clínicas las liga ineludiblemente con el sobrediagnóstico, sobretratamiento y en definitiva con la inseguridad del paciente. Por este motivo, la adecuación de la demanda, y los planes de Calidad asociados a ella están a la orden del día. En este sentido y siguiendo las recomendaciones de las últimas guías publicadas por la Asociación Americana del Tiroides (ATA) y la Sociedad Europea de Endocrinología (ESE); la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), dentro del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, recomienda dentro de sus reglas de "no hacer": "No repetir la determinación de anticuerpos antitiroideos en los pacientes diagnosticados de disfunción tiroidea en los que ya han sido positivos con anterioridad".

OBJETIVOS Nos proponemos diseñar una regla automatizada de rechazo que satisfaga estas recomendaciones, y evaluar posteriormente su impacto. La aplicaremos a las solicitudes improcedentes de anticuerpos anti-tiroperoxidasa (A-TPO), utilizando como indicadores el ahorro en costes directos, la reducción de la demanda previa y el porcentaje de pruebas rechazadas.

MATERIAL Y MÉTODOS La regla de rechazo se establece en Enero de 2019 y se activa en cada solicitud de A-TPO: si el resultado previo es positivo (>35UI/mL) no se permitirá la reevaluación de estos anticuerpos; si es negativo se permitirá reevaluar cuando hayan transcurrido 6 meses desde dicha determinación. Esta regla se consensua con el servicio de Endocrinología y se decide no excluir a ningún tipo de paciente de la misma. El comentario que acompaña a las solicitudes rechazadas es el siguiente: "Solo procede la reevaluación de A-TPO si resultado previo negativo (cada 6 meses)". El coste unitario de la determinación de A-TPO es de 2,94€.

RESULTADOS El número de determinaciones de A-TPO en 2015 fue de 7145; en 2016: 7074; en 2017: 7111; en 2018: 8180 y en 2019: 6226. Éste último año se rechazaron un total de 1651 peticiones, el 21% del total.

CONCLUSIONES La aplicación de estos criterios de adecuación de la demanda revela que una quinta parte de las peticiones de A-TPO no son procedentes. Por su parte el número total de determinaciones alcanza el dato más bajo de la serie histórica con un descenso del 24% respecto del año previo. Esto redunda en un ahorro anual en costes directos de 4854€.
Desde el punto de vista de la seguridad del paciente es evidente que flebotomías innecesarias, espera de resultados, la incertidumbre de su interpretación o incluso la asistencia a una consulta por ese único motivo pueden acarrear trastornos o ansiedad al paciente. Con la premisa de mantener la eficacia diagnóstica de un test analítico, la gestión de la demanda es una herramienta más del Laboratorio Clínico para optimizar los recursos eliminando pasos innecesarios o redundantes y en definitiva mejorar la calidad del proceso asistencial.

ID: 95

IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA EN UN EQUIPO SECI. SEGUIMIENTO Y CUIDADOS DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS AL ALTA DE UCI.

AUTORES: PÉREZ GUTIÉRREZ, LAURA[1]; PÉREZ DE LAS HERAS, R[2]; OBREGÓN RODRÍGUEZ, JA[3]; RUIZ RUIZ, AM[4]; BERRAZUETA SÁNCHEZ DE LA VEGA, A[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En nuestro hospital el Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI) tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad de los pacientes trabajando en dos vertientes: la detección precoz de los casos graves fuera de la UCI y el seguimiento de los pacientes al alta de ésta.
Es en el seguimiento donde el rol de la enfermera tiene gran importancia, tanto en las funciones de manejo y cuidados de estos pacientes, como en la de servir de nexo entre las unidades a la hora de unificar pautas de actuación.

OBJETIVOS Disminuir el número de pacientes que reingresan en UCI por Insuficiencia Respiratoria,como consecuencia de las complicaciones derivadas de la traqueostomía.
Colaborar con el equipo multidisciplinar en el seguimiento del paciente traqueostomizado.
Valorar conjuntamente el proceso de decanulación y consensuar las actitudes a tomar en caso de no poderse llevar a cabo.
Unificar pautas de actuación y cuidados de enfermería.
Formar y apoyar tanto a profesionales como a pacientes durante todo el proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo del número de reingresos en UCI de pacientes traqueostomizados tras recibir el alta a planta, de 2017 a 2019; existiendo un periodo dentro del cual se realizaron cambios en el abordaje de los mismos.
Dicha UCI se integra dentro de un hospital de tercer nivel que da cobertura (tanto médica como quirúrgica) a pacientes adultos y pediátricos.

RESULTADOS Enero-Septiembre 2017: 66 Salidas de UCI*, 55 Traqueostomizados, 8 Reingresos (7 Insuficiencia Respiratoria / 1 Patología de base), 0% Mortalidad.*(altas + altas de reingresos)
Septiembre 2017 puesta en marcha de una serie de cambios: Aumento del tiempo de seguimiento, Abordaje multidisciplinar (SECI médico y enfermera, ORL, nutrición, rehabilitación) y Curso de formación “Manejo del paciente traqueostomizado”.
Año 2018: 46 Salidas de UCI*, 45 Traqueostomizados, 1 Reingreso (Insuficiencia Respiratoria), 0% Mortalidad. Los reingresos relacionados con la manipulación de la traqueostomía disminuyeron del 10,6% al 2,2%.
Año 2019: 54 Salidas de UCI*, 49 Traqueostomizados, 5 Reingresos (3 Insuficiencia Respiratoria y 2 Patología de base), 0% Mortalidad. En este periodo se ha producido un aumento del 2,2% al 5,5%. Este incremento pudo ser debido, entre otros, al cese de la formación y a la supresión la enfermera en el SECI.
Durante el periodo de estudio un 10% de los pacientes no pudieron ser decanulados.

CONCLUSIONES Con los resultados obtenidos del estudio se han puesto de manifiesto una serie de medidas que contribuyen a la mejora en la continuidad de cuidados de los pacientes traqueostomizados al alta de UCI:

- Contar con una enfermera en el SECI que aporte sus conocimientos dentro del equipo multidisciplinar.

- Establecer un plan de seguimiento multi-interdisciplinar encabezado por el equipo SECI (médico/enfermera).
- Protocolizar el manejo y los cuidados de los pacientes.
- Formación del personal/paciente.
- Implicar al propio paciente en el autocuidado.
- Identificar precozmente al paciente con riesgo de reingreso en UCI.

OBESIDAD Y COVID..... ¿ CASUALIDAD O CAUSALIDAD?

ID: **96**

AUTORES: GARCÍA MARTÍN, BEATRIZ[1]; MANJÓN BELLO, L[2]; CEREZO GÓMEZ, S[3]; SAN MARTÍN CABAÑES, M[4]; CARBAJO DE DIEGO, I[5]; CAL SABATER, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: C.S LOS COMUNEROS[13], C.S VILLADIEGO[2], C.S CRISTOBAL ACOSTA[4], HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALLADOLID[5], ATENCIÓN PRIMARIA VALLADOLID ESTE[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la pandemia ocasionada por el SARS-COV-2 continuamente se están estudiando los factores de riesgo, y la clínica y complicaciones asociadas a ellos.
En las primeras investigaciones, no se valoró que un factor de riesgo para padecer COVID pudiese ser la obesidad, pero a medida que han ido publicándose estudios, se empieza a observar que un peso excesivo estaría relacionada con padecer de forma grave la infección por coronavirus, aumentando las probabilidades de precisar ingreso en UCI e incluso ventilación mecánica invasiva.

OBJETIVOS

- Investigar si la obesidad constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de formas graves de enfermedad por coronavirus.
- Analizar cuáles son las dificultades con las que se encuentran los profesionales de las UCIs a la hora de tratar a estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realiza una revisión bibliográfica usando diferentes bases (uso de descriptores en salud y pubmed, Cochrane, Scielo).
Criterios de inclusión:

- La búsqueda se realiza durante el mes de Julio de 2020.
- Se utilizan como palabras claves “enfermedad por coronavirus”, “covid” y “obesidad”.
- Trabajos a texto completo.
- Se descartan los trabajos que no cumplen con los criterios de inclusión.

RESULTADOS Se hallan estudios retrospectivos, de cohortes retrospectivos y multicéntricos nacionales e internacionales.
En ellos el criterio de inclusión en el estudio fue la confirmación de enfermedad por SARS-COV-2 .
Entre los hallazgos encontrados cabría resaltar:

- La fisiología respiratoria de los pacientes con obesidad está afectada, con un descenso de la capacidad residual funcional y el volumen de reserva espiratoria, además, las características estructurales de estos sujetos hace que sea más complicado una adecuada realización de pruebas de imagen y por tanto un diagnóstico precoz, la intubación o la movilización a prono.
- Los pacientes con obesidad tiene un sistema inmune más deficitario.
- El estado pro-inflamatorio secuela del exceso de grasa consecuencia de una dieta rica en ultraprocesados, grasas y calorías, podría provocar mayor disposición a enfermar.
- Se cree que la “tormenta de citoquinas” es el resultado de un proceso inflamatorio ocasionado por el propio organismos a modo de defensa del virus.
- La obesidad expone a sufrir con mayor probabilidad un evento trombótico. Se han descrito lesiones microvasculares trombóticas generalizadas en autopsias de pacientes COVID +.
- Varios estudios concluyen que un elevado porcentaje de los individuos obesos afectados por SARS-COV-2 precisaron ingreso en UCI y ventilación mecánica invasiva, de los cuáles, un importante cifra, acabaron falleciendo.

CONCLUSIONES

La obesidad es un factor de riesgo predictivo de la evolución del SARS-COV-2, aumentan las probabilidades de ingreso, estancia en unidades de cuidados intensivos, ventilación mecánica invasiva incluso, fallecimiento.

Una dieta adecuada y cambios en el estilo de vida enfocados a una vida saludable saludable nos puede proteger frente al COVID.

ID: **97**

AUTORES: FAMILIAR CAMBRONERO, SILVIA[1]; VILLAREJO ANGULO, B[2]; AGUADO GOMEZ DE LA TORRE, P[3]; VILLELABEITIA JAUREGUIZAR, K[4]

CENTROS DE TRABAJO: HUIE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Ante la crisis sanitaria por la pandemia del COVID-19, el Servicio de RHB tenía que dar respuesta a la nueva situación. Con la escucha activa de la experiencia de los pacientes y las necesidades que los profesionales nos demandaban, buscamos mejorar la gestión de los procedimientos, optimizar los recursos fomentando la participación activa de los pacientes y responder a las nuevas necesidades creadas.

OBJETIVOS Crear circuitos definidos conjuntamente por profesionales del Servicio: Rehabilitadores, Fisioterapeutas, Logopedas,… para cubrir las diferentes demandas .

MATERIAL Y MÉTODOS GESTIÓN TRATAMIENTOS: Revisión de cada tratamiento al inicio de la pandemia, definiendo medidas: alta, continuación o seguimiento.
LLAMADAS A PACIENTES: Seguimiento y resolución de incidencias.
REALIZACIÓN DE PROTOCOLOS Y EJERCICIOS DE REHABILITACION MOTORA Y RESPIRATORIA PARA PACIENTES COVID-19: Prevenir la inmovilidad, favorecer la funcionalidad,mejorar mecánica ventilatoria y aumentar capacidad pulmonar.
TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN CMA Y UCIR+ GIM COVID+PLANTA: Tratamiento diario mañana y tarde.
TRATAMIENTO PACIENTES AMBULANTES:Tratamientos individuales en Gimnasio de Cardiología con un circuito protegido y seguro.
TRATAMIENTO PROFESIONALES HUIE:Tratamiento individualizado a profesionales.
REALIZACION DE VIDEO-LLAMADAS A PACIENTES INGRESADOS
APOYO A FAMILIARES
PASE DE PLANTA FISIOTERAPEUTAS: Pase diario por plantas de Hospitalización para detectar necesidades de pacientes y apoyar al personal de planta
SEGUIMIENTO POST-COVID 19:Seguimiento telefónico a todos los pacientes COVID + con tratamiento durante ingreso.
Desarrollo proyecto de tratamiento y recuperación funcional a los pacientes COVID + que han estado ingresados (UCI/HOSP)

RESULTADOS

- 900 sesiones de tratamiento ambulante.
- 330 tratamientos a profesionales.
- Entrega del protocolo de ejercicios a todos los pacientes ingresados en ronda de planta diaria supervisando su realización.
- Más de 300 sesiones realizadas en pacientes UCI y Gimnasio COVID
- Más de 100 sesiones realizadas en planta a pacientes COVID.
- Más de 150 sesiones realizadas a Pacientes NO COVID de planta
- 300 videollamadas.

CONCLUSIONES Los resultados obtenidos con esta nueva sistemática reflejan la capacidad de adaptación que hemos tenido los profesionales sanitarios ante las nuevas necesidades, saliendo de nuestra zona de

confort y adoptando nuevos roles.
Hemos mejorado la gestión con una mayor implicación de los pacientes en sus tratamientos,reduciendo el número de sesiones y combinando los tratamientos presenciales y control telemático .
Queremos seguir trabajando en esta línea, pues todos estos cambios vienen para quedarse, mejorando la coordinación entre profesionales y mejorando nuestra calidad asistencial.

ID: 103

"EXPERIENCIA DEL PACIENTE" DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 – ANÁLISIS DE LOS TRASPLANTADOS RENALES DEL HOSPITAL CLÍNIC

AUTORES: BAYÉS GENÍS, BEATRIZ[1]; REVUELTA VICENTE, I[2]; PALOU, E[3]; SCANDURRA, R[4]; DIEKMANN, F[5]; ESCARRABILL SANGLAS, J[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia COVID-19 ha tenido un gran impacto en la población, pero especialmente en las personas con enfermedad crónica. Las medidas personales para contener la pandemia son importantes (higiene de manos, mascarilla, distancia social), pero la de mayor impacto es el confinamiento. La "experiencia del paciente" forma el tercer pilar de la calidad de un servicio junto con la seguridad y la eficiencia.

OBJETIVOS Entender los problemas y las necesidades relacionadas con el confinamiento en los trasplantados renales (TR) a partir de la "experiencia del paciente" obtenida mediante una encuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS Durante el confinamiento y a través de dos grupos focales con pacientes (a través de videoconfererencia) se identificaron los objetivos para la encuesta: 1.- Conocer la preocupación por la enfermedad. 2.-Conocer el impacto del confinamiento en la vida diaria. 3.-Conocer las necesidades asistenciales. Las encuestas se mandaron por correo electrónico con la garantía de protección de datos recomendada por los servicios jurídicos del HCB (20/4/2020). Después de su validación las encuestas fueron comparadas con las realizadas por el grupo de CJ Atchison et al en población general de U.K. (autorización en regla).
Población: Todos los TR de HCB de los que se disponía de correo electrónico (n=1528)

RESULTADOS Tasa de respuesta del 62% (947 de 1.528). 64'2% hombres. Un 55% tenían más de 55 años. Un 47'37% jubilados.

1. Preocupación por la enfermedad: Tienen una percepción de clara de gravedad (en caso de infección un 38% cree que su vida estaría en riesgo y un 48% piensa que la infección sería grave). El 99'7% ha tomado medidas de distanciamiento social.
2. Impacto del confinamiento: El confinamiento no ha supuesto un cambio importante en su estilo de vida (sueño, dieta, ejercicio, relaciones sociales y relaciones con familiares). En una escala de 1-6 (1poco y 6 mucho), para los TR el impacto global ha sido de 1'69 (muy bajo), muy distinto al de la población de UK ($p < 0,05$). Un 26'1% tiene capacidad de teletrabajar.
3. Necesidades asistenciales: Un 27'7% refiere haber recibido información del hospital, pero creen que ha sido poco útil. Un 42'3% ha dejado de hacer algún control médico, pero en ningún caso han dejado la medicación. Solo un 5% ha ido a urgencias. Un 55% ha tenido contacto con un especialista. Un 36'9% de las visitas se han realizado vía telefónica.

CONCLUSIONES Los trasplantados renales son personas de riesgo y lo saben, por ello han cumplido muy bien con el confinamiento. Para ellos el confinamiento no ha supuesto un cambio importante en su estilo de vida. La experiencia de la visita no presencial (telefónica) ha sido bien aceptada y un nexo importante con el hospital. Debemos mejorar la información hospital-paciente.

ID: 104

ESTRATEGIAS EN TIEMPO DE PANDEMIA EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA NUEVOS PROFESIONALES EN UN C.H.U.

AUTORES: MARTÍN_RODRÍGUEZ, JOSÉ[1]; MEROÑO_RIVERA, MD[2]; SÁNCHEZ-CASTAÑOL_CONESA, JA[3]; ROLDÁN_CHICANO, MT[4]; BEL_CEGARRRA, R[5]; RODRÍGUEZ_GARCÍA, MJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: C.H.U. HOSPITAL DE CARTAGENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Como en todos los periodos estivales los Servicios de Salud, han previsto contrata miles de profesionales sanitarios, muchos nóveles, pero en este verano subyace una particularidad: implantar un plan de formación para los trabajadores que se incorporan en una época en la que el sistema sanitario sigue haciendo frente a la pandemia causada por el Covid-19.
La formación continuada presenta retos considerables y se debe reivindicar innovaciones en el planteamiento, planificación y ejecución de las diferentes actividades formativas.

OBJETIVOS Describir las características del plan de formación para nuevos trabajadores del C.H.U. "Hospital de Cartagena" en el periodo estival de 2020.
Fomentar la reflexión sobre las medidas necesarias para promover la formación continuada de los profesionales sanitarios en periodo de pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS Se plantea un estudio de carácter descriptivo partiendo del contexto general del desarrollo de la Formación Continuada en los Servicios de Salud tras la constatación de la pandemia causada por el Covid-19.
El área de formación continuada del C.H.U. Hospital de Cartagena diseñó una planificación con dos notas características:
implementar formación en EPIs abierta a todos los profesionales que pudieran estar en contacto con enfermos y priorizar la formación de aquellos profesionales que se incorporan de novo al C.H.U., en servicios especiales.
Para estructurarlo se estableció un cronograma: análisis de la situación de la que partíamos, planificación de actividades, implementación y evaluación.

RESULTADOS Para los profesionales de nueva incorporación se desarrollaron ipso facto, algunas herramientas informáticas que les sirviera de formación/información:
https://url2.cl/g7299;
https://www.youtube.com/watch?v=vWyE2Z6CMjY&feature=youtu.be
https://www.youtube.com/watch?v=4wqeKugDRdo
Los enlaces de inscripción de actividades formativas con un desarrollo teoricopráctico se obtuvieron desde: http://www.murciasalud.es/fcsms
Se distribuyeron encuestas con 2 evaluaciones para medir el grado de satisfacción:
evaluación cuantitativa (escala tipo Lickert de 5 puntos) y evaluación cualitativa (dos preguntas abiertas).
Las actividades formativas realizadas han tenido una alta participación de alumnado, con un grado de satisfacción alto.

CONCLUSIONES Ninguna de las actividades planificadas que, con anterioridad habían sido acreditadas por la CFC, perdieron esta acreditación;aun contemplando las consideraciones previstas inicialmente al planificar las actividades formativas.
Se ha detectado un área de mejora para continuar trabajando y garantizar una formación continua-

da de calidad entre los profesionales sanitarios del C.H.U. “Hospital de Cartagena”.
Estando en los prolegómenos de un mejor aprovechamiento inclusivo de nuevas tecnologías en actividades formativas, consideramos necesario que este proceso vaya adquiriendo protagonismo de forma paulatina.
Hoy día debe ser considerado como un activo más en las diferentes actividades de Formación Continuada a programar.

ID: 105

NECESIDADES DE LOS TRASPLANTADOS RENAL DURANTE EL CONFINAMIENTO Y PAPEL DE LAS TECNOLOGIAS DE LA COMUNICACI

AUTORES: ESCARRABILL SANGLAS, JOAN[1]; PALOU, E[2]; REVUELTA VICENTE, I[3]; DIEKMANN, F[4]; BAYÉS GENÍS, B[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la pandemia COVID 19 los dispositivos asistenciales se han centrado en la atención de los procesos agudos y existe el riesgo de no atender las necesidades de pacientes crónicos complejos como el trasplantado renal (TX renal).

OBJETIVOS Objetivo: Identificar las necesidades no cubiertas de los TX renal durante el confinamiento por la COVID-19 y analizar el papel de las tecnologías de la comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizan 3 grupos focales por videoconferencia con TX renal clínicamente estables y confinados en su domicilio. Se explican los objetivos y se obtiene el consentimiento informado verbal antes de la videoconferencia. Transcripción literal de la conversación y análisis con el software MAXQDA(https://www.maxqda.com/). Se describen conceptos agrupados en categorías (unidades de sentido) y se sintetizan en metacategorías. Los participantes reciben una infografía con las conclusiones del análisis.

RESULTADOS 9 pacientes (3 mujeres y 6 hombres). Edad: entre 40 y 70 años. Tiempo pos-TX Renal: 3 meses-5 años. Se han identificado 115 conceptos, 21 categorías y 3 meta-categorías. Las tres meta-categorías son: 1.-Contacto con los profesionales (12%), 2.-Impacto del confinamientos (19%) y 3.-Papel de la tecnología (69%).
Metacategorías: 1.-Contacto con los profesionales: Se valora la posibilidad de contacto directo con los profesionales y el conocimiento de la seguridad de acceso al hospital en el caso de precisar visitas o análisis. Escaso papel de la Atención Primaria. En situación estable tienen pocas necesidades asistenciales. 2.-El impacto del confinamiento se puede agrupar en (%=frecuencia de cada categoría): Estado de ánimo/preocupaciones (conciencia de población de riesgo, soledad y preocupación por familiares (33%), Rutinas /teletrabajo (27%), Poco impacto del confinamiento (más soportable el confinamiento estando "sano" que las experiencias previas de confinamiento "estando enfermo") (18%), Información/contacto social (13%), Actividad física (9%). 3.-papel de la tecnología: Se valoran positivamente las alternativas a las visitas presenciales: a) La tecnología no sustituye todas las visitas presenciales, b) la videollamada se valora mejor que la llamada telefónica, c) los pacientes valoran positivamente las videoconferencias grupales (educación terapéutica, recomendaciones dietéticas o actividad física).

CONCLUSIONES Los TX Renal valoran tener un acceso fácil a profesionales y información del centro. El confinamiento, en sí mismo, tiene poco impacto en TX Renales estables, pues estos ya se han visto obligados a aislarse en otros casos de empeoramiento de su situación. La tecnología ha jugado un papel clave durante el confinamiento. Estos aprendizajes (especialmente la videoconferencia) deben cambiar profundamente la manera de relacionarse los profesionales sanitarios con los pacientes, permitiendo aumentar el número de contactos y reducir las visitas presenciales.

CERTIFICACIÓN DE HOSPITAL COMPROMETIDO FRENTE AL COVID-19

ID: **107**

AUTORES: ALFARO CADENAS, LAURA[1]; RUBIO CIRILO, L[2]; CERDÁN CARBONERO, MT[3]; GAMO DE MAEYER, A[4]; RODRÍGUEZ NIETO, MJ[5]; FERNÁNDEZ BLANCO, N[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Demostrar el compromiso del Hospital con sus profesionales, con sus pacientes y la población en general generando confianza como hospital seguro. Se aborda con entidad certificadora externa (AENOR) la certificación "Protocolo frente al COVID".

OBJETIVOS Como objetivo general, esta certificación avala ante nuestros profesionales, pacientes y ciudadanía en general, que nuestro Hospital es un hospital seguro frente al COVID-19. Asimismo, como objetivos secundarios con la obtención de este reconocimiento son: Evidenciar la correcta gestión de los diferentes equipos humanos en las distintas fases de la epidemia; Asegurar la protección de todos los usuarios a través de la elaboración de múltiples protocolos establecidos y nuevos circuitos; Transmitir tranquilidad a la población con el mensaje de que pueden y deben acudir para ser atendidos en sus distintas patologías; Diseñar un Plan de Contingencia que permita abordar una nueva epidemia minimizando al máximo los riesgos para todos (profesionales, pacientes y sus familias).

MATERIAL Y MÉTODOS Se establece un equipo de trabajo para la consecución del objetivo de Certificación, con la participación de la Jefe de Medicina Preventiva, Dirección Asistencial, Dirección de Enfermería, equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo, equipo de servicios generales, todo ello bajo la coordinación de la Dirección de Calidad del Hospital. Cumplimentación de un check list y recogida de evidencias que acrediten la implantación de las medidas necesarias como hospital protegido frente al COVID-19. Entre otras medidas, todas aquellas relacionadas con la estrategia de la Dirección, la prevención de los riesgos asociados con los profesionales, la gestión de las personas, las medidas higiénicas y organizativas, la organización de áreas asistenciales, la limpieza y desinfección de espacios, la disponibilidad, limpieza y desinfección de equipos médicos, … La evaluación se realiza en dos fases: una primera, telemática, documental, y una segunda presencial de verificación de circuitos y procesos. El seguimiento de la certificación se realiza con periodicidad trimestral por parte de la entidad certificadora.

RESULTADOS Obtención de la Certificación de Protocolo frente al COVID-19 emitida por AENOR a fecha 20 de mayo de 2020.
Hospital Universitario General de Villalba. Certificado COV-2020/0001.

CONCLUSIONES Identificación y evaluación de riesgos asociados a COVID-19. Establecimiento de mapa de riesgos con evaluación continuada, establecimiento de nuevas acciones de mejora e identificación de nuevos riesgos; Potenciación de la asistencia sanitaria a través de servicios no presenciales; Establecimiento de circuitos COVID y NO COVID claramente diferenciados; Potenciación de la información a los usuarios acerca de las medidas implantadas; Mejora de la imagen del hospital generando mayor confianza en sus usuarios y en los profesionales; Aumento de la formación a los profesionales para el manejo de pacientes COVID+; Elaboración de un Plan de Contingencia frente a una posible nueva epidemia.

ID: 108

PROYECTO DE EVALUACIÓN Y MEJORA CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CRITERIOS LESS-CHRON EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: ROLDÁN VALCÁRCEL, Mª DOLORES[1]; GARCIA MOLINA, O[2]; PEREZ LUJÁN, R[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los paciente institucionalizados presentan en su mayoría 2 o más enfermedades crónicas pasando a considerarse pluripatologicos y que por su especial susceptibilidad y fragilidad clínica, conllevan la frecuente demanda de atención en distintos niveles, agudizaciones y patologías interrelacionadas que agravan al paciente con un deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional. Se considera que hasta el 35% de los pacientes ancianos polimedicados desarrollan algún efecto adverso, mayor riesgo de hospitalización y aumento de la morbi-mortalidad. Para una adecuación de los tratamientos precisa un abordaje multidisciplinar que garantice la continuidad de cuidados desde su hospital de referencia.

OBJETIVOS Elaborar criterios específicos que permitan detectar prescripciones susceptibles de deprescripción según los criterios Less-Chron y el registro de constantes y de medicación. Diseñar un ciclo de mejora que permita mejorar los resultados con periodicidad.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó un análisis del problema detectado mediante un Diagrama de Ishikawa. Se buscó evidencia para definir cada uno de los criterios que se evaluarían. Se seleccionó una residencia pública, en convenio con el hospital de referencia de tercer nivel, con un total de 106 residentes, y se seleccionaron aleatoriamente a 30 usuarios para la revisión de sus tratamientos e historia clínica.

RESULTADOS Se elaboraron 6 criterios que permitirán las mediciones durante el ciclo de mejora.
C 1: No presentar ningún criterio de deprescripción según criterios Less-Chron.
C 2: No llevar medicación no justificada, fuera de los criterios Less-Chron.
C 3: El paciente es evaluado mediante Escalas de Valoración Integral en función específica del residente.
C 4: Se registran las constantes vitales del paciente Peso, Talla, TA, pulso y glucosa, así como analítica al ingreso al centro como referencia.
C 5: Se registran las constantes vitales del paciente Peso, Talla, TA, pulso y glucosa, así como analítica con periodicidad al menos 1 vez al año.
C 6: Registro de administración de la medicación por turno/día.
Y con respecto a cada criterio en la primera evaluación el total de incumplimientos fue de 154, y el porcentaje de incumplimiento de cada criterio fue de: C1: 16,9%, C2 : 14,23%, C3: 19,5%, C4: 14,9%, C5 :14,9%, C6 :19,5%.

CONCLUSIONES La elaboración de los criterios específicos para detectar prescripciones que pudieran ser susceptibles de desprecripción permitió la involucración de todo el personal hasta ahora desconocedor de los criterios Less-Chron. Tras el primer análisis se evidencia la necesidad de seguir formando al equipo multidisciplinar implicado en el cuidado directo de los usuarios institucionalizados para asegurar la adecuación del tratamiento en cada momento en personas mayores pluripatologicas por precisar seguimiento y revisiones rutinarias programadas.

ATENCIÓN A PERSONAS INFECTADAS POR SARS-COV-2 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE CATALUÑA

ID: 109

AUTORES: ROS ELVIRA, MARIA TERESA[1]; NIETO MARINA, R[2]; MINGORANCE CRUZ, N[3]; RÍOS JIMÉNEZ, A[4]; JUVÉ UDINA, ME[5]; ARTIGAS LAGE, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La aparición reciente y la rápida propagación a nivel mundial del Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2 (SARS-Cov-2) y de la patología resultante (COVID-19), ha causado una crisis sanitaria que fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de Marzo de 2020.
El diagnóstico y seguimiento de los casos leves y moderados, así como su vigilancia epidemiológica, debe realizarse en los centros de atención primaria en coordinación con los servicios de salud pública.
Los planes de cuidados estandarizados (PCE) nos permiten protocolizar las actuaciones según las necesidades de cuidados que presentan pacientes con un mismo diagnóstico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

OBJETIVOS Estandarizar unos cuidados estructurados en las personas que son caso confirmado o probable de infección por COVID-19 y sus contactos en todos los equipos de atención primaria de Cataluña, con el fin de garantizar la calidad de la atención.

MATERIAL Y MÉTODOS El equipo de enfermeras clínicas territoriales liderado por la Dirección de Cuidados del Institut Català de la Salut (ICS) definió los PCE para su uso en la práctica. El diseño de los PCE se enmarca dentro del Programa de Armonización de Estándares de prestación de cuidados en la Atención Primaria (ARES AP).
Para la elaboración de los PCE se realizó una lectura crítica de la literatura científica disponible y de los protocolos estatales y autonómicos.
Se utilizó la terminología enfermera de interfase ATIC®, fueron consensuados mediante un proceso de armonización en el que participaron 28 profesionales de todos los ámbitos territoriales de Cataluña. Posteriormente se introdujeron en la Estación Clínica de Trabajo en Atención Primaria (ECAP). Finalmente se trasladó el conocimiento a los equipos de Atención Primaria para su difusión e implementación.

RESULTADOS Los PCE se componen de tres documentos: documento resumen del PCE, protocolo completo que contiene un resumen de la evidencia y el documento técnico para su incorporación en ECAP.
El PCE de Infección por COVID19 se compone de dos diagnósticos, Riesgo de recurrencia/progresión de la infección y Riesgo de contagio y 11 intervenciones.
El PCE de Riesgo de infección por COVID consta de un solo diagnóstico de Riesgo de infección y 8 intervenciones.
Dos meses después se han dado de alta 1833 PCE de infección por Covid y se han hecho 2772 seguimientos del PCE. Y en el caso del PCE de riesgo de infección por Covid se han dado de alta 2184 PCE y se han realizado 2800 seguimientos.

CONCLUSIONES En la situación actual el seguimiento de las personas con infección por COVID19 ocupa gran parte de las consultas de atención primaria y los PCE de COVID han resultado una herramienta práctica de gran utilidad para los profesionales de atención primaria.
El uso de PCE ayuda a visibilizar la prestación de cuidados, mejorar la práctica clínica, la equidad y la seguridad.

ID: 110

PRACTICAS CLINICAS SEGURAS DEL TCAE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA

AUTORES: SAIZ GARCIA, MARIA GABRIELA[1]; GONZALEZ FIDALGO, MA[2]; ORTEGA FERNANDEZ, Y[3]; ALONSO SANCHEZ, MJ[4]; GARCIA PEREZ, DC[5]; ROMACHO MARTINEZ, RA[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTIN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Seguridad del Paciente es clave en la atención en una Unidad de Hospitalización. La formación específica en esta materia debe ayudar al conocimiento de los conceptos y prácticas en Seguridad del Paciente y a valorar su impacto en el resultado asistencial.
El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en las unidades de Hospitalización de Medicina Interna realiza actividades de ayuda y, en su caso, suplencia de las necesidades básicas de los pacientes dependientes. Su tarea es fundamental en la calidad de la atención.

OBJETIVOS Fomentar la cultura de Seguridad del Paciente en todos los ámbitos asistenciales.
Formar en Seguridad del Paciente a todos los profesionales sanitarios.
Incorporar la gestión del riesgo en el trabajo diario.

MATERIAL Y MÉTODOS La Unidad de Calidad del Hospital Universitario San Agustín establece un Programa de Formación para la implantación de 4 protocolos de prácticas clínicas seguras, durante 19 semanas, con 2 talleres semanales de 1 hora de duración. Estos protocolos, son:
1. IDENTIFICACION INEQUIVOCA DEL PACIENTE. Se considera una práctica segura prioritaria, tanto por organismos nacionales como internacionales. Debe garantizarse una identificación inequívoca del paciente antes de realizar cualquier procedimiento y el etiquetado de muestras biológicas en el mismo momento de su obtención.
2. PREVENCION DE CAIDAS. La no identificación correcta del riesgo de caídas de un paciente puede implicar situaciones gravemente lesivas para el paciente y la comunidad. La aplicación de programas de prevención ha demostrado la reducción en el número de caídas.
3. PREVENCION DEL DESARROLLO DE ULCERAS POR PRESION (UPP). El 95% de las UPP son evitables; suponen un grave problema sanitario por su impacto en la calidad de vida de pacientes y su entorno, por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención .
4. PREVENCION Y CONTROL DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) Y MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES. Las medidas de control de la infección incluyen el uso de indumentaria de protección, lavado de manos, precauciones contra pinchazos, descontaminación del entorno y ropa de cama del paciente, eliminación de desechos y una correcta manipulación de las muestras de laboratorio.

RESULTADOS La estabilidad de la plantilla permitió la formación de un elevado porcentaje de los TCAES de la Unidad y fue clave para poder exigir una eficaz continuidad en los cuidados de los pacientes hospitalizados.
Todos los profesionales colaboran en prácticas clínicas que mejoran la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES La Formación es imprescindible para mejorar la calidad de la atención y los cuidados.
La Formación Continuada debe ser un compromiso ineludible de las direcciones y los mandos intermedios.
La estabilidad laboral permite incrementar las prácticas clínicas seguras y la calidad asistencial.

ID: 111

MEDIDAS PREVENTIVAS ADOPTADAS EN EL SERVICIO DE RHB TRAS LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DE ALARMA POR LA COVID-19.

AUTORES: JAUREGUI BALDASSINI, JOANNA[1]

CENTROS DE TRABAJO: MUTUALIA[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Debido a la situación actual de la pandemia de la COVID-19 y al alto índice de contagio en lugares cerrados y sin posibilidad de garantizar los 2 metros de distancia interpersonal, decidimos realizar modificaciones en nuestros protocolos de actuación para incrementar la seguridad de los usuarios y empleados.

OBJETIVOS Minimizar al máximo el riesgo de contagio tanto en usuarios del servicio de rehabilitación como de los propios trabajadores del centro

MATERIAL Y MÉTODOS

- Toma de temperatura y gel hidroalcoholico a la entrada del Edificio.
- Entrega de mascarilla quirúrgica si no acude con ella.
- Subida a la 2 Planta (Servicio de RHB) por las escaleras. Si no es posible, pueden utilizar el ascensor.
- Colocación de calzas y lavado de manos en el acceso a la planta 2.
- Entrega de mochila con ropa y calzado de nuestro centro para todo su tratamiento.
- Al entrar en la Sala de Cinesiterapia se echa gel hidroalcoholico.
- Por el vestuario solamente pasan los pacientes estrictamente necesarios que deben cambiarse de ropa debido a su patología. En este caso se le asigna una taquilla etiquetándola con su nombre para todo su tratamiento. En los casos posibles, pedimos que vengan cambiados de casa.
- Los pacientes que son de tratamiento de Electroterapia o de codo/mano/dedos no pasan por vestuario y entran directamente a la Sala de Cinesiterapia donde se echan hidroalcohol.
- Los pacientes que necesitan hacer baños de contraste pasan a esa sala donde se echan hidroalcohol y tienen asignado un maniluvio o pediluvio y una vez lo utiliza se desinfecta por el Servicio de Limpieza. Máximo 2 personas en Sala de Baños.
- Distancia en el Gimnasio entre pacientes.
- Duración máxima: 1 hora de tratamiento.
- No coinciden más de 4-6 pacientes en el Gimnasio.
- Envío por email de videos de ejercicios para complementar en su domicilio.
- Cambio de ropa de trabajo de las fisioterapeutas a diario, y durante el tratamiento si fuese necesario debido a mayor contacto.
- Uso de mascarillas FFP2 + gafas (o pantalla + mascarilla quirúrgica) y guantes por parte de las fisioterapeutas. Tras cada paciente, lavado de manos y cambio de guantes.
- Desinfección por parte de la fisioterapeuta de camilla, almohada, etc, y cualquier material utilizado por un paciente.
- Desinfección general de la planta de RHB por parte de la limpieza del HAR 2 veces al día.

RESULTADOS En nuestro centro durante el Estado de Alarma se han mantenido los tratamientos presenciales de Fisioterapia en todas aquellas personas que lo necesitaban de manera urgente debido a su patología.
No ha habido ningún caso detectado en pacientes o personal sanitario del Servicio de RHB en nuestras instalaciones.

CONCLUSIONES

A pesar de estar en el Estado de Alarma con los valores de índices de contagio elevados en nuestro país, gracias a estas medidas adoptadas en nuestro centro, no se ha detectado ningún caso entre nuestros usuarios y nuestro personal de RHB.

A día de hoy, el número de pacientes que acceden a nuestro centro diariamente está prácticamente normalizado a cifras previas al Estado de Alarma.

ESPERA ZERO EN URGENCIAS

ID: 112

AUTORES: DE MIGUEL LÁZARO, NOELIA[1]; CECILIA CONTRERAS, J[2]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA[12]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 29 de enero de 2020, se inició un proyecto de Alta Resolución, denominado como "Espera ZERO en Urgencias".
Esta idea surgió tras la revisión de los tiempos de atención y otros datos como la tasa de reingreso en nuestro Servicio de Urgencias:

- Tiempo medio triaje: 8,30 minutos
- Tiempo triaje-primera atención: 36,92 minutos
- Tiempo medio total estancia Urgencias: 189,97 min

Los tiempos de primera atención, y la estancia media de los pacientes en nuestro Servicio, eran los pilares fundamentales que debían mejorar en nuestros pacientes con prioridades de Manchester de niveles 4 y 5.
El proyecto nace desde la Dirección de Enfermería.

OBJETIVOS Los objetivos de este proyecto son los siguientes:

- Reducir tiempos de espera de estancia total: tiempos de triaje, tiempos de primera atención.
- Mejorar la experiencia del paciente. Lograr NPS general del 55.
- Mejorar la eficiencia en el proceso de Urgencias: disminuir el número de pruebas complementarias y analíticas.

MATERIAL Y MÉTODOS Para llevar a cabo el proyecto, contaremos con un equipo humano formado por tres enfermeras a las que denominamos: "Enfermeras de Alta Resolución" seleccionadas; además de un equipo médico compuesto por varios profesionales seleccionados siguiendo los criterios anteriores.
Dentro de nuestro Servicio de Urgencias, adaptamos nuestras instalaciones creando consultas de Alta Resolución: una consulta de enfermería, y una consulta médica. Ambas ubicadas una al lado de la otra para poder llevar a cabo un circuito y un seguimiento adecuados con el proyecto.
Se realizó una selección y un listado de los motivos de consultas adecuados con el proyecto; y es desde el propio triaje donde comienza el circuito de la Alta Resolución. Se añadieron modificaciones informáticas; se seleccionó y se formó al personal del triaje.

RESULTADOS Los resultados obtenidos desde el periodo del 29 de enero de 2020 hasta el 23 de febrero fueron los siguientes tras un mes de implantación fueron los siguientes:

- Disminución 2 minutos del tiempo del triaje: 6,33 min
- Disminución 10 minutos del tiempo de primera atención: 36 min
- Disminución más de 60 minutos del tiempo de espera total en el Servicio de Urgencias: 101 min.
- Disminución de un 37% en el número de pruebas y analíticas solicitadas para los pacientes que se incluían dentro de este circuito.
- Aumento de la satisfacción de los pacientes con un incremento de los agradecimientos hacia este circuito.

CONCLUSIONES El proyecto de Alta Resolución, denominado "Espera ZERO en Urgencias" nació con el concepto "ZERO" como una característica propia del mismo proyecto.
No buscamos en ningún momento que la espera fuera "CERO", la denominación "ZERO" enmarca la

marca de enfermería: menor espera; menor número de pruebas solicitadas; mayor calidad percibida por el paciente; mayores cuidados.
Con este proyecto hemos influido sobre áreas medibles como los tiempos de triaje, espera media, menor número de pruebas solicitadas, etc; mejorándolas, además de incrementar la calidad percibida por el paciente.

INNOVANDO EN LA GESTIÓN DOCUMENTAL: MAPA DE PROCESOS

ID: **114**

AUTORES: SÁNCHEZ-FREIRE, ENCARNA[1]; PARTEGÁS-TORRES, X[2]; PÉREZ-JIMÉNEZ, N[3]; GUIRADO-GALLEGO, N[4]; ORTEGA-GUTIÉRREZ, L[5]

CENTROS DE TRABAJO: GERÈNCIA TERRITORIAL CATALUNYA CENTRAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Con la finalidad de mejorar la calidad y conseguir la excelencia en los procesos que llevamos a cabo en todos los centros de salud, así como la preparación para la consecución de acreditaciones de los mismos, ha surgido la necesidad de disponer de una herramienta que permita gestionar toda la documentación de un centro de salud.
Esta herramienta innovadora ha de facilitar la clasificación y el acceso a la documentación por parte de todos los profesionales de la institución y también debe conseguir que un mismo proceso se realice de la misma forma, independientemente del centro del área geográfica en que se atienda a la persona.

OBJETIVOS Gestionar y facilitar la documentación de los procesos que se llevan a cabo en el centro de salud de forma homogénea, eficiente y eficaz.
Diseñar un mapa de procesos.
Estructurar los procesos.
Clasificar los tipos de documentos.
Ordenar la documentación según la estructura y los tipos de documentos.
Homogeneizar los documentos.
Revisar y actualizar la documentación existente.

MATERIAL Y MÉTODOS Dentro de la intranet se ubica la aplicación informática del gestor documental.
Se analiza cómo debe ser el mapa de procesos: Se realizan reuniones entre los referentes de Calidad de los y la Dirección de Sistemas de Información para diseñar el mapa.
Aprobación por el Comité directivo de la propuesta.
Se forma a los profesionales.
Clasificación de los documentos según los criterios establecidos.
Elaboración de nuevas plantillas ofimáticas.
Redacción del procedimiento de gestión documental.
Diseño y realización y entrega del listado de control de documentación a los referentes de Calidad y a las direcciones.
Inicio del proceso de revisión documental por parte de los equipos, unidades productivas y servicios centrales de la organización.

RESULTADOS Se ha creado un mapa de procesos que permite la clasificación y el acceso a toda la documentación necesaria para desarrollar las actividades de forma homogénea y para la acreditación.
Se han diseñado siete plantillas ofimáticas.
Se ha elaborado el procedimiento de gestión documental que incluye las directrices para la realización y modificación de documentos.
Se han clasificado 3382 documentos según el tipo de proceso y documento.
Se han establecido indicadores sobre el estado de los documentos: nuevos, vigentes, caducados, a punto de caducar, obsoletos, dados de baja y pendientes de validación.

CONCLUSIONES

Mantener un sistema de gestión documental actualizado y bien estructurado aporta a la organización y a las personas que trabajan, seguridad a la hora de llevar a cabo la práctica de los procedimientos correctamente, de manera homogénea y encontrando toda la documentación que necesitan de forma rápida y ágil.

Para la ciudadanía saber que todos los profesionales que los atienden realizan las técnicas de la misma manera les hace pensar que se trabaja de forma uniforme, haciéndoles sentir que están atendidos con seguridad, equidad, y, por lo tanto, la confianza que tienen en el sistema sanitario es mayor.

ID: 115

ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA ÉPOCA DE PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES: ALONSO ARAUJO, INMACULADA[1]; FERNÁDEZ ELÍAS, M[2]; CASTRO PALOOMO, E[3]; VARELA RUBIO, RE[4]; JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, JC[5]; UIZ DEL PORTAL RUIZ RUIZ GRANADOS, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: HU VIRGEN DEL ROCIO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La comunicación de eventos adversos se ha convertido en una herramienta indispensable para la gestión de la seguridad asistencial en centros hospitalarios. Cuando la cultura de seguridad entre los profesionales es alta se notifican una parte importante de los eventos adversos acaecidos. Constituye un autentico termómetro de la situación de seguridad de los pacientes y de las acciones de mejora puestas en marcha para su control.
Durante la época de pandemia ha cambiado radicalmente el modelo asistencial.
Desconocemos cual habrá sido el perfil de las notificaciones que los profesionales de un hospital de tercer nivel han realizado durante el periodo de pandemia.

OBJETIVOS General : Análisis de los eventos adversos notificados en un hospital de tercer nivel en la época de pandemia por covid-19
Específicos:

- Establecer el perfil de las notificaciones de eventos adversos en relación a:
- Naturaleza del evento
- Tipo de daño causado
- Resultado de gravedad
- Profesional notificador
- Lugar de ocurrencia del incidente
- Analizar la posible relación de las notificaciones con el periodo de pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS El objeto de análisis han sido las notificaciones realizadas por los profesionales de todas las categorías de un hospital de tercer nivel durante el primer semestre de 2020. Las notificaciones se han realizado mediante un sistema propio denominado NOTIFICA, que comparte características con el resto de sistemas, es decir, electrónico, voluntario, anónimo, no punitivo, orientado al análisis, etc.

RESULTADOS En el primer semestre del 2020 se ha recibido 1292 notificaciones.

NATURALEZA DEL EVENTO. (Se citan solo los > del 5%)

Medicación o fluidos iv	(229)	17.72%
Proceso asistencial o clínico	(181)	14%
Acceso vasculares, sondas, tubos, drenajes o sensores	(157)	12.15%
Organización y recursos	(145)	11.22%
Cuidados	(104)	8.04%
Equipamiento electromédico	(83)	6.42%
Documentación	(81)	6.26%
Vía área y ventilación mecánica	(72)	5.57%

TIPO DE DAÑO

Incidente potencial	(452)	34.98%
Incidente con daño	(269)	20.82%

Incidente sin daño	(553)	42.80%
Evento centinela	(18)	1.39%

RESULTADO GRAVEDAD/PROBABILIDAD

MUY BAJO	(33)	2.55%
BAJO	(360)	27.86%
MODERADO	(515)	39.86%
ALTO	(366)	28.32%
(en blanco)	(18)	1.39%

PROFESIONAL NOTIFICADOR (Se citan las 4 categorías más representadas)

Enfermero/a	(597)	46.20%
Médico	(403)	31.19%
Técnico en cuidados auxiliares de enfermería	(104)	8.04%
Otros	(85)	6.57%
Matrón/a	(56)	4.33%

LUGAR DEL INCIDENTE (Se citan solo los > del 5%)

Hospitalización	(517)	40.01%
UCI	(319)	24.69%
Quirófano	(108)	8.35%
Urgencias	(70)	5.41%

DÍA DE LA SEMANA

Lunes	(149)	11.53%
Martes	(223)	28.8%
Miércoles	(183)	14.16%
Jueves	(174)	13.46%
Viernes	(193)	14.93%
Sábado	(208)	16.09%

CONCLUSIONES

Se mantiene un perfil de notificaciones similar a los anteriores a la pandemia.
No se ha producido un aumento de notificaciones relacionadas específicamente con los pacientes Cocid-19 ni de las áreas donde se les atienden ni relacionadas con el modelo asistencial nuevo.

ID: 119

ANALISIS DE LA 'EXPERIENCIA DEL PACIENTE' EN EL PACIENTE RENAL: TRASPLANTE VS DIALISIS

AUTORES: BAYÉS GENÍS, BEATRIZ[1]; PALOU ARTOLA, E[2]; REVUELTA VICENTE, I[3]; SCANDURRA, R[4]; QUINTELA MARTINEZ, M[5]; ESCARRABILL SANGLAS, J[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia del COVID-19 ha acelerado la puesta en marcha de modelos organizativos y herramientas que serán clave para el fortalecimiento de un sólido sistema de asistencia al paciente crónico. La 'experiencia del paciente', que forma el tercer pilar de la calidad de un servicio junto con la seguridad y la eficiencia, debe tenerse en cuenta a la hora de redefinir el modelo asistencial.

OBJETIVOS Comparar como han vivido el confinamiento y cual ha sido la relación con el centro hospitalario dos grupos de pacientes renales (trasplantados (TR) y otro de pacientes en diálisis) a partir de la 'experiencia del paciente' obtenida mediante una encuesta .

MATERIAL Y MÉTODOS Para conocer el impacto del confinamiento y las necesidades asistenciales durante el mismo se realizo una encuesta. El cuestionario fue validado previamente. La encuesta se realizo vía mail en los trasplantados renales y de forma presencial en los pacientes en diálisis.
Población: pacientes renales de HCB y de la asociación ADER

RESULTADOS Respondieron a la encuesta 1.194 pacientes (143 diálisis y 1.051TR), 65% hombres. Al analizar el efecto del confinamiento existen diferencias estadísticamente significativas en relación a los cambios en el ritmo del sueño (p=0.000), el estado de ánimo (p=0.025) y las relaciones sociales (p=0.001). En los tres casos el efecto ha sido menor en los pacientes en diálisis. No se detectan diferencias en relación a los hábitos dietéticos o la actividad física. Los TR tienen mayor percepción de gravedad frente a la infección (p=0.000) y cumplen mejor con el distanciamiento social.
Un 59% de los pacientes en diálisis ha recibido información del hospital y la valora satisfactoriamente frente a un 28'77% de los TR (p=0.000)
Los pacientes en diálisis han acudido más a urgencias (7'69% vs 4'78%) y han realizado más visitas presenciales que los TR (25'17% vs 8'79%) (p=0.000). Las visitas telefónicas han sido bien valoradas (47% muy útil) y se han realizado en un mayor porcentaje en los TR (p=0.000). El 40% de los TR valora el mail y la videoconferencia como instrumentos útiles de comunicación.

CONCLUSIONES Los pacientes trasplantados han sufrido más las consecuencias del confinamiento que los pacientes dializados. En general todos han sabido mantener las rutinas (dieta y ejercicio). Los trasplantados han sabido adaptarse a la visitas no presenciales y valora satisfactoriamente mantener una comunicación a través de mail, videoconferencia y/o visita telefónica.

HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES DURANTE EL COVID-19

ID: 120

AUTORES: DEL OLMO RODRIGUEZ, MARTA[1]; GEMA SANCHEZ GOMEZ, G[2]; MAYRA CASTELO, M[3]; EVA RUEDA NUEÑEZ DE VILLAVICECIO, E[4]; SUSANA ZAFRA LLORENTE, S[5]; MARIBEL GAMERO AGUIRRE, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: RED HOSPITALES PÚBLICOS MADRID QUIRONSALUD[1], H. INFANTA ELENA[2], H. REY JUAN CARLOS[3], FUNDACION JIMENEZ DIAZ[46], H. GENERAL DE VILLALBA[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las condiciones especiales derivadas de la atención sanitaria durante el COVID-19, en la que se limitó las visitas de familiares, nos impulsó a adelantarnos a la esperada demanda de información por parte de pacientes y familiares. Ambos han vivido un escenario cambiante de manera extremadamente rápida, marcado por una situación de aislamiento social y desconexión si no se vehiculizaban rápidamente herramientas para evitar sentimientos de incertidumbre y desasosiego

OBJETIVOS

- Atender las necesidades informativas de pacientes hospitalizados (UCI y hospitalización), así como las de sus familiares.
- Gestionar la derivación de pacientes con problemática social e imposibilidad de realizar correctamente su convalecencia hasta su total recuperación.
- Proporcionar apoyo psicológico para pacientes y familiares.
- Mantener a los pacientes en contacto con la sociedad.

MATERIAL Y MÉTODOS Plan de Información; ampliación de canales de comunicación paciente/familia y personal asistencial:

- Información telefónica: clínica y de seguimiento diaria con trazabilidad en la historia clínica del paciente
- Información on-line desde el Portal del Paciente
- Videollamadas
- Material de confort y de entretenimiento (#TodoIraBien, TV gratuita, revistas, pasatiempos,...)
- Hotel o Residencia medicalizada según perfil para continuidad de cuidados
- Plan de Atención Psicológica a pacientes aislados y Plan de atención al Duelo
- Información Multicanal sobre la enfermedad, normativa, indicaciones,...
- Atención Clínica no Presencial

RESULTADOS La Red4H de hospitales públicos QS han tenido que implantar distintas herramientas para garantizar la comunicación entre paciente/hospital/familiar, con el fin de cubrir las necesidades informativas de familiares y pacientes ingresados en UCI como en las plantas de hospitalización (6409 pacientes).
Ha cobrado especial importancia la necesidad de facilitar a los pacientes formas de contacto con los suyos y con la sociedad para sobrellevar el aislamiento social impuesto, realizándose al menos dos llamadas diarias desde el centro a sus familiares y más de 8.000 informaciones desde el Portal.
Destacar el notable incremento en la gestión en la derivación de pacientes con problemática social o de aquellos que, debido a sus circunstancias familiares, no tenían posibilidad de realizar correctamente su convalecencia hasta su total recuperación, realizándose un total de 122 traslados a residencia medicalizada y 342 a hotel para continuidad de cuidados.
Además, se convierte en fundamental contar con el apoyo psicológico para pacientes así como un Plan de Atención al Duelo para aquellos familiares que han sufrido la pérdida de un ser querido en condiciones de aislamiento y sin poder acompañarles.

CONCLUSIONES En la Red4H de hospitales públicos QS, durante la pandemia COVID-19 implementó un intenso plan de actuaciones para la mejora de la comunicación entre el paciente, su familiar y el personal sanitario con el fin poder paliar los efectos causados por la situación de aislamiento social.

ID: 121

AUTORES: SOTO MOJICA, CAROLINA[1]; SERVER, L[2]; MOLINA, D[3]; QUIRÓS, V[4]; ORDOÑEZ, G[5]; GONZÁLEZ, I[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN[1456], RIBERA SALUD[23]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Ante la crisis sanitaria por COVID 19 ocurrida en el hospital en los meses de marzo a mayo del 2020, se decidió actuar de forma proactiva en aquellos aspectos relacionados con la gestión de la actividad asistencial, priorizando aquellas áreas consideradas críticas por nuestros grupos de interés (OMS, Autoridades Sanitarias, profesionales sanitarios y no sanitarios, pacientes y acompañantes) con el fin de planificar las acciones necesarias para dar continuidad a la actividad asistencial y reducir el estrés derivado del incremento de casos diarios.

OBJETIVOS

- Garantizar la atención ante una crisis sanitaria por COVID 19.
- Implantar un método que permita la identificación y abordaje de los riesgos ante una crisis sanitaria.
- Integrar en la gestión sanitaria un plan de acción que alcance todas las áreas involucradas en la atención al paciente y sus familias.

MATERIAL Y MÉTODOS Se identifican los procesos críticos de las áreas que presentan mayor impacto en la actividad asistencial durante la crisis:

- Urgencias.
- Hospitalización y UCI.
- UCI.
- Tratamientos colectivos.
- Bloque quirúrgico.
- Consultas externas.

A través de la metodología AMFE un equipo multidisciplinar realiza un análisis que permite obtener una visión integral de las necesidades detectadas con el objetivo de planificar los pasos a seguir para mitigar el riesgo antes, durante y después de la crisis.
Se priorizaron los riesgos identificados a través de la valoración NPR, estableciendo para cada uno un plan de acción liderado por expertos de la organización. La efectividad de las acciones implantadas se evalúa a través de un sistema de monitorización de indicadores y la disminución del NPR.

RESULTADOS Para las seis áreas críticas, se identificaron un total de 13 riesgos con un promedio de NPR posterior al despliegue del plan de acción de 97,75 para urgencias; 31 para hospitalización y UCI; 10 para tratamientos colectivos y bloque quirúrgico; y 28 para consultas externas.
Se desarrollaron acciones que abarcan las siguientes áreas: medidas tecnológicas plan de acción "demora 0" gestión de listas de espera, revisión de agendas, reubicación de citas y teleconsulta; medidas organizativas enfocadas en la transformación a hospital COVID; diseño de nuevos circuitos de atención y de procesos asistenciales documentados en protocolos; información a profesionales y pacientes, y formación a profesionales apoyada en la elaboración de check list de puesta y retirada de EPP.

CONCLUSIONES El sistema de gestión del riesgo ha servido para llevar a cabo una gestión sanitaria que da respuesta de forma proactiva todas aquellas situaciones adversas que se pueden presentar durante la atención sanitaria, facilitando abordar todos los procesos en los diferentes ámbitos asistenciales.

Este sistema ha sido un punto clave para dar continuidad a la actividad asistencial, reducir el riesgo ante un nuevo brote y reforzar la confianza de nuestros grupos de interés a través de la obtención del certificado de protocolos frente al COVID-19.

ID: **124**

AUTORES: HUIDOBRO DE DIEGO, VERÓNICA[1]; SAINZ DE VICUÑA BRAVO, L[2]; ESTRADE ROYO, V[3]

CENTROS DE TRABAJO: MUTUALIA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En el mundo actual, tan globalizado y cambiante, los eventos que ocurren en cualquier entorno pueden frenar o incluso paralizar la actividad de una organización, impactando directamente en sus grupos de interés.
Es esencial anticiparse a los eventos no deseados y diseñar e implantar planes de contingencia efectivos para mantener la actividad, adaptándonos a lo pueda ocurrir alrededor.

OBJETIVOS Exponer el modelo implantado en nuestra organización para una gestión integral del riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS Nuestra organización tiene que gestionar riesgos muy diversos: relacionados con la seguridad de pacientes, con la seguridad de la información, riesgos penales, reputacionales, etc.
Necesitábamos un modelo que permitiera gestionar todos estos riesgos de manera integrada y rigurosa, por lo que en nuestro Plan Estratégico 2018-2020 acordamos apostar por un modelo integral de gestión de riesgos.
Así, definimos un procedimiento único de gestión de riesgos (P 01.08), donde se recoge la sistemática para la gestión de los riesgos de la organización de una manera integrada, basada en los siguientes pasos, y en línea con lo establecido en la norma UNE-ISO 31000:2018 (Gestión del riesgo: Directrices):

1. Determinación del contexto estratégico.
2. Identificar el riesgo.
3. Analizar y evaluar los riesgos.
4. Identificar y valorar los controles.
5. Valorar los riesgos identificados.
6. Tratamiento de los riesgos.
7. Retroalimentación de los mapas de riesgos.
8. Evaluación de la eficacia.
9. Auditoría del sistema integral de control y gestión de riesgos.

RESULTADOS Nuestra metodología permite extraer del mapa de riesgos de Mutualia cualquier tipología de riesgos, clasificándolos por áreas y actividades en las que se pueden materializar los mismos, lo que facilita una gestión integrada por parte de la Dirección y órganos competentes, conociendo el nivel de riesgo al que está expuesta la organización. Además, permite definir los correspondientes Planes de Tratamiento de Riesgos con el fin de minimizar aquellos riesgos que están por encima del nivel de riesgo aceptable aprobado por nuestra Junta Directiva.
Contamos con una herramienta informática que permite organizar la información de los riesgos de manera sistemática e integrada.
Hemos obtenido certificaciones en ámbitos concretos de gestión de riesgos:

- UNE 179003 “Gestión de Riesgos para la Seguridad del paciente”
- UNE 179006 “Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria”
- ISO 27001 “Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información”
- UNE 19601 “Sistema de Gestión de Compliance Penal”

Y también hemos renovado las siguientes certificaciones, que no siendo específicamente de riesgos, con su estructura de alto nivel cada vez se da mayor importancia a la gestión de riesgos: ISO 9001, ISO 14001 e ISO 50001.

CONCLUSIONES

Todo ello nos permite afirmar que estamos realizando importantes avances en la consolidación de una gestión de los riesgos avanzada e integrada en la organización.

ID: 125

HUMANIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN UN RECURSO DE SOPORTE DURANTE LA EPIDEMIA COVID-19

AUTORES: GOMEZ MARTIN, OSCAR[1]; DEL OLMO RODRIGUEZ MARTA, M[2]; MATEOS SEGURA CARMEN, C[3]; RAMALLO DIAZ LUISA, L[4]; SHORT APELLANIZ JORGE, J[5]

CENTROS DE TRABAJO: RED HOSPITALES PÚBLICOS MADRID QUIRONSALUD[12], FUNDACION JIMENEZ DIAZ[35], H.REY JUAN CARLOS[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La epidemia COVID-19 ha puesto a prueba la capacidad del sistema sanitario, desde una perspectiva cuantitativa, gran volumen de pacientes con elevado consumo de recursos, y también cualitativa. La priorización del primer aspecto puede relegar otros como la experiencia del paciente, la promoción de la salud, o incluso la eficiencia por la inmediatez de las medidas a adoptar. Presentamos un modelo de recurso que tiene en cuenta ambas vertientes de la calidad asistencial.

OBJETIVOS Principal: Garantizar la cobertura sanitaria en las áreas de referencia de una red de hospitales terciarios de forma eficaz y eficiente

Cualitativos: Cuidar la experiencia del paciente y sus familiares, mejorar el estado de salud al alta y proteger a los profesionales

MATERIAL Y MÉTODOS Cuando la capacidad de los hospitales se ve limitada, para lograr el objetivo principal nuestra red habilita diversos recursos, como la Residencia Medicalizada (RM), dirigida a pacientes estables sin posibilidad de alta hospitalaria (dependencia sobrevenida/convalecencia, imposibilidad de aislamiento en domicilio/residencia, etc).
Para ello, logra la cesión de un Centro Educativo-Residencial con habitaciones distribuidas en 2 plantas (ahora zonas COVID y no-COVID), y en 48h lo dota de medios técnicos y humanos de hospitalización. Define los criterios de traslado y las direcciones de Atención al Paciente y Continuidad Asistencial filtran las solicitudes procedentes de nuestros hospitales. El software informático permite compartir recursos con ellos de forma eficiente (interconsultas, laboratorio, farmacia, trabajo social…).

- Experiencia del paciente y familiaTrato humano; Digitalización y humanización: tabletas y teléfonos para video/llamadas, información diaria a familiares telefónica y digital (Portal del Paciente), circuito de entrega de efectos personales, prensa y eventos digitales; Atención a la discapacidad: habitaciones diferenciadas con autorización de visitas sin agravio comparativo; Parejas: misma habitación
- Salud y continuidad asistencial: ejercicios guiados, orientación temporo-espacial, comunicación con Primaria y residencias, cuidados y citas al alta
- Prevención del burnout y seguridad profesional: turnos médicos fijos mañana y tarde (sin guardias), equiparación diaria de carga laboral según altas, manual de acogida de médicos en turno noche, escucha activa de Dirección con resolución eficaz de necesidades, catering y vestuarios (conciliación familiar), zonas de descanso, parking, EPIs y serología.

RESULTADOS La RM desarrolla su actividad entre el 26/3 y el 17/4/2020 con 122 admisiones, 86 altas, y una ocupación del 90-100% del censo establecido (50 pacientes, según la dotación de recursos), cumpliendo expectativas de eficiencia. La serología muestra una tasa de contagio de solo un trabajador asintomático.

CONCLUSIONES Alto nivel de satisfacción de pacientes y familiares, así como la experiencia para los profesionales sin casos de burnout y resultados de eficiencia en gestión

ID: **127**

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN EL PERSONAL SANITARIO. ¿CÓMO RECUPERAR A LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS DE LA PANDEMIA?

AUTORES: CARRILLO-MURCIA, IRENE[1]; GUILABERT-MORA, M[2]; COBOS-VARGAS, A[3]; ASTIER-PEÑA, MP[4]; PÉREZ-PÉREZ, P[5]; MIRA-SOLVES, JJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA (FISABIO)[1], UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE[2], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO[3], CENTRO DE SALUD "LA JOTA"[4], OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACSA[5], CENTRO DE SALUD HOSPITAL PROVINCIAL-PLA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS 17 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por SARS-CoV-2 ha sacudido los cimientos de los sistemas sanitarios de todo el mundo exigiéndoles respuestas para las que no estaban preparados. Los profesionales sanitarios y de apoyo a la labor asistencial se han visto expuestos a condiciones laborales extremas, con una elevada carga emocional, dando lugar a respuestas de estrés agudo de intensidad y duración variables (segundas víctimas). Superada la fase crítica de la pandemia, las instituciones sanitarias deben adoptar medidas específicas para restaurar el bienestar y la moral laboral de sus profesionales.

OBJETIVOS Consensuar un conjunto de recomendaciones para incrementar la resiliencia de los centros y profesionales sanitarios tras el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio cualitativo, basado en sesiones de consenso online, con participación de 30 profesionales de diferentes disciplinas (calidad asistencial, seguridad del paciente, atención primaria, medicina preventiva, psiquiatría, psicología y gestión sanitaria). El grupo de trabajo fue constituido para dar respuesta a las necesidades de las segundas víctimas durante toda la pandemia. Las recomendaciones fueron elaboradas tras revisar la literatura y analizar la experiencia del personal sanitario. El documento original se sometió a 3 rondas de revisión hasta lograr el consenso. Las recomendaciones para incrementar la resiliencia fueron dirigidas a la organización y a los profesionales.

RESULTADOS Se consensuaron 17 recomendaciones: 13 con enfoque organizacional y 4 de alcance individual. Entre las acciones organizacionales se incluyeron: reconocer la labor de los profesionales, incrementar la autonomía de los clínicos, promover la autogestión, reforzar canales de comunicación, promover equipos multidisciplinares, resolver dilemas éticos, ofrecer seguridad jurídica, habilitar repositorio de guías prácticas actualizadas e instaurar programas de bienestar emocional. Para fortalecer la resiliencia de los profesionales se propuso: promover la autoevaluación de los niveles de estrés, romper la cadena de silencio, atender a familiares de profesionales fallecidos/contagiados y establecer un programa estructurado de apoyo por pares.

CONCLUSIONES La recuperación del sistema sanitario tras la COVID-19 pasa por adoptar medidas dirigidas a restablecer el bienestar y la moral de los profesionales sanitarios. De lo contrario, la calidad asistencial y la seguridad clínica se verán comprometidas. La adopción de medidas post-crisis como las aquí recogidas determinará la capacidad del sistema y sus profesionales para afrontar posibles rebrotes.

ID: **128**

ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CON RIESGO BIOLÓGICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: LÓPEZ MORALES, PEDRO[1]; RUÍZ MARÍN, M[2]; MEDINA MANUEL, E[3]; GIMÉNEZ FRANCÉS, C[4]; VALERO SORIANO, M[5]; ALBARRACÍN MARÍN-BLÁZQUEZ, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Debido a las graves consecuencias que pueden tener los accidentes con riesgo biológico deben existir protocolos que permitan a los profesionales sanitarios conocer las pautas y las recomendaciones a seguir tras su acontecimiento.

OBJETIVOS El objetivo del presente trabajo es examinar el protocolo de actuación en caso de accidente con riesgo biológico en nuestro centro, hospital de tercer nivel que cuenta con 1748 trabajadores con la intención de identificar posibles puntos de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó un análisis del protocolo de actuación en caso de accidente laboral con riesgo biológico en nuestro hospital y se comparó con el existente en nuestra y otras Comunidades Autónomas. Se analizaron las recomendaciones de actuación tras el accidente en función del tipo de accidente, el proceso de notificación y las pautas de profilaxis postexposición (PPE) y de seguimiento en caso de exposición a VHB, VHC y VIH.

RESULTADOS En el protocolo de actuación de nuestro centro se indica como actuar en caso de lesión percutánea y salpicadura de sangre o fluidos a mucosa y piel. A continuación, se establecen los pasos a seguir por el profesional afectado para notificar el accidente. Finalmente se refleja la pauta de PPE en caso de exposición a pacientes VIH.
En el protocolo de nuestra Comunidad, la PPE recomendada en estos casos es diferente. Además, se establece la periodicidad de seguimiento en función del virus implicado en el accidente, la educación y el consejo sanitario durante el seguimiento y el protocolo de actuación en caso de embarazo y lactancia, lo que no se menciona en el protocolo de nuestro hospital.
En el protocolo realizado por el Servicio de Salud de las Islas Baleares quedan reflejadas las medidas de Precaución Estándar que se deben seguir para disminuir el riesgo de contagio. La gran diferencia la supone el análisis más exhaustivo que se lleva a cabo de la PPE y del seguimiento del VHB, VHC y VIH (que también resulta diferente).
El protocolo desarrollado por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha refleja el seguimiento especifico de los trabajadores en función del virus implicado en el accidente y las recomendaciones en trabajadores especialmente sensibles como embarazadas y mujeres lactantes.
Otros protocolos como el del Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el del Servicio Extremeño de Salud siguen una estructura similar a los anteriores, diferenciándose del existente en nuestro centro en que se reflejan las indicaciones de PPE del VHB en función del estado serológico y en la pauta de PPE del VIH, actualizada según las últimas recomendaciones.

CONCLUSIONES El protocolo de actuación en caso de accidente biológico existente en nuestro centro debe ser revisado, completado y actualizado ya que, en comparación con el desarrollado para toda la Comunidad y el de otras Comunidades Autónomas, resulta deficiente en cuanto a la PPE a VHB, anticuado respecto a la de VIH y no incluye pautas de seguimiento ni recomendaciones en situaciones especiales como el embarazo o la lactancia.

ID: 129

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN ESTÁNDAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: LÓPEZ MORALES, PEDRO[1]; RUÍZ MARÍN, M[2]; MEDINA MANUEL, E[3]; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, PV[4]; GIMÉNEZ FRANCÉS, C[5]; ALBARRACÍN MARÍN-BLÁZQUEZ, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las medidas de Precaución Estándar (PE) se basan en que toda sangre, fluido corporal, secreción, excreción excepto el sudor, piel no intacta y mucosa puede contener agentes infecciosos transmisibles. Incluyen un grupo de medidas para prevenir la infección que se deben aplicar a todos los pacientes, independientemente de si la infección es confirmada o sospechada, en cualquier entorno en el que se preste asistencia sanitaria.
Pese a la instauración generalizada de las medidas de PE y el desarrollo e implantación de políticas de protección al profesional sanitario con materiales de bioseguridad, se siguen produciendo accidentes laborales por exposición a agentes biológicos que conllevan riesgo de generar infecciones graves por contagio de patógenos sanguíneos como VHB, VHC y VIH.

OBJETIVOS El objetivo del presente estudio consiste en analizar el grado conocimiento y de cumplimiento de las medidas de PE por parte de los trabajadores sanitarios de nuestro centro para así detectar posibles deficiencias en formación con el objetivo de mejorar la concienciación frente al riesgo biológico y así reducir la frecuencia de accidentes con riesgo biológico y minimizar el riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas cuando se produzcan.

MATERIAL Y MÉTODOS Se desarrolló una encuesta que fue distribuida de forma telemática para su realización en la que se recogía información sobre el grado de cumplimiento de las medidas de PE por los distintos trabajadores sanitarios del centro.

RESULTADOS Un 83,3% de los trabajadores encuestados se lava siempre las manos antes y después de atender a cada paciente, un 14,7% lo hace de forma ocasional y un 2% no lo hace de forma habitual. El 98% emplea guantes a la hora de manejar sangre, tejidos o fluidos corporales potencialmente contaminados, objetos, materiales o superficies contaminados por ellos y al realizar procedimientos invasivos, mientras que el 2% lo hace de forma ocasional. Respecto al lavado de manos antes y después de usar guantes, un 50% lo cumple de forma habitual, un 33,3% de forma ocasional y un 16,7% no lo hace rutinariamente.
Un 85,3% de los profesionales encuestados emplea mascarilla cuando prevé riesgo de salpicaduras de sangre o fluidos corporales a la mucosa oral o nasal, el 10,8% lo hace de forma ocasional y el 3,9% no emplea mascarilla. El 45% utiliza gafas de protección cuando prevé riesgo de salpicadura de sangre o fluidos corporales a mucosa ocular, mientras que el 27,5% lo hace de forma habitual y el mismo porcentaje no lo hace. Finalmente, respecto al empleo de bata cuando se prevé grandes salpicaduras de sangre o fluidos orgánicos, un 55,9% lo hace de forma habitual, un 21,6% de forma ocasional y un 22,5% no la emplea.

CONCLUSIONES Los resultados del presente estudio demuestran que es necesario mejorar la formación de los trabajadores en cuanto al uso de las medidas de PE para conseguir un uso de las mismas lo más cercano posible al 100% para minimizar el riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas en caso de accidente con riesgo biológico.

ID: 130

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO DURANTE LA PANDEMIA MUNDIAL DE LA COVID-19 EN "HOSPITALES LIMPIOS'

AUTORES: SÁNCHEZ DE MOLINA RAMPÉREZ, MARÍA LUISA[1]; JIMENEZ DE LOS GALANES MARCHAN, SF[2]; PACHECO MARTÍNEZ, PA[3]; DE LA FUENTE BARTOLOME, MB[4]; GARCÍA VÁSQUES, CE[5]; SÁNCHEZ MENAM, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la pandemia mundial de la Covid-19, los hospitales, y así los Cirujanos generales, hemos tenido que adaptar la actividad a la capacidad asistencial de nuestros centros, limitando nuestra actividad, a cirugías urgentes, con consecuencias nefastas para nuestros pacientes. Basándonos en nuestra experiencia, los hospitales Covid-free, han ofertado una posibilidad de tratamiento valiosa y segura para los pacientes quirúrgicos

OBJETIVOS La utilización de Hospitales Covid-free para la realización de cirugías oncológicas o electivas inaplazables, se abre como opción para el tratamiento de los pacientes quirúrgicos. Sin embargo la literatura describe un aumento de la morbimortalidad en los pacientes quirúrgicos durante la Covid-19, que nos mueve a adaptar nuestros protocolos habituales, en un intento de mejorar los resultados en nuestros pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS El escenario V en nuestro hospital, duró 4 semanas. Un equipo de cirujanos fijos: colorectales, endocrinos y el Jefe del Servicio, realizamos 5 jornadas quirúrgicas en hospital Covid-free, pase de planta, y guardias localizadas diarias.
Derivamos cirugía endocrina según guías ESSES, y cirugía colorrectal oncológica según la ACS y la AEC. Seleccionamos 8 pacientes, excluyendo pacientes añosos, comorbiliades importantes, o que rechazaron la cirugía. A los pacientes oncológicos subsidiarios de neoadyuvancia se les amplio un ciclo.
Todos los pacientes realizaron un cuestionario epidemiológico y Radiografía de torax. Se les realizó TAC torácico a los sospechosos y PCR, así como a aquellos subsidiarios de UCI, resultando todos negativos.
La cirugía durante la pandemia, registra un incremento de morbimortalidad, obligando a adaptar protocolos. En los pacientes endocrinos, suprimimos la ambulatorización, al tener las Urgencias colapsadas por los pacientes con la Covid-19. A los pacientes con cirugías colorrectales, se realizó estoma de protección o cirugía de Hartmann.
En la vía de abordaje laparoscópica utilizamos el sistema de filtro de humos.
Las muestras de Anatomía Patológica siguieron un circuito paralelo por tratarlas como muestras infecciosas

RESULTADOS De los 8 pacientes ninguno sufrió la Covid-19. No registramos morbi-mortalidad adicional.
Ninguno fue reintervenido ni falleció.
La morbilidad registrada fue: íleo paralitico, flebitis, hipoparatiroidismo transitorio y sondaje vesical prolongado.
Dado que la situación de emergencia en nuestro hospital, se encontró en un escenario III al alta de los pacientes, se remitieron a seguimiento o asistencia Urgente al hospital de referencia. Sólo 1 de los pacientes acudió por problemas con el sondaje urinario

CONCLUSIONES En el contexto incierto respecto a la evolución de la pandemia en la que vivimos, y basándonos en nuestra experiencia, y literatura publicada, consideramos la realización de procedimientos quirúrgicos seleccionados, en hospitales Covid-free, con adaptación de nuestros protocolos habituales, una opción segura y sin incremento de morbimortalidad para nuestros pacientes quirúrgicos.

ID: 131

EVALUACIÓN DE LA VARIABILIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA A TRAVÉS DE LOS OBJETIVOS DE LOS PACTOS DE GESTIÓN

AUTORES: SÁEZ SOTO, ANGELES R.[1]; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, A[2]; MARÍN MARÍN, I[3]; LÓPEZ BENAVENTE, Y[4]; TOURNÉ GARCÍA, M[5]; FERRÁNDIZ ROCA, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Anualmente en el Área de Salud se firman Pactos de Gestión con los distintos servicios y equipos de atención primaria, en los que se incluyen, aparte de los objetivos del Acuerdo de Gestión, objetivos estratégicos del Área.
Se han definido dos tipos de objetivos estratégicos:
- Diseño de la calidad: actualización de procedimientos y guías clínicas.
- Plan de Seguridad: higiene de manos, segundas víctimas y atención inmediata a la emergencia.

OBJETIVOS Valorar el cumplimiento de objetivos estratégicos.

MATERIAL Y MÉTODOS La decisión de los objetivos que se incluyen en los pactos de 2019 ha sido tomada en la Comisión de Dirección.
Para la evaluación del diseño de la calidad, los datos sobre la revisión se han obtenido de la base de datos para el seguimiento de los mismos.
Los indicadores del Plan de Seguridad seleccionados son: adherencia a higiene de manos, valorada mediante observación directa y consumo de solución alcohólica. La evaluación del plan de segundas víctimas se realiza mediante el análisis de las acciones de difusión. En la evaluación de la atención a la emergencia se valora el programa de formación.

RESULTADOS 1. Diseño de la calidad:
Revisión de procedimientos: de 53 Unidades/ EAP que han firmado pactos, en 36 se incluye como objetivo. De estos, 21 han revisado todos los documentos, 11 no han revisado el total y 4 no han revisado ninguno. Cumplimiento 58,3%.
2. Plan de Seguridad:
- Higiene de manos
Cumplimiento del 52,2%, se ha conseguido el objetivo marcado (50%). Mejora en relación a 2018 (29,3%).
Consumo de solución alcohólica: 4607 litros (2317 litros en 2018).
- Difusión del Plan de Segundas Víctimas:
Sesiones de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente (UFSP).
Boletín de la UFSP.
Sesión General sobre Impacto de los eventos adversos y casi errores en los profesionales sanitarios. Se dispone de un acceso en Intranet del Área.
Objetivo conseguido en todos los servicios y unidades.
- Atención inmediata a la emergencia
Se ha formado 1596 profesionales y han participado 20 profesores. Objetivo conseguido en todos los servicios y unidades.

CONCLUSIONES El cumplimiento de los indicadores es mejorable, pero nos ha supuesto información para abordar acciones de mejora, sobre todo en lo relacionado a la higiene de manos que, aunque se ha conseguido el objetivo, es preciso seguir avanzando en esta materia. Para ello y en la situación actual en

la que nos encontramos estamos realizando formación para consolidar buenas prácticas frente a COVID-19 y entre ellas se encuentra, por supuesto, la higiene de manos.
En el tema de disminuir la variabilidad, los indicadores que se han utilizado quizá son de baja especificidad y tendremos que replantearlos, teniendo en cuenta que, además, el cumplimiento ha sido bajo.

ID: **132**

CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN: MÁS ALLÁ DE LA RADIOPROTECCIÓN.

AUTORES: GARCIA ALVAREZ, VICTOR[1]; RODRÍGUEZ ROMAN, JJ[2]; MARTIN CALVO, A[3]; NOEL PALACIO, A[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DE VILADECANS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Aunque sigue siendo incuestionable el peso de la protección radiológica en la calidad del Servicio de Diagnóstico por la Imagen (SDPI), hay otros parámetros influyentes que sólo se pueden asumir a partir de una visión global y un enfoque multidisciplinario.
Con la voluntad de alinear el Proceso de Radiodiagnóstico con el compromiso de la organización para avanzar en la cultura de la mejora continua y la Seguridad del paciente (SdP), se revisó el Programa de Protección Radiológica del centro para contemplar la globalidad de la atención que se presta en el SDPI, más allá de satisfacer sólo el cumplimiento de la legislación y de la normativa en materia de radioprotección.

OBJETIVOS
- Ofrecer una 'Radiología centrada en el Paciente'
- Definir el Proceso de Radiodiagnóstico entorno a la mejora continua para conseguir la excelencia.

MATERIAL Y MÉTODOS Sistemática PDCA:
P. Plan:
- Equipo de coordinación:
- Creación de la Comisión de Calidad en Radiodiagnóstico (CCRx).

D. Do:
- Gestión documental:
- Revisión bibliográfica y recopilación de documentación.
- Elaboración del Programa de Garantía de Calidad y Protección Radiológica (PGCPR). Definición de un cuadro de indicadores y integración de los proyectos transversales en SdP.
- Formación en Calidad y SdP:
- Formación específica a los integrantes de la CCRx
- Sesiones en el SDPI.

C. Check & A. Act
- Seguimiento, análisis y mejora.
  - Seguimiento operativo por la CCRx y feedback al SDPI y a la Comisión de Calidad.

RESULTADOS Medidas y acciones descritas en el PGCPR:
- Calidad "global":
  - Revisión y informatización de consentimientos informados.
  - Análisis de los incidentes notificados en el TPSC® Cloud del área.
  - Revisión de los estándares del Modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda relativos al SDPI.
- Calidad de la estructura:
  - Programa de mantenimiento del equipamiento.
- Calidad clínica:
  - Seguimiento y evaluación de los proyectos ESSENCIAL Radiografía de abdomen simple y dolor abdominal agudo y Radiografía en lesiones traumáticas agudas de tobillo-antepié y

rodilla: revisión de los perfiles de las pruebas en base a un modelo más racional coste-beneficio, sesiones de sensibilización y evaluación post implantación.
    - Seguimiento y evaluación del cuadro de indicadotasa de rechazo de imágenes y de la calidad de las radiografías de tórax y de las TC craneales programadas.
- Radioprotección:
    - Implantación de la dosimetría de área, revisión del circuito de dosimetría personal y revisión de los equipos de protección individual.

CONCLUSIONES

La implantación de un PGCPR, cohesionado con una línea estratégica común, constituye un elemento esencial como eje vertebrador para establecer la sistemática de actuación en el abordaje de la calidad y SdP en el SDPI. Disponer de una CCRx permite trabajar de forma proactiva y un mayor compromiso y satisfacción de los profesionales implicados.

ID: 133

REVALOREMOS LO QUE HACEMOS: RIGHT CARE & DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN.

AUTORES: GARCIA ALVAREZ, VICTOR[1]; TORRAMILANS LLUÍS, A[2]; NOEL PALACIO, A[3]; RODRIGUEZ ROMAN, JJ[4]; MARTIN CALVO, A[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DE VILADECANS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Promover un cambio de la práctica clínica basado en los procedimientos de evaluación y la cultura de resultados y seguridad es uno de los objetivos del centro. El dolor abdominal agudo representa un motivo de visita a urgencias muy frecuente y en una gran mayoría de casos conlleva la realización de exploraciones radiológicas.
Con el objetivo de promover una atención que evite la realización de prácticas que no aportan valor (right care) y, en consecuencia, mejorar la atención sanitaria, en septiembre de 2017 se implantó en el centro la recomendación Essencial: Radiografía de abdomen simple y dolor abdominal agudo.

OBJETIVOS

- Optimizar las solicitudes de pruebas radiológicas para reducir la dosis de radiación ionizante innecesaria a la que pueden verse expuestos los pacientes del centro.

MATERIAL Y MÉTODOS Análisis retrospectivo de la realización de radiografías simples de abdomen (Rx) solicitadas desde el Servicio de Urgencias del centro antes y después de la implementación de la recomendación Essencial.

- Determinación de las Rx solicitadas el año previo a la implantación, y comparación con la situación al año y a los dos años post implantación.
- Estimación de la dosis de radiación ionizante evitada.
- Estimación del gasto evitado.
- Estimación del tiempo de ocupación de sala evitado.

RESULTADOS Se evalúan cuantitativamente los resultados obtenidos y se observa una reducción considerable del número de Rx realizadas, con la mejora en la seguridad de los pacientes y el aumento de la eficiencia clínica asociada.

- Rx de abdomen realizadas:
  - Período pre implantación (octubre 2016 – septiembre 2017): 6.186 Rx.
  - Período post implantación (octubre 2017 – septiembre 2019):
  - Primer año post implantación (octubre 2017 – septiembre 2018): 3.699 Rx (reducción de 2.487 Rx, 40%).
  - Segundo año post implantación (octubre 2018 – septiembre 2019): 3.268 Rx (reducción de 431 Rx, 11,7%).
- A los dos años post implantación:
  - Rx de abdomen realizadas: reducción de 2.918 Rx (47%).
  - Estimación de la dosis de radiación ionizante evitada: 2.042,6 mSv.
  - Estimación del gasto evitado: 26.262 €.
  - Estimación del tiempo de ocupación de sala evitado: 219,8 horas.

CONCLUSIONES Los resultados obtenidos indican que la implementación de la recomendación está teniendo una repercusión positiva en el centro. Por un lado mejora la adecuación de la prueba y, en base a la radiación evitada estimada, refuerza el logro del objetivo principal en materia de protección radiológica. Por otro lado, optimiza recursos (gasto y tiempo de ocupación de sala evitados) y muestra el compromiso de los profesionales con el right care, principal motor de cambio para evitar la 'sobreactuación'.

ID: 134

EFECTO DE LA TRASLACIÓN DEL CONOCIMIENTO ACTUALIZADO A LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: LOPEZ GARRIDO, LUIS[1]; BONACHELA SOLAS, P[2]; CRUZ SALGADO, O[3]; RODRIGUEZ MORILLA, F[4]; GIL NAVARRO, MV[5]; ESTEPA OSUNA, MJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA[1], HU VIRGEN DEL ROCÍO[23456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde 2010 en que aparece el ensayo de Darouiche, la clorhexidina alcohólica (CL) debe ser el antiséptico de elección en la preparación del sitio quirúrgico. Próximo a cumplirse 10 años de la existencia de esta evidencia de alta calidad, se continúa preparando el sitio quirúrgico preferentemente con povidona iodada (P) en muchos centros asistenciales a pesar de la evidencia en contrario.

OBJETIVOS Presentar la prevalencia teórica de infecciones quirúrgicas preparando el campo con CL frente a P, según niveles de actividad quirúrgica publicados por tres hospitales públicos, en función de las prevalencias de infección publicadas con ambos antisépticos.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio observacional descriptivo que analiza las infecciones del sitio quirúrgico aplicando los resultados publicados por el ensayo Darouiche a las intervenciones de los 3 centros publicadas en las memorias 2019
Se presentarán los resultados en infecciones del sitio quirúrgico (I) globales y desagregados por cirugías urgentes, programadas y ambulatorias. Se detallan las I quirúrgicas superficiales, profundas y de órganos internos.

RESULTADOS Se presentarán los resultados globales y desagregados por cirugías Urgentes, Programadas y Ambulatorias de infecciones de la herida quirúrgicas superficial, profunda y de órganos internos de los tres centros (A, B, C).
En el ensayo de referencia las tasas de infección fueron:

- Global del 16,1% con povidona (P) y del 9,5% con clorhexidina (CL)
- Herida quirúrgica superficial con P de 8,6% frente al 4,2% con CL
- Herrida quirúrgica profunda con P del 3% y con CL 1%
- Infección de órganos internos del 4,5% con P y del 4,4% con CL

El número de infecciones por categoría que se ahorran preparando el campo con CL vs P sería de:

- Centro A: 46.263 cirugías totales que fueron 16503 programados, 4736 urgentes y 25024 ambulatorias
  - I Globales: 3053
  - I CIA Programada: 1094
  - I CIA Urgente: 327
  - I CIA Ambulatoria: 1631
  - I Superficiales: 2036
  - I Profundas: 926
  - I Órganos internos: 47

- Centro B: 33.866 (8736, 4867,20263)
  - I Globales: 2235

- I CIA Programada: 576
- I CIA Urgente: 322
- I CIA Ambulatoria: 1337
- I Superficiales: 1490
- I Profundas: 677
- I Órganos internos: 33

• Centro C: 18.828 (5020, 1878, 11930)
- I Globales: 1243
- I CIA Programada: 331
- I CIA Urgente: 125
- I CIA Ambulatoria: 788
- I Superficiales: 829
- I Profundas: 376
- I Órganos internos: 19

CONCLUSIONES

6531 pacientes pueden evitar anualmente una I si se preparan los campos operatorios con CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA AL 2% frente a POVIDONA IODADA.
Esta evidencia es conocida por los profesionales, que no la trasladan al entorno asistencial por causas como que siempre se ha preparado el campo con povidona, que la clorhexidina no “pinta” o porque a mí me gusta más.
Es importante por la seguridad de los pacientes que se invierta en mejorar las estrategias de traslación de estos conocimientos al entorno asistencial.
No tenemos derecho a someter al paciente a riesgo innecesario por no adecuar la práctica a la evidencia disponibl

ID: 135

PROYECTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL

AUTORES: AGUIRREZABAL ARREDONDO, ANA[1]; BLAZQUEZ URTIZBEREA, U[2]

CENTROS DE TRABAJO: OSI BILBAO BASURTO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Más del 67% de los pacientes que ingresan o son dados de alta de un hospital presentan discrepancias en el tratamiento prescrito, de las cuales entre un 11% y un 59% pueden causar potencialmente un daño al paciente y motivar su visita a urgencias o su reingreso antes de 30 días al alta. Y los errores en el momento del alta son los que comportan mayor riesgo potencial para el paciente, por lo que es recomendable priorizar la conciliación al alta respecto a otros puntos de transición asistencial

OBJETIVOS

- Formar y concienciar sobre la importancia de la conciliación a todos los profesionales
- Disminuir los errores de conciliación al alta hospitalaria
- Evaluar los errores de conciliación (frecuencia, tipo, etc.) e incidencias
- Conocer la implicación de los médicos prescriptores y su valoración
- Evaluar la idoneidad de la transmisión de información farmacoterapéutica al alta hospitalaria entre profesionales sanitarios y al paciente

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio prospectivo realizado por un farmacéutico (FIR 4º año) de nuestra Organización de Servicios Sanitarios (OSS) en pacientes ingresados a cargo de los Servicios de Medicina Interna y Cardiología del Hospital, de cualquier edad y diagnóstico al alta, priorizándose aquéllos con 5 o más medicamentos crónicos previos, durante 20 semanas
La intervención del farmacéutico incluirá:

- Entrevista al paciente
- Revisión de la medicación, evaluando posibles problemas relacionados con la medicación (PRM)
- Conciliación de la medicación
- Comunicación con médico prescriptor para aclarar discrepancias y sugerencias de cambio si fuera preciso
- Información y consejo sanitario al paciente

La recogida de la información (sobre el tratamiento, inicio, duración y adherencia al mismo) se obtuvo del aplicativo de prescripción electrónica, de la revisión de la historia clínica electrónica y de la entrevista al paciente
Una vez de alta el paciente, se le realizó por teléfono una encuesta de satisfacción con la atención farmacéutica recibida. También se hicieron encuestas de satisfacción a los médicos prescriptores

RESULTADOS

- Número de pacientes conciliados: 240 (57,6% de los pacientes al alta)
- % discrepancias no justificadas al alta: 36,2%
- % PRM aceptados por prescriptor sobre los comunicados: 66,6%
- % informes de alta incompletos sobre pacientes al alta conciliados: 6,25%
- Satisfacción global de pacientes (150 encuestas realizadas): media 4,82 puntos sobre 5.
- Satisfacción global de prescripto4,74 sobre 5 en 16 facultativos

CONCLUSIONES

- Gran satisfacción entre usuarios y también profesionales
- Significativo índice de incidencias y PRM observados tras el alta (en historia farmacoterapéutica

e informe de alta..)

- La conciliación requiere tiempo, pero es necesaria, porque la inversión de recursos en la misma (tiempos, formación, profesionales) apunta a un claro retorno para el sistema (reducción reingresos, eventos adversos….)

ID: 137

LACTANCIA MATERNA Y CORONAVIRUS. HUMANIZAR EN TIEMPO DE PANDEMIA.

AUTORES: COTOBAL CALVO, EVA MANUELA[1]; PINDADO JIMENEZ, V[2]; SAN FELICIANO MARTÍN, L[3]; REMESAL ESCALERO, AB[4]; PELLEGRINI BELINCHÓN, FJ[5]

CENTROS DE TRABAJO: SACYL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La aparición de la pandemia por el SARS-COV-2, de la cual nada se conocía, ha tenido consecuencias sobre la atención al nacimiento y la lactancia. Al desconocerse los medios de contagio y las repercusiones de la infección en madre y recién nacido, se han generado interferencias o el abandono de prácticas como el alojamiento conjunto, el contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia materna, perdiéndose así sus beneficios para madre e hijo.

OBJETIVOS Revisar la evidencia científica disponible en cuanto al impacto del coronavirus y lactancia materna. Evitar que prácticas recomendadas y con múltiples beneficios para madre y recién nacido queden relegadas a un segundo plano a causa de la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed y Cochrane de la evidencia científica actual sobre el impacto del SARS-COV-2 en el nacimiento y la lactancia materna.

RESULTADOS Actualmente no se ha demostrado la transmisión vertical de la infección por coronavirus. Los estudios microbiológicos realizados en placenta, liquido amniótico y sangre de cordón umbilical de madres infectadas no han demostrado presencia del virus.
Sin embargo, han sido encontrados anticuerpos IgA en la leche de mujeres con la infección, por lo que la lactancia materna podría beneficiar al lactante.
En España ha sido creado un registro nacional en el que se recogen los datos de los bebés nacidos de madres infectadas.
En cuanto a la transmisión horizontal, este se calcula que es el mismo que en la población general.

CONCLUSIONES Con la evidencia científica disponible, varios organismos, entre ellos la OMS, UNICEF , el CDC, el RCOG y APILAM, recomiendan mantener el contacto y la lactancia materna entre madre y recién nacido en los casos de sospecha o infección confirmada, tomando medidas de precaución como el lavado de manos y el uso de mascarilla.
En los casos en que fuera inevitable esta separación recomiendan que el recién nacido sea alimentado con lactancia materna diferida, ya que recibiría los anticuerpos contra el coronavirus creados por la madre.
Se debe concienciar a los profesionales implicados en la atención al parto y la lactancia de la importancia y los beneficios de estas actuaciones que humanizan el nacimiento, y no pueden dejarse de lado sin evidencia científica.

CALIDAD ASITENCIAL EN URGENCIAS OBSTÉTRICO GINECOLÓGICAS. INDICADORES DE TIEMPO

ID: **138**

AUTORES: ARNEDILLO SÁNCHEZ, SOCORRO[1]; POLONIO OLIVARES, ML[2]; SALGUERO CAVALGANTE, R[3]; CHAPARRO PENCO, E[4]; JALÓN NEIRA, RM[5]; RÚIZ LÓPEZ, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: H.U. VIRGEN DEL ROCÍO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En 2018 se implanta una consulta de Recepción; Acogida y Clasificación (RAC) en el área de urgencias Obstétrico Ginecológica, llevada por la matrona. Se diseño un modelo de clasificación con 5 niveles de prioridad, basado en el Sistema Español de Triaje (SET) asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), como modelo estándar de clasificación para todo el territorio español.
Esta consulta permite identificar rápidamente a las usuarias que presentan un proceso que pone en peligro su vida, mediante un sistema de clasificación, válido, útil y reproducible, con el objetivo de priorizar su asistencia, disminuir su riesgo. Determinando el área de tratamiento más adecuada y proporcionando información para conocer y comparar la casuística del servicio, para optimizar recursos y mejorar la eficiencia.

OBJETIVOS Evaluar la calidad asistencial, mediante los indicadores de tiempo, tras la implantación de una consulta de RAC.

MATERIAL Y MÉTODOS Indicadores evaluados:
Tiempo de espera de clasificación (TECLA): Mide del cierre de admisión al inicio de la clasificación. No debe superar los 10 minutos. Objetivo: 90%
Tiempo de clasificación (TICLA): Del inicio hasta el cierre de la clasificación. Estándar menos de 5 minutos. Objetivo: 90%
Tiempo asistencial en el área de consultas (TATCO), del cierre de admisión hasta el alta.Estándar menos de 4 horas. Objetivo: 80%
Tiempo de primera respuesta facultativa (TEPCOF). Los estándares se establecen por niveles. Prioridad 2, atención menor 15 minutos, y prioridad 3 atención menor 60 minutos.. Objetivo: 80%

RESULTADOS TECLA, el tiempo medio ha pasado de 17,42 minutos a 4,88 minutos. Objetivo cumplimiento 89,41%, por debajo del 90%.
TICLA, El tiempo medio ha pasado de 29.09 minutos a 4,87 minutos. Objetivo cumplimiento 61,75%, inferior al 90%establecido.
TATCO, el tiempo medio ha pasado de 105,66 minutos a 96,71 minutos. Los objetivos de cumplimiento están en el 94,32 %.
TEPCOF por prioridad, los tiempos medios de respuesta para prioridad 2 se sitúan en 7,84 minutos, para prioridad 3 en 19,28 minutos, para prioridad 4 en 40,40 minutos y prioridad 5 en 41,07 minutos. En todos los niveles se supera el objetivo establecido del 80%, siendo del 87,14% para nivel 2, 94,03% para el nivel 3, 94,19% para el nivel 4 y 92,63% para el nivel 5.

CONCLUSIONES La implantación de una consulta de RAC llevada por la matrona ha disminuido significativamente los tiempos de atención en el área de urgencias Mejorando la calidad asistencial, optimizando la gestión asistencial, la calidad y la seguridad de las usuarias.
En el caso del TECLA y del TICLA, existe margen de mejora en cuanto a los objetivos de porcentajes de cumplimiento.

En cuanto al TICLA, existe variabilidad entre los tiempos obtenidos por distintos profesionales. Se plantea la necesidad de intensificar la formación de los mismos.
La Irrupción de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 no ha permitido realizar la evaluación de los indicadores tras las actividades formativas realizadas.

HUMANIZAR Y RESPETAR LA FISIOLOGÍA DEL NACIMIENTO.

ID: 139

AUTORES: COTOBAL CALVO, EVA MANUELA[1]; PELEGRINI BELINCHÓN, FJ[2]; SAN FELICIANO MARTÍN, L[3]; REMESAL ESCALERO, AB[4]; PINDADO JIMENEZ, V[5]

CENTROS DE TRABAJO: SACYL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las nuevas tecnologías y la medicalización de la atención sanitaria han tenido consecuencias negativas a la hora de respetar los procesos fisiológicos, entre ellos, la llegada al mundo de un recién nacido.
La humanización de partos y cesáreas consiste respetar los deseos de la madre siempre que la situación clínica lo permita, evitando practicas no indicadas y rutinas hospitalarias que puedan interferir de manera negativa.

OBJETIVOS Identificar las prácticas avaladas por la evidencia científica que influyen de manera satisfactoria en la humanización de los partos y cesáreas en los hospitales.

MATERIAL Y MÉTODOS Revisión bibliográfica exhaustiva bases de datos relacionadas con el ámbito de la salud como Cochrane y Pubmed que permita identificar las prácticas e intervenciones con mayor repercusión.

RESULTADOS Algunas de las prácticas mas reclamadas por las mujeres y mas referidas con satisfacción son la posibilidad de estar acompañadas por la persona de su elección en todo el proceso, haber podido tomar libertad de movimiento y posturas en el parto, haber disfrutado de diferentes métodos de alivio del dolor, tanto farmacológicos como no, el haber realizado el contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia materna y el haber sido acompañadas durante todo el proceso por el mismo profesional sanitario. Se deben posponer rutinas hospitalarias que interfieren en todo ello y que no son imprescindibles.

CONCLUSIONES La llegada al mundo de un hijo es para los padres un momento irrepetible.
Es de vital importancia crear protocolos de partos y cesáreas humanizadas que permitan que todos los profesionales implicados conozcan las últimas prácticas recomendadas por la evidencia científica.
El acompañamiento, la libertad de movimiento, el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna son los puntos clave en esta humanización de la llegada al mundo de un recién nacido.

ID: 140

CONTACTO PIEL CON PIEL. QUE NO OS SEPAREN.

AUTORES: COTOBAL CALVO, EVA MANUELA[1]; SAN FELICIANO MARTÍN, L[2]; PINDADO JIMENEZ, V[3]; PELLEGRINI BELINCHÓN, FJ[4]; REMESAL ESCALERO, AB[5]; , [6]

CENTROS DE TRABAJO: SACYL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El contacto piel con piel es la técnica que consiste en el contacto permanente del recién nacido sobre el cuerpo desnudo de la madre inmediatamente tras el nacimiento. Forma parte de los 10 pasos de la IHAN para la humanización del nacimiento.
Entre los beneficios del contacto piel con piel se encuentran una mejor adaptación a la vida extrauterina, mejor oxigenación, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratorio, estabilización de la temperatura y glucemia, y un aumento de éxito en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

OBJETIVOS Analizar el conocimiento de las madres sobre el contacto piel con piel y el modo en el que esté se realizo en las dos horas inmediatas tras el nacimiento. Analizando las principales causas de su interrupción o no realización.

MATERIAL Y MÉTODOS Se recogen a través de muestreo aleatorio simple, una muestra de 500 puérperas ingresadas en la planta de maternidad mediante entrevista directa recogiendo datos sobre la realización del contacto piel con piel.
Se analizan estadísticamente los resultados mediante SPPS.

RESULTADOS El 96,8% de las madres conocía el método del contacto piel con piel.
Dicho contacto piel con piel se realizo en el 82,4% de los casos. En los casos en los que no se había realizado este contacto piel con piel, en un 85% fue por nacimiento por cesárea y un 15% por atención medica del recién nacido.
En cuanto a las interrupciones del contacto piel con piel, en un 37% de los casos se realizó sin interrupciones en las primeras dos horas de vida, un 17% de las veces se tuvo que interrumpir por atención medica de la madre o el recién nacido, y en un 46% de los casos se interrumpió por técnicas o rutinas hospitalarias que podían haber sido pospuestas.

CONCLUSIONES El contacto piel con piel tiene múltiples beneficios en la madre y recién nacido ya demostrados y avalados por la evidencia científica, a pesar de ello, no siempre se respeta. No se puede relegar una técnica tan barata y sencilla y con tantos beneficios. La cesárea no debe ser un motivo para no realizar este contacto piel con piel y deben crearse protocolos de cesáreas humanizadas que lo permitan.
Para ello todos los profesionales sanitarios (matronas, ginecólogos, pediatras, auxiliares, enfermeras y celadores) implicados en los servicios de paritorio y maternidad deben estar formados en cuanto al contacto piel con piel y sus beneficios, para evitar separaciones innecesarias o que este contacto piel con piel no se realice sin motivo.

ID: 141

INTERVENCIÓN RÁPIDA Y EFECTIVA EN RESIDENCIAS Y VIVIENDAS COMUNITARIAS DE MAYORES DURANTE CRISIS COVID-19

AUTORES: MORENO MARTIN, MONICA[1]; IBARRA HERNANDEZ, K[2]; RODRIGUEZ MOLINUEVO, A[3]; ERIZ RIVAS, N[4]; MORLAN LABURU, N[5]; CASADO DE DIOS, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: OSI BILBAO BASURTO[12345], DEPARTAMENTO SALUD GOBIERNO VASCO[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La intervención rápida y efectiva en residencias y viviendas comunitarias de mayores se convierte en una estrategia de máxima prioridad para prevenir el contagio y la transmisión del virus COVID-19, así como para establecer las medidas necesarias cuando aquéllas se producen. Tanto con las personas institucionalizadas (3823), como también con los trabajadores (un total de 3082).
En el ámbito de nuestra Organización de Servicios Sanitarios (OSS) existen un total de 52 residencias con más de 20 camas (3116 personas), así como 60 viviendas comunitarias (707 personas)

OBJETIVOS

- Conocer la situación epidemiológica de toda la población mayor residenciada en nuestro ámbito de actuación, así como de sus trabajadores
- Fortalecer las medidas de prevención en dichas instituciones
- Responder de forma ágil, integrada y efectiva ante la detección de casos

MATERIAL Y MÉTODOS Con la coordinación de Dirección de Enfermería de la OSS, se definieron diferentes agentes para intervenir presencialmente en todas las residencias y viviendas comunitarias, durante el periodo 15/04 a 05/05:

- Enfermeras de cada centro de salud: centraron su atención fundamentalmente en las viviendas comunitarias. En las visitas se reforzó la información y formación sobre buenas prácticas y medidas de prevención, y desde cada centro de salud se ha reforzado el seguimiento previo, a través de llamadas telefónicas post visita 3 veces por semana con cada residencia y vivienda. También se incorporaron a estos equipos otros profesionales como fue el caso de algunos M.I.R.
- Profesionales del Servicio de Hospitalización a Domicilio (HDOM): intervinieron en algunas viviendas comunitarias y residencias pequeñas
- 24 equipos creados “ad hoc” formados por 1 enfermera de servicios de atención especializada más 1 fisioterapeuta: orientados a residencias de mayor tamaño, con la colaboración de empresa municipal de autobús y la DYA, que facilitaron los traslados de estos profesionales a las residencias

Se realizó PCR y prueba serológica a todos los residentes y trabajadores, los cuales estaban previamente citados en el programa informático, así como con su volante ya configurado, labores que realizó nuestra Unidad de Gestión Sanitaria.
Los resultados se han ido comunicando a nuestro Instituto Autonómico de Seguridad y Salud Laborales, y desde aquí a los Servicios de Prevención de estas instituciones

RESULTADOS

- 6905 PCR y pruebas serológicas realizadas en total
- % de positivos en pacientes= 9,35% (residencias 12,7%, viviendas 0.99%)
- % de positivos en trabajadores= 10,12% (residencias 11,12%, viviendas 4,49%)

CONCLUSIONES

- La rapidez y alcance de la intervención ha contribuido a disminuir el % de contagios, implementándose en su caso las medidas necesarias con agilidad
- Elevada implicación y satisfacción profesional

- Alta satisfacción de estas instituciones y familias
- Necesidad de reforzar los canales de comunicación interinstitucionales propiciando intervenciones más ágiles, eficientes y efectivas ante este tipo de situaciones

TRANSFORMACIÓN DEL BLOQUE OBSTÉTRICO EN SITUACIÓN DE PANDEMIA

ID: **142**

AUTORES: GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, MONTSERRAT[1]; SOPEÑA VEGA, B[2]; NIETO DÍAZ, R[3]; RODRÍGUEZ CANDIA, JM[4]; MARTÍN BOROX, AI[5]; DE LA ORDEN IZQUIERDO, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Cuando el 19 de Marzo la situación de pandemia por SARS-CoV-2 en nuestra área hizo necesario ocupar todo el hospital por pacientes con COVID 19, se planteó la posibilidad de suspender la asistencia al parto. Desde el Servicio de Obstetricia, presentamos un plan de reorganización para continuar ofreciendo atención a las gestantes, manteniendo su seguridad.

OBJETIVOS Readaptar el proceso de atención obstétrica (paritorio, quirófano y hospitalización) en un centro de Nivel I para garantizar sus niveles de calidad, seguridad para la unidad parento-filial durante la pandemia COVID19 sin menoscabo de su humanización.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una revisión y rediseño de este proceso asistencial en sus 3 vertientes: infraestructura, proceso y resultado implicando a los servicios de Obstetricia, Neonatología, Preventiva, Sistemas y Mantenimiento de instalaciones.

RESULTADOS Se realizó una reestructuración del área de paritorio (4 paritorios y 2 dilataciones) transformándolo en una unidad estanca denominada BUNKER PARITORIO con 4 paritorios y 12 huecos de hospitalización. Se incorporó una consulta anexa a esta área para convertirla en sala de exploración de urgencias. Se aumentó la plantilla de matronas y TCAES para garantizar la atención segura a las gestantes y puérperas.
Para humanizar la estancia, el personal de la unidad decoró el área con un mural arco íris que decía: TODO VA A SALIR BIEN, además de llenar las paredes de flores, mariposas de colores y tréboles, en cuyas hojas dejamos impresas las huellas de los pies de los recién nacidos que recibimos.
Se estableció también un CIRCUITO COVID con una sala de exploración y el paritorio 4 como zona de asistencia a parto y puerperio de estas pacientes. Junto con el Servicio de Neonatología y Medicina Preventiva se protocolizó su asistencia en base a las recomendaciones científicas. Se instauró el Protocolo de Alta Puerperal Temprana, ofreciendo a las puérperas el alta a domicilio a las 24 horas del parto con una revisión al día siguiente.
Se garantizó el acompañamiento de las gestantes 24 horas observando todas las medidas de seguridad: cribado epidemiológico, estudio por PCR a la gestante, higiene de manos y uso de mascarillas. A los acompañantes se les proporcionaba todo lo necesario para evitar la salida innecesaria del área y minimizar así el riesgo de contagios.

CONCLUSIONES La pandemia por SARS-CoV-2 ha hecho que los centros hospitalarios hayan tenido que modificar tanto su estructura física como su manera de trabajar, para poder abarcar la enorme carga asistencial que ha supuesto el gran número de pacientes graves por COVID en un corto período de tiempo. La reestructuración del área de paritorio desarrollada en nuestro centro permitió la continuidad de la atención obstétrica en situación de pandemia, mantuvo la seguridad de pacientes y sanitarios sin menoscabo de la humanización del proceso ni empeorando la satisfacción por parte del paciente en su experiencia asistencial.

ID: 143

ESTRUCTURA DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: BONACHELA SOLAS, PATRICIA[1]; CRUZ SALGADO, O[2]; RODRÍGUEZ MORILLA, F[3]; LÓPEZ GARRIDO, L[4]; ESTEPA OSUNA, MJ[5]; GIL NAVARRO, MV[6]

CENTROS DE TRABAJO: HU VIRGEN DEL ROCIO[12356], HG DE SEGOVIA[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las Comisiones Hospitalarias (CH) son órganos participativos asesores de la Dirección en aspectos relacionados con la Calidad Asistencial. La estructura y composición de las CH debe adecuarse a las necesidades y características del centro donde se desarrollan y deben dar respuesta a la realidad asistencial propia del siglo XXI.
Por ello es imprescindible que existan CH al menos en las áreas Asistencial, de Gestión del Conocimiento y Tecnología y Bioseguridad, coordinadas por una Comisión Central de Calidad.

OBJETIVOS

- Describir la estructura de las CH en un hospital de tercer nivel por áreas de desarrollo.
- Detallar el funcionamiento básico de las CH
- Analizar la participación de profesionales en las CH

MATERIAL Y MÉTODOS Observacional descriptivo de la estructura de las CH, tanto de las reguladas por el Decreto 462/1996, como de aquellas que se implementan por iniciativa del propio centro para dar respuesta a las necesidades de las Unidades de Gestión, por áreas, basado en:

- El Decreto 462/1996 de 8 de octubre (publicado en el BOJA núm. 127 de 5 de noviembre de 1996)
- Análisis de las actas de las CH
- Reglamento interno de funcionamiento
- Convocatorias de renovación de CH

RESULTADOS El centro cuenta en junio de 2020 con:
1 Comisión Central de Calidad y 19 CH, distribuidas por áreas

- Área de Gestión del Conocimiento y Tecnología: C. de Documentación Clínica y Herramientas digitales y C. de Pruebas descentralizadas (Point of Care)
- Área Asistencial: C. Trasplantes, Humanización Asistencial, Tumores, Dolor, Atención no Programada y Urgencias, Heridas, Asistencia Basada en la
- Evidencia, Reproducción Humana Asistida y Calidad Percibida.
- Área de Bioseguridad: C. de Garantía y Control de Calidad en Radioterapia, Seguridad Clínica, Infecciones y Política Antimicrobiana, Transfusiones y Hemoterapia, Lactancia Materna, Nutrición, Trombosis y Tratamiento Antitrombótico, RCP y Mortalidad.

En el 2020 forman parte de las CH referidas, 381 profesionales de los cuales 255 son FEA, 104 enfermeras y 22 profesionales no sanitarios.
La actividad básica en 2019 consistió en 117 reuniones programadas en las que se abordaron temas propios de cada CH, generando abundante documentación que se difusión por los cauces adecuados al resto de los 8500 profesionales den centro.
En la convocatoria de renovación de 2020 se han constituido las CH de Calidad Percibida y de Pruebas descentralizadas (Point of Care) para regular los dispositivos de laboratorio descentralizados que ya están distribuidos por las Unidades y medir la calidad percibida como dimensión básica de la calidad global.

CONCLUSIONES

- Un centro de tercer nivel debe contar con una estructura de CH adaptada a sus necesidades, que permita la participación de los profesionales en estos órganos asesores de los gestores del centro.
- La C. de Pruebas descentralizadas es imprescindible para regular el equipamiento analítico que demandan las Unidades.
- La C. de Calidad Percibida es imprescind

TELESALUD DURANTE LA EPIDEMIA COVID Y RECORRIDO FUTURO

AUTORES: RODRIGO RINCON, ISABEL[1]; IRIGOYEN ARISTORENA, I[2]; CORCUERA MARTÍNEZ, I[3]; MAÑERU ORIA, A[4]; YANGUAS BAYONA, JI[5]; SADABA SAGREDO, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La epidemia ha modificado el tipo, número de atenciones realizadas y las modalidades asistenciales que ofrecen las organizaciones sanitarias. Ha requerido nuevas formas de organización de la actividad y asistencia a los pacientes, incluyendo nuevas formas de usar la tecnología. Para mantener la actividad asistencial al mismo tiempo que la seguridad de pacientes y profesionales, una de las herramientas de mayor desarrollo es la telesalud.

OBJETIVOS Conocer la utilización de la telesalud en un hospital terciario durante la epidemia COVID 19 así como explorar la percepción de los profesionales sobre su desarrollo futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una búsqueda bibliográfica de cuestionarios sobre telesalud. Se realizaron simultáneamente 4 grupos focales (44 participantes) para recoger los elementos importantes en relación con la telesalud. Se diseñó un cuestionario con 34 ítems incluyendo las variables socio-demográficas. Se envió a los profesionales un correo electrónico y se difundió en la intranet del centro adjuntado el enlace al cuestionario para su cumplimentación on-line. El trabajo de campo tuvo lugar entre el 14 y 26 de mayo de 2020.

RESULTADOS Se recibieron 308 cuestionarios cumplimentados (72% facultativos).
Los medios utilizados fueron el teléfono corporativo fijo (60%), el móvil corporativo (11%) y el teléfono personal (25%). Los medios técnicos imprescindibles son: las agendas con espacios para consultas telefónicas (79%), sistema de manos libres (52%), pautas de actuación (48%) y teléfono corporativo (30%).
El 17% de profesionales considera que la consulta telefónica puede ser adecuada para atender pacientes en primera consulta, el 65% en consultas sucesivas y 68% en crónicos. El 86% de los profesionales que atendieron consultas telefónicas consideraron que ésta resultaba satisfactoria para los pacientes y el 91% consideró que los pacientes comprendían la información proporcionada.
Las herramientas más útiles para incorporar a la telesalud son: el envío de imágenes (54%), la tele-monitorización de parámetros (52%) y los sistemas de triaje para derivación al especialista (37%). El 93% de los profesionales considera necesario potenciar la formación de los profesionales mediante formatos on-line y el 80 % para la formación on-line dirigida a pacientes.
Los principales beneficios que aportaría la telesalud son: la mejora del acceso para los que viven lejos (84%), mejora de la responsabilidad de las personas por su propia salud (59%) y mejora del conocimiento del profesional del entorno del paciente (32%).

CONCLUSIONES La telesalud es una modalidad de atención fundamental durante y después de la epidemia. La utilidad es mayor para el seguimiento y la formación de los pacientes que para la atención de primeras visitas. Poder ver a los pacientes (vídeo), las agendas con espacios para consultas de telesalud, los dispositivos manos libres y las pautas de actuación son claves para facilitar su utilización.

ID: 145

INDICADORES CLAVE DE FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

AUTORES: ÁNGEL GARCÍA, DANIEL[1]; MARTÍNEZ-NICOLÁS, I[2]; SALMERI, B[3]; MONOT, A[4]

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD SAN ANTONIO DE MURCIA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los indicadores de calidad son herramientas que permiten medir el rendimiento y los resultados relacionados con aspectos de la atención. Es necesario utilizar estas herramientas en las unidades hospitalarias de fisioterapia porque son parte del lenguaje gestor del hospital y son esenciales para avanzar hacia una mejor calidad del a atención.

OBJETIVOS Definir un sistema de indicadores para monitorización y mejora de la calidad asistencial en unidades de fisioterapia hospitalarias aplicable a nivel nacional

MATERIAL Y MÉTODOS el proyecto consta de 6 etapas: 1) se creó un grupo de trabajo que incluía a los supervisores de fisioterapia de las unidades hospitalarias de Murcia. 2) se realizó una revisión sistemática de indicadores. Se realizaron búsquedas en bases de datos para localizar artículos que contuvieran indicadores y se buscaron indicadores en las bases de datos de indicadores internacionales. Se incluyeron los indicadores que estuvieron descritos con fórmula, que pudiesen ser aplicados en una unidad de fisioterapia hospitalaria y que estuvieran basados en evidencia. 3) Se iidentificaron las áreas de oportunidad para medir de la calidad asistencial en fisioterapia y así poder clasificar los indicadores y ver que áreas no estaban cubiertas. 4) Se priorizaron los indicadores existentes y se crearon nuevos en las áreas no cubiertas y que se consideraron relevantes por el grupo de trabajo. 5) se redactaron las fichas técnicas de los indicadores. 6) El proyecto y las fichas de indicadores se expusieron en un congreso online a otros profesionales. Las fichas de los indicadores se mandaron a los inscritos en el congreso para que las valoraran e hicieran comentarios.

RESULTADOS La búsqueda resultó en 465 artículos y 41 indicadores, sumando un total de 200 indicadores que cumplen los criterios de inclusión. Estos se clasifican en 23 categorías clínicas y de gestión, que cubren todo tipo de indicadores (estructura, proceso y resultado) y cinco de las seis dimensiones de calidad. De estos, 23 fueron puntuados como los más útiles por el grupo de trabajo. Tras un debate sobre su adecuación y las áreas que cubrían, se decidió incluir 9 y completar las áreas no representadas con otros 12 propuestos por el grupo. Las fichas técnicas de estos 23 indicadores han sido valoradas por 11 fisioterapeutas externos al grupo de trabajo. Todos los indicadores obtuvieron una mediana por encima de 4 (sobre 5) en la utilidad para la mejora, y por encima de 3 en factibilidad o pacientes afectados.

CONCLUSIONES Se han definido las fichas de medición de 21 indicadores útiles para las unidades hospitalarias de fisioterapia y han sido identificados como interesantes o muy interesantes, tanto por el grupo de trabajo y por 11 evaluadores externos. Se han identificado 200 indicadores que pueden ser aplicados a las unidades hospitalarias de fisioterapia a través de una revisión sistemática, disponiendo así de una base de datos de indicadores basados en evidencia.

ID: **146**

CREACION DE CALL CENTER TELEFONICO PROPIO PARA ATENCION CIUDADANA DURANTE PANDEMIA COVID-19

AUTORES: GONZALO GARCIA, ARANZAZU[1]; CALERO HERRERO, I[2]; ABAD GARCIA, R[3]; MORENO MARTIN, M[4]; CAIRO ROJAS, C[5]; MARTINEZ AYUSO, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: OSI BILBAO BASURTO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La irrupción de la pandemia obliga a implementar estrategias ágiles, efectivas y seguras, avaladas cuando está disponible por la evidencia científica, que permitan orientar cada caso o sospecha hacia la mejor solución asistencial, informando siempre a la ciudadanía de forma clara y objetiva y/o resolviendo su necesidad de forma no presencial en muchos casos. Nuestra Organización de Servicios Sanitarios (OSS) creó desde el 20 de marzo un Call-Center telefónico propio (reforzando el corporativo autonómico) para mejorar nuestra respuesta frente a la crisis y como apoyo de otras estructuras asistenciales

OBJETIVOS

- Crear un mecanismo de contacto ágil y accesible para el ciudadano
- Cribar cada demanda de atención hacia la fórmula de atención más idónea
- Evitar saturación de otros dispositivos: Urgencias, Emergencias, PAC, Centro Salud (C.S.), teléfono corporativo..
- Mejorar la información sobre prevención y medidas en caso de contagio

MATERIAL Y MÉTODOS Creación de Call-Center en 1 Ambulatorio desde el 21/03/2020 con atención en todo el horario no cubierto por nuestros C.S.: sábados, domingos, festivos y noches. Dotado con profesionales en número variable según día, tramo horario y fechas (mayor número en los momentos álgidos de pandemia, así como días y horarios punta):

- Enfermería (de 2 a 6 profesionales)
- Médicos (de 2 a 4)
- Pediatras (de 1 a 2)
- Admvos. (de 1 a 8)

Se reestructuró la red de telefonía de la OSS para que cualquier llamada a nuestros C.S. fuera de su horario de atención, en lugar de ser desviado hacia el teléfono corporativo (frecuentemente desbordado en plena pandemia), lo hiciera a nuestro Call-Center.
El admvo. que recibe inicialmente la llamada realiza un proceso de gestión de la demanda en base a un flujograma de preguntas. Y en su caso cita al paciente en programa informático, pasando la llamada a la enfermera, la cual a su vez realiza un cribado registrando su resultado en un formulario en los casos relacionados con COVID 19 (Guía Valoración Síntomas Respiratorios Coronavirus), e informa al paciente de las actuaciones a realizar y medidas de prevención. Derivará en caso necesario la llamada al médico o pediatra

RESULTADOS Período 20/03 a 05/07:

- 5349 atenciones por enfermería
- 1499 atenciones por facultativos

Período muestreo 21/03 a 12/04:

- 573 formularios registrados por Enfermería

Accesibilidad telefónica, media 800 llamadas diarias en fin de semana período álgido, media de

más del 90% de llamadas cogidas “a la primera”

CONCLUSIONES

- Elevada implicación y satisfacción profesional
- Está permitiendo que los ciudadanos reciban en sus domicilios una respuesta asistencial ágil y cómoda, sin necesidad de que sea presencial, contribuyendo a no saturar innecesariamente otros dispositivos sanitarios: Urgencias, C.S., …
- La realización de los formularios por enfermería está facilitando la implementación de otra estrategia clave para nuestra OSS: la atención a demanda por Enfermería de nuestros C.S. a procesos leves autolimitados

EL VALOR DE LAS TIC'S EN LA GESTIÓN DE LA EPIDEMIA COVID19

AUTORES: PARDO ORTIZ, ALBERTO[1]; CHOCANO PEÑA, B[2]; SERRANO GARCÍA-ORTEGA, JJ[3]; JIMÉNEZ IBÁÑEZ, JC[4]; PINTO ROMERO, A[5]; PALOMERA RUFO, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El H.U. Fundación Jiménez Díaz apuesta por una cultura de innovación tecnológica desde 2014. Las aplicaciones TIC's permiten establecer nuevos modelos de relación y suponen una mejora en la eficiencia de los procesos del Hospital.

OBJETIVOS

1. Mejorar la respuesta a la epidemia mediante el uso de la TIC's para la reducción de exposición y el tratamiento de casos .
2. Evitar el colapso del hospital .
3. Salvaguardar la sostenibilidad del sistema con actividad no presencial.

MATERIAL Y MÉTODOS Actuaciones destacadas por el Departamento de Sistemas durante la pandemia:
Diseño de cuadros de mando para el análisis y reporte de información sobre el seguimiento de casos y la predicción de la ocupación. Rápida capacidad de actualización para la toma de decisiones ágil sobre dotación de recursos y atender las peticiones de autoridades sanitarias.
Creación del icono estado COVID en HC vinculado a un algoritmo de ayuda al diagnóstico médico para la identificación de casos, según cuadro clínico y resultados de las pruebas PCR, IgM e IgG.
Automatización del estado del paciente como Activo-Resuelto-Cuarentena-Dudoso-NoCovid, permitiendo la ubicación ágil del paciente en el circuito adecuado y la trazabilidad de estados.
Desarrollo de formularios en el Portal del Paciente preservando la actividad no presencial de casos noCOVID, aún en lo peor de la pandemia.
Dotación de equipos e infraestructura tecnológica para nuevos puestos de UCI y equipamiento de unidades de apoyo (hotel y residencia medicalizados).
Implantación de un sistema seguro de Visita Virtual entre paciente aislado y familiares.
Habilitación de conexiones remotas para teletrabajo. Aceleración de la implantación de Teams y videoconsultas.

RESULTADOS 40 cuadros de mando disponibles.
Formulario evaluación del COVID-19 de una forma guiada con propuestas de Clasificación, Estado y Zona.
202 formularios públicos para poder hacer las valoraciones no presenciales.
45 equipos portátiles habilitados para nuevas áreas de UCI, REA y Quirófanos.
Portátiles, suface y sobremesa: 23 equipos para nuevos puestos de enfermería y despachos médicos/13 equipos para Hotel y Residencia Medicalizados .
99 equipos portátiles y 789 conexiones remotas para teletrabajo (16,4% de la plantilla).
14 tablets para Visita Virtual.

CONCLUSIONES El desarrollo de aplicaciones informáticas propias de manera interdisciplinar médico-técnico permite sistemas de información ágiles y flexibles para la predicción de la demanda e identificación precoz de los recursos adecuados a la misma.
Una cultura digital previa asociada a la marca ha sido elemento facilitador que permitido la ausencia de roturas de stock de equipamiento informático y el empoderamiento del profesional para la

prestación de servicios no presenciales.
La epidemia COVID ha provocado un efecto acelerador del Plan de Innovación Tecnológica del hospital, contribuyendo a la protección de pacientes y profesionales, así como a la sostenibilidad del sistema de salud.

ID: 148

INTEGRACIÓN DE BIOETICISTAS EN EL EQUIPO DE DIRECCIÓN HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: PACHECO-MARTÍNEZ, PEDRO-A.[1]; SÁNCHEZ-MENAM, M[2]; HERRERA-ABIÁN, M[3]; RUIZ-HORNILLOS, F[4]; SUÁREZ-ÁLVAREZ, C[5]; GONZÁLEZ-MORALES, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la pandemia de COVID-19 los hospitales han tenido que tomar decisiones a nivel clínico y de gestión, y desarrollar protocolos específicos para la situación de crisis, muchas veces con poco margen de tiempo. Estas decisiones y protocolos presentan gran calado ético.
La necesidad de reflexión ética en la toma de decisiones y la profesionalización de la bioética han expuesto la adecuación y necesidad de asesoramiento bioético a los equipos de gestión y asistenciales.
Presentamos nuestra experiencia de la incorporación de los bioeticistas del departamento de bioética clínica en el comité de dirección para dichas tareas durante la crisis de COVID-19.

OBJETIVOS El objetivo principal de la es valorar la pertinencia de la integración de bioeticistas en el comité de dirección del hospital durante la crisis.

MATERIAL Y MÉTODOS Para valorar esta pertinencia se recogen las medidas tomadas para la integración de los bioeticistas, la aportación documental propia de carácter bioético desarrollada durante el tiempo de crisis sanitaria en nuestro hospital y las acciones realizadas sobre los equipos asistenciales. Se corresponde con los meses de marzo, abril y mayo de 2020.

RESULTADOS

1) Medidas tomadas de carácter gestor:
   a. El 9 de marzo se integró al director del departamento de bioética clínica en el comité de dirección.
   b. En todas las reuniones del comité de dirección asistió al menos un bioeticista para asesoramiento y detección de cuestiones bioéticas en la toma de decisiones y realización de protocolos.
2) Apoyo con documentos de índole bioético:
   a. Revisión de protocolos clínicos generados en nuestro hospital.
   b. Revisión y actualización de la bibliografía internacional disponible.
   c. Emisión de dos documentos propios de carácter bioético sobre manejo de pacientes candidatos a UCI.
   d. Un documento propio de carácter bioético sobre la transmisión de malas noticias y cuidado emocional.
3) Sesiones y reuniones de carácter bioético a servicios médicos más involucrados:
   a. Servicios de medicina interna y de neumología.
   b. Servicios de medicina intensiva y de anestesia.

CONCLUSIONES La complejidad y urgencia en la toma de decisiones, y la profesionalización de la bioética hacen complejo mantener los estándares de excelencia ética las medidas y protocolos que se desarrollan. Asumir la bioética como una de las línea clave para la gestión de la crisis es necesaria para mantener unos estándares éticos y de humanización excelentes.
La integración de bioeticistas en el comité de dirección ha permitido asesoramiento cercano e inmediato en la toma de decisiones y la detección de problemas éticos.

El apoyo documental ofrecido ha contribuido a una mejor gestión de la crisis y calidad asistencial a los pacientes y profesionales.
La sensibilización de los equipos más directamente implicados (UCI, medicina interna, anestesia, neumología…) con sesiones específicas ha permitido la detección de conflictos éticos subyacentes, la actualización de conocimientos y el asesoramiento cercano.

ID: 149

ADAPTACIÓN DE LA SECRETARÍA DE CALIDAD DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL A LA ÉPOCA DE PANDEMIA

AUTORES: RODRIGUEZ MORILLA, FELIPE[1]; LÓPEZ GARRIDO, L[2]; BONACHELA SOLAS, P[3]; CRUZ SALGADO, O[4]; GARCÍA MORENO, RM[5]; GIL NAVARRO, MV[6]

CENTROS DE TRABAJO: HU VIRGEN DEL ROCIO[13456], HG DE SEGOVIA[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la época de pandemia por Covid-19 los requerimientos asistenciales han cambiado drásticamente, de manera que las organizaciones sanitarias han virado el rumbo para poder hacer frente y dar respuesta a esta nueva situación. Se ha pospuesto la actividad quirúrgica reglada, la asistencia presencial se ha reducido a mínimos imprescindibles, cambiándose por teleasistencia allí ha sido posible, el programa de trasplantes se ha visto reducido, etc.
Las estructuras de calidad han debido realizar la misma adaptación a la situación de pandemia por Covid-19 para prestar servicio al hospital en general y a las necesidades de las unidades asistenciales en particular.

OBJETIVOS Presentar la actividad desarrollada por la Secretaría de Calidad (SC) de un Hospital de tercer nivel, al adaptarse a los requerimientos del centro, en la época de pandemia por Covid-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Análisis del registro de actividad de la SC de un Hospital de tercer nivel durante los 3 meses de pandemia con estado de alarma, detallando las actividades realizadas a instancias de la propia Secretaría de Calidad y la actividad como respuesta a las demandas de las Direcciones Asistenciales y las Unidades de Gestión.

RESULTADOS La actividad de la SC ha aumentado considerablemente en el periodo pandémico, impidiendo la modalidad de teletrabajo al tener que responder de manera rápida a las requerimientos.
Las principales actividades desarrolladas por la SC durante la pandemia, agrupadas por categorías han sido:

- Gestión de la Información: Hasta 15 iniciativas relacionadas con esta área tales como 'Gestión de información en redes sociales. Apoyo en la elaboración de infografías', Difusión de información a las UGC (Notas de Circulación Interior, de seguridad de medicamentos, manejo de la lencería de pacientes infectados por coronavirus, política restrictiva en el uso de sangre y hemocomponentes, medidas excepcionales ante la posible escasez de EPI, cuidados postmortem, etc.
- Facilitación, gestión y adaptación al uso de las donaciones privadas (Tablets, Teléfonos, Libros, etc.)
- Colaboración, actualización y edición de grabaciones de videos, infografías, cartelería, presentaciones, etc., con las Unidades de calidad, Medicina Preventiva, Comunicación,etc.
- Gestión y organización de la información sobre coronavirus en la web del centro.
- Análisis y parametrización de Planes de contingencia y actividad de centros públicos y privados.
- Tramitación de asuntos al Comité de Ética de Investigación y de Ética Asistencial.
- Protocolos y recomendaciones para teleasistencia.
- Colaboración con profesionales para tramitación de VPN para teletrabajo. .

CONCLUSIONES

- Durante la pandemia la SC debe adaptar su cartera de servicios a las demandas asistenciales y asumir funciones que en situación de normalidad no le serían propias, esperándose una respuesta rápida a las demandas.
- Se posponen las actividades básicas de control y auditoría de indicadores de calidad y seguridad hasta que se normalice la situación.

TEST RÁPIDOS VS PCR COVID-19

ID: 151

AUTORES: BEAMONTE GUTIÉRREZ, MARTA[1]; ECHAVE SEDANO, S[2]; PÉREZ ALFARO, M[3]; CASTILLO CARRASCO, V[4]; SANZ LEÓN, M[5]; ORTEGA LOZANO, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: C.S. GAMONAL ANTIGUA[1356], C.S. JOSE LUÍS SANTAMARÍA[2], C.S. LOS COMUNEROS[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Según las recomendaciones del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), el confinamiento junto con la realización de las pruebas de laboratorio de COVID-19 oportunas y precisas son las dos estrategias fundamentales para frenar la pandemia.
Es fundamental la realización de un gran número de pruebas de detección infección por virus SARS-CoV-2 para poder detectar a las personas infectadas, aislarles y evitar el contagio. Por otro lado, y de cara a normalizar la vida laboral de los ciudadanos, la detección masiva permitiría aislar exclusivamente a los casos diagnosticados permitiendo que se mantenga la actividad económica.
El ECDC y la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente recomiendan el diagnóstico de COVID-19 mediante pruebas moleculares que detectan el ARN del virus de SARS-CoV-2. Esta es la prueba de referencia o "Gold standard", pero requiere laboratorios de microbiología bien equipados, personal entrenado y reactivos múltiples y costosos; además consume una importante cantidad de tiempo. La aparición de pruebas de diagnóstico rápidas y fiables para COVID-19, podría ampliar la capacidad de testar a un gran número de pacientes de una forma más sencilla, con menor consumo de tiempo y más económica

OBJETIVOS El objetivo principal es conocer los diferentes tipos de test diagnósticos para COVID-19.
Como objetivos secundarios son determinar ventajas y limitaciones de cada uno de ellos, además de la idoneidad de su uso dependiendo de la situación epidemiológica del momento.

MATERIAL Y MÉTODOS Revisión bibliográfica sobre el tema

RESULTADOS

1. Determinación de PCR en exudado naso faríngeo u otras muestras de vías respiratorias: Es el procedimiento de elección y de referencia porque tiene la mayor sensibilidad y especificidad. Es el "Gold standard" en el diagnóstico.
2. Test de detección de Ac en sangre capilar (IgM e IgG): Insuficiente sensibilidad y especificidad. Rapidez, los ensayos de immunocromatografía suelen generar resultados en unos 15- 30 minutos.
3. Test de detección de anticuerpos totales: La limitación más importante es su valor predictivo negativo bajo, por lo que un resultado negativo no excluye posible infección, Por ello en pacientes CON SINTOMAS y un resultado negativo es imprescindible realizar PCR diagnóstica.
4. Test de detección de antígenos en exudado naso faríngeo u otras muestras respiratorias de vías altas/bajas. Menos sensibles que la PCR. En pacientes con síntomas y resultado negativo es preciso realizar una PCR de confirmación.

CONCLUSIONES Los test rápidos de diagnóstico (detección de anticuerpos), son test sencillos de realizar e interpretar y accesibles para cualquier ámbito asistencial. Ante la situación epidemiológica vivida meses atrás, en la que el número de casos era muy elevado y existía una sobrecarga de los laboratorios, estos test han servido para realizar la prueba de detección COVID-19 a una población más amplia contribuyendo a un diagnóstico rápido de la enfermedad y una mejor adecuación en la solicitud de PCR.

ID: 152

PROCESO DE REPLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE CALIDAD DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA EN LA ERA COVID-19

AUTORES: DOMINGO TORRELL, LAIA[1]; SALA SERRA, M[2]; LASSO DE LA VEGA PANILLO, C[3]; COMAS SERRANO, M[4]; CAMPODARVE BOTET, I[5]; CASTELLS OLIVERES, X[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DEL MAR

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Programa de Calidad (PC) del Parc de Salut Mar coordina funciones de promoción de la calidad, seguridad y seguimiento de indicadores y se articula en varias comisiones y grupos de trabajo transversales, marcando unos objetivos bienales. Pasado el pico de la epidemia Covid-19, surgió la necesidad de replantear los objetivos del PC teniendo en cuenta la nueva realidad hospitalaria.

OBJETIVOS Replantear los objetivos del PC a corto y medio plazo, mediante una reflexión conjunta desde la óptica de la calidad y la seguridad, a partir de la experiencia vivida durante el pico de la pandemia Covid-19.

MATERIAL Y MÉTODOS El Parc de Salut Mar es una institución sanitaria que agrupa 2 hospitales de agudos, 1 centro de salud mental y 1 sociosanitario, dando cobertura a más de 300.000 habitantes. El proceso de reflexión se planteó en el contexto de la Comisión de Calidad, integrada por 28 profesionales con distintos perfiles y roles. Se planteó un proceso en 5 fases, desarrolladas entre 27/5/2020 y 15/7/2020. Fase 1) Lluvia de ideas, dirigida a través de 2 preguntas: 1. Dónde poner el esfuerzo para disminuir situaciones inseguras y mantener la calidad en caso de rebrote o nueva crisis; 2. Dónde poner el foco para mantener la calidad en contexto de convivencia Covid-no Covid; Fase 2) Formulación de nuevos objetivos, a través de la síntesis de ideas recogidas; Fase 3) Priorización de objetivos e identificación de acciones, a través de una encuesta a los miembros de la Comisión; Fase 4) Definición de planes de acción para cada nuevo objetivo, e identificación de referentes y grupos de trabajo; Fase 5) Implementación y seguimiento de acciones.

RESULTADOS Se identificaron y priorizaron 6 objetivos para reforzar las funciones del PC en el contexto Covid-19: 1) Definir criterios de calidad para el plan de contingencia común para toda la institución frente un rebrote Covid-19; 2) Definir qué significa para nuestra institución el cuidado del profesional y diseñar acciones de mejora; 3) Definir mínimos de atención de calidad para pacientes Covid-19 y no Covid-19; 4) Evaluar y hacer un benchmark de prácticas que han aportado valor y de poco valor realizadas durante la pandemia; 5) Definir criterios de calidad en la teleasistencia; 6) Definir criterios de calidad para la atención a familiares y acompañantes. Para cada objetivo se definió un plan de acciones, con más de 60 acciones relacionadas con la formación, mejora de la coordinación y la comunicación, creación de herramientas y listas de verificación, fomento de las nuevas tecnologías, etc., que se trasladó a los grupos de trabajo y comisiones específicas para su implementación.

CONCLUSIONES La reflexión conjunta ha permitido poner en marcha un plan de acciones para reforzar la calidad y la seguridad ante el nuevo contexto Covid-19. El ejercicio ha servido para fortalecer el rol transversal de la Comisión de Calidad así como los mecanismos de coordinación con el resto de Comisiones de Calidad.

EDUCACION GRUPAL EN CUIDADOS PARA CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS DEPENDIENTES

ID: 153

AUTORES: ABAD GARCIA, ROBERTO[1]; LARREA ARECHAVALETA, I[2]; ESPARZA LIBERAL, C[3]; MORENO MARTIN, M[4]; VALLEJO ANGULO, A[5]

CENTROS DE TRABAJO: OSI BILBAO BASURTO[1245], HOSPITAL SANTA MARINA[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los cuidadores desempeñan un papel fundamental en la cobertura de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales de las personas dependientes, repercutiendo directamente su labor en la utilización de los recursos socio-sanitarios. Los cuidadores formales a menudo han recibido una formación básica sobre cuidados, situación que no suele darse en los cuidadores informales, lo que a menudo impacta tanto en la calidad de esos cuidados como en su propio estado físico, mental y emocional, con un detrimento de la calidad de vida de ambos

OBJETIVOS Mejorar la capacitación en cuidados básicos de los cuidadores informales de la población dependiente en nuestro ámbito de referencia, para que realicen su labor en condiciones óptimas tanto para la persona a su cargo como para sí misma, disminuyendo la sensación de sobrecarga y aumentando la seguridad y tranquilidad al cuidador

MATERIAL Y MÉTODOS Sistematización de una intervención educativa grupal desde el ámbito sanitario liderada por nuestra Organización de Servicios Sanitarios (OSS) y Hospital de referencia para cuidados de media-larga estancia, desarrollada por enfermeras de ambas organizaciones. Adquisición de conocimientos y habilidades en:

- Higiene y aseo
- Seguridad
- Movilización
- Alimentación
- Autocuidado del cuidador

Captación oportunista y activa en nuestros centros de salud (C.S.) y unidades de hospitalización, así como a través de instituciones y asociaciones aliadas (Cáritas, Cruz Roja..). Elaboración de cartelería y flyers informativos del programa

Taller de 2 sesiones en 2 días consecutivos (5 horas total), con posibilidad de una 3ª de refuerzo, en salas tanto de nuestras organizaciones sanitarias, como de organizaciones colaboradoras. Materiales principales:

- Guía básica de cuidados coeditada por nuestra OSS y Hospital
- Presentaciones infográficas
- Vídeos corporativos y de otras instituciones
- Materiales ortoprotésicos y de apoyo al cuidado (colchones, cojines, cinturones, lavacabezas…)

Evaluación en base a cuestionarios de conocimientos pre y post sesiones, así como de satisfacción. Centralización de sesiones en un único C.S.
1ª ronda de sesiones en octubre-noviembre 2018. Taller adicional en marzo 2019 (sólo 2 asistentes). Entre enero-febrero 2020, tras algunas medidas para aumentar captación, 2 nuevos talleres

RESULTADOS 2018:

- 23 asistentes, promedio edad 59,7 años, 95% mujeres

- 12 sesiones, 6 ciclos formativos completos
- 31% consideran el taller muy adecuado y 69% bastante adecuado. 100% lo recomendaría
- Un 86% manifestó haber adquirido conocimientos sobre cuidados, que antes no tenía

2020:

- 26 asistentes, en 2 talleres (4 sesiones). Colaboración con Cáritas

CONCLUSIONES

- Alta satisfacción de profesionales y asistentes
- Expectativas de captación de asistentes que no han podido alcanzarse. La mayoría lo conocieron a través de su enfermera comunitaria
- En general, buena adquisición de conocimientos, si bien el área de Autocuidados precisa refuerzo

PANDEMIA Y HUMANIZAR, ¿SE PUEDE?

ID: **154**

AUTORES: MACIAS MAROTO, MARTA[1]; FUNES MOÑUX, R[2]; HERAS GOMBAO, T[3]; MARMESAT ALCÁNTARA, E[4]; VEGA REQUENA, L[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los centros hospitalarios son sitios eficientes y tecnificados, pero también son lugares fríos. A esta realidad, se ha sumado la pandemia y las medidas incorporadas para disminuir el riesgo de contagio. El aislamiento de los pacientes, el confinamiento social y la situación extrema de los profesionales hizo que se utilizaran vías alternativas para dar respuesta a las necesidades de los pacientes ingresados, de sus familias y de los profesionales.

OBJETIVOS Paliar la soledad y aislamiento de los pacientes ingresados y sus familias

MATERIAL Y MÉTODOS Desde el Comité de Humanización y Calidad Percibida durante la pandemia se fueron desarrollando una serie de proyectos de mejora en humanización. En ocasiones también, a iniciativa de profesionales, se emprendieron otras acciones. Se realizaba la propuesta y era aprobada o no por la Dirección tras valorar, sobre todo, la viabilidad en una situación tan excepcional.

RESULTADOS Las acciones que se llevaron a cabo se resumen en las siguientes:

1. Humanización de las estancias hospitalarias. Se habilitó el servicio de televisión libre. Profesionales del Servicio de Salud Mental llevaron a los pacientes mensajes, cartas y dibujos recibidos a través de un correo habilitado para tal fin. Se diseñó un circuito para la felicitación del cumpleaños de los pacientes.
2. Comunicación con familiares. Las tablets donadas por particulares fueron de gran ayuda para que los pacientes mediante videollamadas se comunicaran con sus seres queridos.
3. Organización de actividades de entretenimiento para los pacientes aislados. Gracias a la solidaridad de multitud de empresas, los pacientes recibieron periódicos y pasatiempos. Se celebró el Día del Libro, obsequiando con un libro a todos los pacientes.
4. Atención emocional. Por parte del Servicio de Salud Mental se realizaron visitas diarias a los nuevos pacientes ingresados y se ofreció una atención específica en situación de últimos días y duelo. Para los profesionales, mediante videoconferencias, consultas presenciales y con recomendaciones en soporte documental se ofreció atención psicológica. Cabe destacar otra iniciativa consistente en un Taller de Escritura Terapéutica on-line para profesionales.
5. Información y acompañamiento. Se reforzó mediante aumento de personal de información y también se ofreció a las familias la posibilidad de acompañamiento en situación de últimos días.
6. Fomento del ejercicio físico pasivo y ejercicios cognitivos. Desde el Servicio de Rehabilitación se prepararon infografías con recomendaciones para pacientes ingresados por Covid-19.

CONCLUSIONES El centro intentó adaptarse a esta crítica situación que nos superó a todos. En los duros momentos de soledad de los pacientes, angustia de los allegados y presión de los profesionales consideramos fundamental reforzar la humanización, o al menos, no olvidar este área tan imprescindible e inseparable de nuestra esencia: la “humanidad”.

ID: 155

ACTIVIDAD DE ENFERMERIA EN LAS URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD EN "LA NUEVA NORMALIDAD"

AUTORES: RODRIGUEZ POLA, TAMARA[1]; GARCÍA MUÑIO, R[2]; LOZANO DEL HOYO, ML[3]

CENTROS DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La situación actual ha supuesto un reajuste de recursos personales y materiales, en los Centros de Salud (CS), puerta de entrada a la sanidad pública. Dichos centros se han tenido que adaptar a las circunstancias, teniendo en cuenta que son momentos sin precedentes que han exigido una labor multidisiplinar sin protocolos o pautas conocidas. La búsqueda de equilibrio entre el beneficio socioeconómico y el riesgo epidemiológico lo denominamos "nueva normalidad", ha requerido una rápida adaptación de los CS que permitiera la continuidad de la atención sanitaria básica en una pandemia mundial.
Una de las adaptaciones ha sido la creación y formación de un grupo de triaje integrado por profesionales de enfermería.

OBJETIVOS Evaluar la presión asistencial en la puerta de urgencias tras la nueva creación de un grupo de triaje llevado a cabo por profesionales de enfermería.
Conocer los motivos de consulta que se presentan en los servicios de urgencias de atención primaria en la "nueva normalidad"

MATERIAL Y MÉTODOS Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo en el que se ha analizado las características clínico-epidemiológicas que presentaba la población atendida en un Servicio de Urgencias extrahospitalarias durante la "Nueva Normalidad" provocada por la COVID-19 durante el mes junio de 2020.

RESULTADOS Del total de pacientes que acuden al CS un 19,3% es por cuestiones administrativas, un 12% son derivados por las enfermeras triadoras al profesional médico o de enfermería del CS, un 28,2% se deriva a medicina de urgencias y un 40,5% a enfermería de urgencias y de estos un 38,6% los visita tanto el médico como enfermería.
De los pacientes que acuden y son visitados por enfermería N=158, el 51,2% son mujeres, 2 personas no llevan mascarilla y del resto el 71,1% son quirúrgicas, 21,1% de tela y 7,8% FFP2.
De las patologías vistas un 30,4% son del sistema neurosensorial, el 17,3% del respiratorio, el 13% del musculoesquelético, el 12,1% del aparato genitourinario, el 10,2% del cardiaco, el 5,5% del endocrino, el 4% del aparato digestivo, el 3,7% del neurovascular y el 3,2 % de otros.
Las actividades de enfermería se distribuyen: Administración de medicación en un 25,5%, curas el 28,4%, CPR un 12,7%, pruebas diagnósticas un 15,6%, constantes 8% retirada de bomba de quimio un 4,6%, TAO un 3,4%, vacunas un 1,2% y sondajes un 0,6%

CONCLUSIONES La mayoría de las consultas han sido asistidos por profesionales de enfermería y medicina, siendo muchas las realizadas cuestiones administrativas
Casi la totalidad de los pacientes atendidos llevaban mascarilla quirúrgica, observando una tendencia a la de tela en los más jóvenes.
Existe un desconcierto por la nueva dinámica de triaje siendo motivo de incidencias en un bajo porcentaje, que rechazan el nuevo protocolo, y que consideramos fundamental para incidir y concienciar a la población de la buena utilización de los recursos.

APLICACIÓN DE TERMOTERAPIA EN PARTOS EUTÓCICOS DURANTE LA FASE DE EXPULSIVO

ID: 156

AUTORES: BLAS ROBLEDO, MONICA[1]; LOZANO GARAY, G[2]; GARCIA ESTURO, L[3]; JORGE GONZALEZ, C[4]

CENTROS DE TRABAJO: OSI BILBAO BASURTO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La mayoría de las mujeres con parto por vía vaginal sufren algún tipo de traumatismo perineal, que puede ocurrir espontáneamente o ser resultado de una incisión quirúrgica del perineo (episiotomía). De la asociación entre traumatismo perineal y morbilidad postparto deriva la importancia de reducir las lesiones de esta etiología, cuyas complicaciones derivadas pueden afectar al bienestar físico, psicológico y social de la mujer. Por ello en la Unidad de Partos de nuestro Hospital hemos implementado un programa de protección perineal utilizando la termoterapia como técnica preventiva

OBJETIVOS

- Prevenir el trauma perineal grave (desgarros 3º-4º grado)
- Mejorar la capacitación de las matronas en la detección precoz de desgarros de 3º-4º grado
- Mejorar la capacitación de las matronas y auxiliares en la técnica de termoterapia

MATERIAL Y MÉTODOS Población diana: Mujeres que ingresen en el Hospital con proceso de parto eutócico que se encuentren en la fase de expulsivo, con o sin analgesia epidural, y que deseen que se les aplique esta técnica previo consentimiento informado. Ensayo clínico abierto, no aleatorizado, con grupo intervención y grupo control.
La intervención consistirá en aplicar calor húmedo mediante una compresa calentada con agua a una temperatura entre 45ºC y 59ºC. El grupo control estará integrado por las mujeres que presentaron parto eutócico en mismo período 2017.
Formación previa en la técnica de termoterapia (curso teórico-práctico), 90 minutos, dirigido a matronas y auxiliares de la unidad de partos, e impartido por matronas expertas.
Formación previa teórico-práctica en la detección precoz de desgarros perineales impartido por ginecólogos/as del servicio de partos. Dirigido a las matronas de la unidad, duración de 3 horas

RESULTADOS Período intervención: Enero-Septiembre 2019

- 1,28% desgarros 3º-4º grado en partos eutócicos (no disminución frente grupo control que fue 1%)
- 85% matronas y 38% auxiliares formadas en la técnica
- 69% matronas formadas en detección precoz de desgarros. 100% identificaron correctamente desgarros en test de imágenes de evaluación

CONCLUSIONES

- El período de recogida de datos ha sido limitado en el tiempo, por lo que se precisa proseguir con el estudio para una evaluación más precisa sobre la eficacia de esta técnica. También, en el resultado 2019 (por debajo de las expectativas) entendemos que influye la novedad de la técnica y la necesidad de ir mejorando el adiestramiento de las profesionales.
- Alta implicación profesional.
- Tras la intervención, la termoterapia ha sido incorporada de forma normalizada dentro de la cartera de servicios de la unidad de partos.
- Se está valorando la posibilidad de incorporar el análisis a desgarros de 1º y 2º grado

ADAPTACIÓN DE SERVICIOS CERTIFICADOS ANTE LA COVID-19

ID: 157

AUTORES: GRANERO LÓPEZ, MÓNICA[1]; MÉNDEZ LAGE, S[2]; FERNÁNDEZ LÓPEZ, A[3]; RODRÍGUEZ PENÍN, I[4]; AGULLA BUDIÑO, JA[5]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el estado de pandemia por el virus SARS-CoV-2. Los Servicios de Farmacia (SF) y Microbiología (SM) han tenido que adaptar su estructura técnica y humana a la nueva realidad, asegurando la prestación de la atención con calidad.

OBJETIVOS Describir las acciones llevadas a cabo por ambos servicios para reorganizar los procesos a consecuencia de la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS Esta situación obligó al SF y SM de un hospital de segundo nivel a realizar cambios a nivel de gestión y liderazgo (GL), organización del personal (OP) y organización y adaptación de procesos (OAP). Como servicios certificados con la norma ISO 9001:2015, se documentaron estas acciones que han supuesto amenazas y oportunidades claves en la gestión de la calidad.

RESULTADOS A nivel de GL: se estableció un plan de comunicación interno con reuniones diarias/vía mail con los profesionales del servicio y externo vía mail/teleconferencias con la Dirección, Servicios Centrales, proveedores y pacientes. A nivel de OP: se establecieron turnos para reducir el riesgo de contagio, se reorganizó el trabajo y, cuando fue posible, se implantó el teletrabajo. Se dotaron con nuevos contratos las áreas de más demanda, se protegió a los profesionales con equipos de protección individual y se realizó desinfección exhaustiva de superficies de trabajo.
A nivel de OAP: en el SF fue clave la gestión de las adquisiciones de medicamentos por modificación frecuente de protocolos, desabastecimientos y diferentes presentaciones de medicamentos críticos que obligó a su reetiquetado; se aumentaron los stocks de medicamentos en plantas de hospitalización y en sistemas automatizados de dispensación según protocolos vigentes, dotándose de medicación a las nuevas unidades COVID; se incorporaron alertas clínicas y protocolos en el programa de prescripción electrónica asistida; se acondicionaron medicamentos para pacientes COVID y se elaboraron fórmulas magistrales por los desabastecimientos; en los centros sociosanitarios se estableció la atención telemática y en las consultas externas se instauró el envío de la medicación a domicilio y la consulta telefónica. En el SM, debido al incremento de la demanda de pruebas de detección de SARS-CoV-2 hubo dificultades en el suministro de material, realizándose reuniones diarias con el servicio de suministros para buscar proveedores. Se necesitaron más equipos de diagnóstico y se habilitó un nuevo espacio de biología molecular para el desarrollo de la actividad. Fue necesario aumentar el turno de trabajo a todos los días de la semana hasta las 22:00 h incluidos festivos. Se dio formación al personal en todas las técnicas empleadas y se llevó a cabo el registro informático de los nuevos procesos historiándose a todos los pacientes sometidos a pruebas.

CONCLUSIONES La pandemia por la COVID-19 ha supuesto un reto para los SF y SM y una oportunidad de aprendizaje para futuras crisis sanitarias.

ID: 158

SIFONES HIGIÉNICOS Y SU PAPEL EN CONTROL DE AISLAMIENTO DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN LAVABOS DE UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

AUTORES: QUINTÁS VIQUEIRA, ALMUDENA[1]; NÁJERA SANTOS, MC[2]; CASTRO MARTÍNEZ, M[3]; GONZÁLEZ HERRERA, A[4]; GARCÍA SEGOVIA, P[5]; ROBUSTILLO RODELA, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HU LA PAZ[12356], ESCUELA NACIONAL DE SANIDA ISCIII[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Está descrito el papel de los lavabos como reservorios de bacterias que pueden diseminar a los pacientes a través de salpicaduras, aerosoles o manos contaminadas y generar infecciones o colonizaciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Los lavabos se pueden contaminar por ser utilizados para vertido de fluidos o limpieza de material, por su inadecuada limpieza, por tener un mal diseño y por infrautilización. Las medidas de control de la infección hospitalaria deben incluir actuaciones sobre los reservorios ambientales para prevenir su colonización y así disminuir el riesgo de transmisión de bacterias multirresistentes a los pacientes.

OBJETIVOS Evidenciar la disminución de casos nuevos de pacientes con colonización o infección por Pseudomonas aeruginosa productora de carbapenemasas en una unidad de críticos quirúrgicos tras implantar una intervención consistente en la colocación de sifones higiénicos con válvulas antirreflujo en lavabos.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo realizado entre diciembre 2018 y febrero 2020.
Se han tomado tres muestras en cada uno de los 8 lavabos de la unidad (exterior, interior y desagüe).
Los sifones higiénicos se han cambiado en 4 ocasiones: 10/04/2019, 12/06/2019, 06/09/2019 y 05/02/2020.
Se han tomado muestras en 11 ocasiones: la primera antes de la instalación del primer sifón, entre cambio de sifones se han tomado tres muestras cada vez y una tras el último cambio de sifón.

RESULTADOS Previo a la instalación del sifón se detectaron 4 casos de pacientes colonizados por Pseudomonas aeruginosa VIM entre diciembre de 2018 y marzo de 2019 y la primera toma de muestras evidenció Pseudomonas aeruginosa VIM en 3 lavabos.
Entre el primer y segundo cambio de sifón se tomaron tres muestras. En la primera se aisló Pseudomonas aeruginosa VIM en 3 lavabos, en la segunda en dos lavabos y en la tercera en cuatro. Durante ese período no se han detectado pacientes nuevos con infección/colonización por Pseudomonas aeruginosa.
Las muestras tomadas entre el segundo y tercer cambio de sifón evidenciaron Pseudomonas aeruginosa VIM en dos lavabos en la primera muestra y en las dos muestras sucesivas en ningún lavabo. En este período ha habido un caso de un paciente con infección por Pseudomonas aeruginosa VIM.
Entre el tercer y cuarto cambio de sifón se tomaron nuevamente tres muestras de lavabos. En la primera se aisló Pseudomonas aeruginosa VIM en 3 lavabos, en la segunda muestra en un lavabo y en la tercera en ninguno. En este período se han detectado 2 casos nuevos de colonización por Pseudomonas aeruginosa VIM.
Tras el cuarto recambio de sifón se tomó una única muestra con crecimiento de Pseudomonas aeruginosa VIM en dos lavabos.

CONCLUSIONES La instalación de sifones higiénicos antirreflujo en los lavabos ha contribuido a la disminución del número de nuevos casos de infección o colonización por Pseudomonas aeruginosa productora de carbapenemasas en una unidad de críticos.

RECONOCIMIENTO DEL COMPROMISO FRENTE AL COVID

AUTORES: SÁEZ MARTÍN, EVA MARÍA[1]; MULLER GARCÍA, L[2]; PALOMERA RUFO, P[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ[13], HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA[2],

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La búsqueda de la excelencia está en nuestra filosofía, adaptando nuestra metodología de trabajo a modelos que incorporan la mejora continua dentro de nuestros procesos. Siguiendo los modelos de gestión implantados, se ha trabajado intensamente para la evaluación independiente de los nuevos procesos tras la epidemia COVID.

OBJETIVOS Obtención de reconocimiento externo frente a COVID para: 1/Garantizar el seguimiento de protocolos seguros frente al COVID 2/Evidenciar el control y minimización de los riesgos relacionados con COVID 3/Rediseño y consolidación de circuitos para la atención segura de pacientes y protección de los profesionales 4/Establecer un plan de contingencia con las medidas necesarias en caso de rebrote en las diferentes áreas asistenciales y no asistenciales del hospital 5/Aumentar la confianza de la sociedad a la hora de acudir al hospital 6/Mejorar la imagen demostrando el compromiso para evitar la propagación del COVID19.

MATERIAL Y MÉTODOS Reconocimiento de las medidas en materia de prevención emitidas por las autoridades pertinentes. Además, incluye medidas sobre salud y seguridad de empleados, pacientes y personal ajeno a la organización, medidas de higienización, gestión de residuos y formación, entre otras, todo alineado con los planes de contingencia y sostenibilidad de negocio.
Medidas evaluadas:

- Estratégicas para la gestión de riesgos
- Prevención y protección para los trabajadores
- Minimización del riesgo de contagio a pacientes y profesionales
- Higiene, limpieza y desinfección
- Organización asistencial
  - Gestión de la crisis COVID
  - Gestión de continuidad de la actividad noCOVID
- Acciones solidarias

Métodos de evaluación:

1. Auditoría telemática documental y presencial en instalaciones. Auditorías de seguimiento trimestrales
2. Plataforma Digital de Certificación (cuestionario y envío de evidencias)

RESULTADOS Obtención de la Certificación de Protocolos frente al COVID-19 por AENOR a fecha 20 de mayo de 2020

- H.U. Fundación Jiménez Díaz COV-2020/001-001/00
- H.U. Infanta Elena COV-2020/001-002/00

Fundación Madrid por la competitividad concede los identificativos de medidas de cumplimiento, extraordinarias y acción solidaria por el compromiso demostrado en la prevención y minimización de los riesgos provocados por el COVID-19 a la Fundación Jimenez Díaz-UTE (15-06-2020) y al H.U. Infanta Elena (07-07-2020).

CONCLUSIONES

- La globalización de la sociedad obliga a incorporar el “Riesgo de pandemia” en el mapa de

riesgos del hospital
- Se deben establecer circuitos para preservar el funcionamiento y la atención no COVID
- La aceleración de la telemedicina, el aseguramiento de EPIs y la higiene son grandes aliados en la reducción de la exposición
- El hospital debe elaborar un Plan de contingencia basado en la experiencia y el aprendizaje para la gestión de futuros brotes
- El reconocimiento externo mejora la confianza en los centros de pacientes y profesionales

MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC ESTABLE: TERAPIA INHALADA

AUTORES: CILLERUELO ENCISO, SILVIA[1]; GARCÍA MUÑÍO, R[2]; GARCÍA ROY, A[3]; URDIN MUÑOZ, B[4]; SAIZ PÉREZ, B[5]; FERNÁNDEZ BADIA, I[6]

CENTROS DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) según la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) es una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes, con limitación crónica al flujo aéreo y que está causada principalmente por el tabaco.En el tratamiento de la EPOC la terapia inhalada juega un papel muy importante tanto en la fase estable de la enfermedad como en reagudizaciones. Por las características clínico epidemiologicas de la población adscrita a nuestro Centro de salud (CS) el número de pacientes EPOC atendidos en nuestras consultas es elevado. Pese a ello, y siguiendo la línea de lo que ocurre en el resto de nuestra CC. AA, persiste un infradiagnóstico de la enfermedad, al que se añade una precariedad en el seguimiento, reflejada en los Indicadores Cuadro de Mandos Crónicos.

OBJETIVOS Se llevó a cabo un estudio observacional de tipo retrospectivo durante el año 2019 con el objetivo de conocer y mejorar el manejo del paciente EPOC estable en nuestro CS, disminuyendo el infradiagnóstico de la enfermedad y fomentando la educación sanitaria respecto al correcto uso de la Terapia Inhalada.

MATERIAL Y MÉTODOS Con el fin de mejorar la educación sanitaria del paciente EPOC se elaboró un:

1. Algoritmo de elección del dispositivo de inhalación.
2. Varias Tablas de elaboración propia de los distintos dispositivos inhalados disponibles según principio activo.
3. Descripción de manejo de los 21 dispositivos comercializados en la actualidad para facilitar la educación sanitaria y garantizar una correcta terapia inhalada. Tanto el texto como el diseño gráfico de los dibujos son originales y de elaboración propia, realizados digitalmente a través de un soporte informático.

RESULTADOS Todo este material de Soporte por escrito fue presentado en Septiembre de 2019 a todos los EAP del Sector, tras ser incluido en el programa informático de Atención Primaria OMI AP.
De este modo puede ser consultado por los distintos profesionales de AP al mismo tiempo que puede ser distribuido a todos los pacientes EPOC.
Gracias a la realización y difusión de este proyecto conseguimos mejorar todos los Indicadores de la enfermedad: prevalencia EPOC (de un 3,01% a 3,38%), síntomas EPOC (de un 14,29% a un 26,14%) y limpieza de las vias aéreas (de un 2,8% a un 17,01%).

CONCLUSIONES A pesar de nuestra satisfacción con los resultados conseguidos, durante el 2019 solo hemos pretendido establecer las bases de mejora y conocer la situación de partida mediante un proyecto de mejora de calidad quedando pendiente para el 2020 la puesta en marcha de:

- Deshabituación tabáquica y facilitar intervención intensiva en consulta antitabaco específica monográfica.
- Fomentar la vacunación antigripal y antineumocócica adecuada según recomendación actual vigente.
- Educación sanitaria a través de soporte escrito de la actividad fisica y ejercicio fisico.
- Implantación y desarrollo de un programa de Telemedicina en pacientes crónicos con EPOC.

ID: 161

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DECLARADOS EN UN PERIODO PANDÉMICO Y NO PANDÉMICO

AUTORES: ALONSO ARAUJO, INMACULADA[1]; CASTRO PALOMO, E[2]; LADRÓN DE GUEVARA GARCÍA, M[3]; FERNÁNDEZ RUBIO, B[4]; MARIN CABALLOS, AJ[5]; HERRERA MELERO, MC[6]

CENTROS DE TRABAJO: HU VIRGEN DEL ROCIO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El periodo pandémico por Covid ha supuesto un cambio en la organización de la asistencia para adaptarla a la nueva situación. Estos cambios deben haberse reflejado en los problemas de seguridad que se hayan producido en las Unidades Asistenciales y por ende notificado por los profesionales. Desconocemos cual es el perfil de los incidentes de seguridad declarados durante el periodo de pandemia. Este análisis puede orientar las políticas de seguridad en un hospital de tercer nivel en otros periodos extraordinarios.

OBJETIVOS Realizar un análisis comparativo, de los incidentes de seguridad declarados a través de un sistema de notificación de eventos adversos, entre el segundo semestre de 2019 y el primero de 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS Análisis de la base de datos generada por el sistema de notificación de eventos adversos, NOTIFICA, y comparación de los eventos del segundo semestre de 2019 y el primero de 2020 que ha coincidido con el periodo de pandemia. Este análisis se ha realizado por la Comisión de Seguridad del Centro.

RESULTADOS En el primer semestre de 2019 se produjeron 1478 notificaciones (N) y en el primero de 2020, 1290 N. Se ha producido un descenso del 12,7% a pesare de la pandemia y de incluir el 2019 los meses de verano. Se refleja la disminución asistencial en las notificaciones recibidas a través del NOTIFICA. De los 12 meses analizados, los de menor número de N han sido marzo (134), abril (160) y mayo (168) de 2020, justos los de la pandemia. El pico se alcanza en febrero de 2020 con 361 N.
En áreas donde se ha mantenido la actividad ordinaria o de urgencias, se ha producido un aumento en el número de N, como oncología (25 vs 98 N, +292%), bloques quirúrgicos (54 vs 60; +11%), Patología mamaria (31 vs 47; +52%), Medicina Maternofetal (39 vs 84; +115%), Neonatología (30 vs 42; 40%), etc.
Las N recibidas desde las áreas de urgencias han reflejado la disminución de la demanda, tanto en adultos (66 vs 37; -44%) como en pediátricas (27 vs 23; -15%).
Las Unidades de Cuidados Intensivos no han tenido un comportamiento homogéneo, la de adultos ha bajado (383 vs 244; -36%) y las pediátricas (27 vs 35; +30%) y neonatales (30 vs 42; +40%) han subido.
Las áreas de atención a pacientes Covid-19 unas han subido, como Infecciosos (15 vs 21; +40%) y otras han bajado como Medicina Interna (104 vs 87; -16%).
Otras zonas donde ha disminuido la actividad también han bajdo las N, como Digestivo, Traumatología, Cardiología, oftalmología, Neumología, etc, entre un 86% y un 50%.
La naturaleza del evento ha cambiado poco en los dos semestres. En 2019 las 4 más frecuentes fueron: Medicación 16,7%, Accesos vasculares 15,5%, Proceso asistencial 14,4% y Cuidados 7,9%. En 2020: Medicación 12,6%, Accesos vasculares 12,1%, Proceso asistencial 14% y Organización y Recursos 11,2%.
En gravedad y centinelas no se han producido cambios signi

CONCLUSIONES Las N de eventos adversos han reflejado la disminución de actividad asistencial en las Unidades, pero la naturaleza del evento no se ha modificado mayormente.

ID: **162**

ACREDITACIONES, CERTIFICACIONES Y DISTINTIVOS DE CALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: CRUZ SALGADO, OSCAR[1]; GIL NAVARRO, MV[2]; LOPEZ GARRIDO, L[3]; BONACHELA SOLAS, P[4]; ESTEPA OSUNA, MJ[5]; RODRIGUEZ MORILLA, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Actualmente la gestión de centros sanitarios pasa inevitablemente por el horizonte de la excelencia clínica y para ello es imprescindible una política de calidad comprometida con este objetivo. En este sentido es necesaria la evaluación y certificación externa de los niveles de calidad alcanzados tanto por el propio centro como en las Unidades de Gestión Clínica o de los profesionales que las integran

OBJETIVOS

- Definir el estado actual de certificación de las Unidades de Gestión Clínica en un hospital del tercer nivel, concedidas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Enumerar las iniciativas y distintivos de calidad obtenidos
- Establecer el mapa de certificación de los profesionales del centro por categorías profesionales y nivel alcanzado

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio observacional descriptivo transversal sobre las certificaciones, iniciativas y sellos de calidad de un hospital de tercer nivel. Los datos se han obtenido de los sistemas de información del centro y de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, actualizados al primer semestre 2020.
Se presentan datos sobre certificación de las 39 UGC en que se estructura actualmente el centro, con el nivel de certificación obtenido en cada una de ellas

RESULTADOS Actualmente el Hospital tiene vigentes 29 certificaciones de unidades de gestión clínica (UGC) sobre el total de 39 UGC que componen la institución sanitaria, incluida La Unidad de Formación Continuada (certificación con nivel Avanzado con un CCL de 1,95)
Con el Programa de Acreditación de Competencias están en un proceso de mejora continua 1.525 profesionales sanitarios. Se cuenta con 341 profesionales Acreditados (nivel Avanzado 197 , Experto 101 y en Excelente 43) y 1184 en curso (542 en solicitud, 540 en autoevaluación, 102 en evaluación)
El Hospital dispone de 10 Distintivos de Centros contra el dolor otorgados por el Observatorio de Seguridad del Paciente de la ACSA en sus cuatro modalidades (1 distintivo de Contra el dolor crónico, 6 distintivo de Contra el dolor perioperatorio y 3 distintivos de contra el dolor asociado a procedimientos)

CONCLUSIONES La gestión sanitaria actualmente pasa por una apuesta clara por la calidad que siente las bases, con el esfuerzo de todos, de los centros de excelencia. Actualmente los datos de acreditación y certificación indican que está asentada la cultura de calidad y seguridad en las UGC y los profesionales del centro

EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE COMO ELEMENTO CLAVE EN LA SEGURIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

ID: **163**

AUTORES: CRUZ SALGADO, OSCAR[1]; QUINTANA GALLEGO, ME[2]; LOPEZ GARRIDO, L[3]; GIL NAVARRO, MV[4]; BONACHELA SOLAS, P[5]; ESTEPA OSUNA, MJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública por lo que hay que seguir avanzando en la implementación de estrategias, entre otras medidas de mejora, que involucren a pacientes y al personal de salud, para empoderar a los pacientes en su propia seguridad. La participación de los pacientes es uno de los principales factores que promueven la calidad y la seguridad, así como la identificación de intervenciones eficaces que fomenten una atención segura

OBJETIVOS Medir la percepción /satisfacción del usuario sobre la seguridad en la atención recibida mediante sistemas telemáticos
Sensibilizar a los pacientes y familia sobre la seguridad en aspectos clave como uso de pulseras identificativas, higiene de manos, conciliación de la medicación y alergias, etc.
Introducir y consolidar estrategias y líneas de trabajo en las Unidades/servicios hospitalarios conducentes a mejorar aspectos de seguridad en la atención sanitaria

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo de corte transversal. Población constituida por usuarios hospitalizados de un hospital de tercer nivel entre agosto 2019 y abril 2020
La muestra calculada constituida por 248 usuarios que rellenaron las encuestas de satisfacción de manera voluntaria en el primer periodo entre agosto y noviembre y en un segundo periodo entre enero y abril con 161 usuarios.
Se utilizó la técnica de encuesta de satisfacción con un cuestionario como herramienta sondeando sobre disponibilidad y uso de la pulsera identificativa, uso de solución hidroalcohólica, conciliación de la medicación y dolor durante su estancia.
Entre ambas mediciones se llevaron a cabo 6 estrategias conducentes a mejorar la participación de los pacientes en la seguridad y verificar su impacto en las encuestas pasadas en el segundo periodo.

RESULTADOS Resultados en el primer y segundo periodo:
¿Ha tenido durante su estancia en el hospital puesta su pulsera identificativa? 86,67% - 87,58%
¿Ha observado que los profesionales sanitarios se aplican la solución hidroalcohólica desinfectante antes y después de atenderle? 67,2% -71,43%
¿Le han preguntado/informado sobre sus posibles alergias a medicamentos? 86,32% - 85,71%
¿Cuándo le han dado el alta le han explicado que tratamiento farmacológico debe seguir en su domicilio incluyendo su medicación habitual? 64,21% -64,60%
¿Los profesionales sanitarios han verificado su identidad a través de la pulsera? 43,86% -48,45%
¿Ha tenido dolor durante su estancia? 62,81% -63,35%

CONCLUSIONES Si bien la mejora es módica y muestra un resultado al alza sería necesario seguir profundizando, implementando y estabilizando distintas estrategias conducentes a la mejora de la seguridad de la asistencia sanitaria y mantener esta "observación" directa del receptor de la misma dándonos un constante feedback a través de las encuestas.

La encuesta de opinión aplicada a la evaluación de calidad de los servicios sanitarios prestados en aspectos de seguridad, ha demostrado ser una “herramienta de diagnóstico “ para tomar mejores decisiones.

ID: 164

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO MOSPSC EN UNA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

AUTORES: MARTÍNEZ MUÑOZ, PALOMA[1]; CALVO BONACHO, E[2]; FERNÁNDEZ MESEGUER, A[3]; TORME PARDO, L[4]; MAYO VELAYOS, J[5]; FERNÁNDEZ BARDISA, H[6]

CENTROS DE TRABAJO: IBERMUTUA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Seguridad del Paciente (SP) es un componente clave de la calidad asistencial y constituye una de las líneas estratégicas del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Por ello es necesario disponer de instrumentos para medir la cultura de la SP en las organizaciones sanitarias. El cuestionario MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture), versión española, contiene las dimensiones más importantes integrantes de la cultura de SP y calidad asistencial en una organización sanitaria de carácter ambulatorio.

OBJETIVOS Valorar la percepción de los trabajadores de los Servicios Centrales de Ibermutua, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, sobre la cultura de SP mediante el cuestionario MOSPSC, versión española, antes de la implantación de un Sistema de Gestión de Riegos para la SP.

MATERIAL Y MÉTODOS Se impartió una sesión de formación en el Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del paciente (Norma UNE 179003:2013) el día 17 de octubre de 2019 dirigida al personal de Servicios Centrales de Ibermutua a la que acudió el 30% de la plantilla. Se envió por correo electrónico a los asistentes una adaptación del cuestionario MOSPSC, versión española, para su cumplimentación y respuesta. Este cuestionario recoge la opinión acerca de la cultura de la SP y calidad de los servicios sanitarios a través de un total de 64 preguntas agrupadas en 9 secciones que incluyen aspectos relacionados con la SP y la calidad; intercambio de información con otros dispositivos asistenciales; trabajo en equipo, presión asistencial, formación del personal no sanitario y procedimientos; comunicación y seguimiento; apoyo al liderazgo; aprendizaje, percepciones generales de la SP y calidad; puntuaciones globales en SP y calidad, y puesto y tiempo de trabajo.

RESULTADOS Cumplimentaron la encuesta el 50% de los participantes (84,2% de personal sanitario y 13,7% de personal no sanitario). Se consideraron fortalezas (más del 75% de respuestas positivas) el trato con respeto y el trabajo del personal sanitario según los procedimientos establecidos (dimensión “trabajando en el centro”); la realización de revisiones a los pacientes que precisan seguimiento (dimensión “comunicación y seguimiento”), así como la calidad asistencial centrada en el paciente, efectiva y eficiente (dimensión “puntuaciones globales”). Se observó potencial de mejora (â‰¥ 50% de respuestas negativas) en el funcionamiento del equipamiento médico (dimensión “aspectos relacionados con la SP y la calidad”).

CONCLUSIONES Los resultados sugieren que existe una cierta reticencia a participar en la realización de este tipo de encuestas por parte del personal al considerarlo quizás como una autoevaluación. Aun así y pese a la baja participación, el cuestionario MOSPSC podría ser un instrumento válido y fiable para la medición de la cultura de la SP. Actuaciones futuras nos permitirán medir nuestra evolución en el tiempo y compararnos con otras organizaciones sanitarias.

ID: 165

EPICONDILITIS DE ORIGEN LABORAL: ITINERARIOS ASISTENCIALES Y NUEVAS TERAPIAS

AUTORES: CALVO BONACHO, EVA[1]; MARTÍNEZ MUÑOZ, P[2]; FERNÁNDEZ MESEGUER, A[3]; PÉREZ SALMERÓN, J[4]

CENTROS DE TRABAJO: IBERMUTUA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social constituyen un escenario óptimo para realizar estudios sobre de la epicondilitis de origen profesional, al tratarse de una enfermedad laboral por sobreuso en determinadas profesiones. En la mayoría de los casos tiene un curso autolimitado y responde bien al tratamiento conservador, sin embargo, en otros, la duración de los procesos se alarga y precisan la aplicación de nuevas terapias, como las ondas de choque extracorpóreas (OCE) y la infiltración de plasma autólogo rico en plaquetas (PRP).

OBJETIVOS Analizar el itinerario asistencial de los pacientes con epicondilitis por contingencias profesionales (CP), con episodios de más de 25 días de duración, entre la población protegida de Ibermutua en la Región de Murcia y comparar los resultados con un estudio previo realizado en la Comunidad de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODOS Se seleccionaron todos los episodios con diagnóstico de epicondilitis (CIE-9-MC 726.32) por CP, iniciados en Murcia en el periodo 2015-2017. Se analizaron los itinerarios asistenciales en los procesos de baja con duración mayor de 25 días. Se compraron resultados con los de un estudio realizado en la Comunidad de Madrid, con episodios iniciados en 2012-2014.

RESULTADOS En Murcia, se iniciaron un total de 217 episodios por CP, correspondientes a 212 pacientes. 208 episodios (96%) con baja. Duración media de la baja 62,98 días (±64,83 días), mediana 39,5 días. El 90,2 % de los episodios causaron alta por curación o mejoría. En Madrid, se iniciaron 1.982 episodios por CP, 1.513 (76%) con baja. Duración media de la baja 64,6 días (±89,37 días), mediana 33 días. El 95,7 % de los episodios causaron alta por curación o mejoría. En cuanto a los itinerarios asistenciales, en Murcia 3,8% pacientes se infiltraron con corticoides en una mediana de tiempo de 52 días (3,8%/52), en Madrid 13,3%/37; Rehabilitación 32,7%/62 días, en Madrid 33,9%/31; OCE 13,5%/64, en Madrid 10,9%/143; Infiltración con PRP 1,9%/189 días, en Madrid 2,8%/524 ; Cirugía 7,7%/221 días, en Madrid 2,8%/272 días.

CONCLUSIONES Observamos diferencias en la aplicación de las distintas terapias, en Madrid se aplica 15 días antes infiltración con corticoides y 31 días antes la rehabilitación, mientras que en Murcia se aplican las OCE 79 días antes, la infiltración con PRP 335 días antes y la cirugía 51 días antes que en Madrid. No se aplicó a ningún paciente la terapia combinada de OCE y PRP. Es preciso unificar criterios para el tratamiento de los pacientes con procesos largos de evolución; para ello, sería de gran utilidad la realización de un ensayo clínico en Ibermutua para comparar la eficacia de las OCE, la infiltración de PRP y la terapia combinada de ambas, respecto a la infiltración con corticoides, y su posterior aplicación en la práctica clínica laboral.

ID: 167

EMPLEO DE TRELLO COMO HERRAMIENTA ADICIONAL PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: MARTÍNEZ MUÑOZ, PALOMA[1]; CALVO BONACHO, E[2]; FERNÁNDEZ MESEGUER, A[3]; COUTO SERRANO, R[4]; QUEVEDO AGUADO, L[5]

CENTROS DE TRABAJO: IBERMUTUA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Gestión de Riesgos para la Seguridad del paciente conlleva multitud de actividades, checklists, registros, etc. que hacen necesario disponer de una herramienta sencilla, dinámica y colaborativa donde todos los implicados puedan conocer la evolución y situación de cada uno de los riesgos, acciones de mejora, reuniones, rondas de seguridad, auditorías de historias clínicas, etc. Trello es una herramienta gratuita para la gestión de proyectos que hace posible el trabajo en grupo mediante tableros virtuales compuestos por listas de tareas.

OBJETIVOS Simplificar la gestión de las múltiples tareas del Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del paciente en Ibermutua, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, a través de la herramienta Trello.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una formación en el manejo de la herramienta Trello dirigida a los responsables de la Gestión de Riesgos para la Seguridad del paciente de cada uno de los centros de Ibermutua. Se incorporó toda la información a Trello para conformar el proyecto. Trello se organiza en forma de tableros virtuales, que son los lugares donde se organiza el proyecto, se comparte la información y se colabora. Gracias a él, todos los integrantes del proyecto tienen una visión compartida del trabajo realizado, pendiente y en curso. El tablero se compone de listas y tarjetas. Las listas representan un proceso o flujo de trabajo y las tarjetas, que representan tareas, avanzan por estas listas conforme se completan. Trello posee, además, un sistema de notificaciones que informa de los cambios producidos en los tableros permitiendo controlar cualquier desviación en el proyecto.

RESULTADOS Se creó un tablero de Seguridad del paciente para cada centro de trabajo de Ibermutua. En cada uno de ellos se incluyeron listas con las diferentes actividades que se desarrollan a lo largo del año: reuniones trimestrales, acciones formativas, acciones de control del Sistema de Gestión de Riesgos, planificación de la auditoría interna y externa, etc. En cada lista se incorporaron las correspondientes tarjetas que permitían incluir checklists, adjuntar archivos, asignar responsables, realizar comentarios, generar calendarios, alarmas y fechas de vencimiento, etc.

CONCLUSIONES La herramienta Trello permite gestionar las numerosas tareas del Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del paciente en Ibermutua al organizar el trabajo en grupo de forma colaborativa. Se trata de una herramienta simple, intuitiva y compartida en tiempo real que mejora las rutinas de trabajo del equipo generando prioridades, tiempos, avisos y otras opciones encaminadas a organizar un proyecto seguro y de calidad para el mejor cuidado de nuestros pacientes.

ID: 168

ANÁLISIS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO DE INDICADORES DE SERVICIOS DE CRONICIDAD DE CARTERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: LÓPEZ-BENAVENTE, YOLANDA[1]; TERÁN-MARTÍNEZ, MJ[2]; LÓPEZ-ALEGRÍA, R[3]; SÁEZ_SOTO, AR[4]; SALMERÓN-ARJONA, E[5]; MORA-VIEYRA DE ABREU, [6]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN ENFERMERÍA ÁREA VII MURCIA-ESTE[1234], CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA BARRIO DEL CARMEN[5], CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA FLORIDABLANCA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Cartera de Servicios de Atención Primaria (CSAP) es el instrumento clave para la gestión de la Atención Primaria. Incorporar la perspectiva de género en el análisis por sexos de la CSAP permitiría reconocer cómo comportamientos y roles atribuidos socialmente para hombres y mujeres, generan diferentes oportunidades en salud, y así contribuir a una planificación equitativa de la atención y los recursos.

OBJETIVOS Analizar con perspectiva de género indicadores de atención a la cronicidad de la CASP para identificar desigualdades en salud atribuibles al género

MATERIAL Y MÉTODOS Análisis descriptivo transversal por sexos de septiembre de 2019 en 17 indicadores de accesibilidad, proceso y resultado de 9 Servicios de CSAP relacionados con la cronicidad de adultos/as del Área VII de Salud Murcia-Este.
Variables de estudio: sexo y porcentaje diferencial intersexos (DI).
Categoría de análisis: Género.
Servicios: Atención de enfermería; Prevención de enfermedades cardiovasculares; Atención a personas con hipertensión arterial (HTA); Atención a personas con diabetes mellitus; Atención a personas con hipercolesterolemia; Atención a personas con asma; Atención a personas con EPOC; Atención a personas con obesidad; Atención al consumidor de tabaco; Prevención y detección de problemas en personas mayores

RESULTADOS Indicadores de accesibilidad: se encontró mayor prevalencia en mujeres que en hombres para la Detección de Riesgo Cardiovascular (DI: 17,84%), HTA (DI 1,46%), Colesterolemia (DI 1,13%), Obesidad (DI 3,08%) y Asma (DI 1,81%). Se encontró más prevalencia para los hombres en Diabetes (DI 2,01%), EPOC (DI 2,34%), y Consumo de tabaco (DI 1,85%).
Indicadores de proceso: presentó mayor seguimiento en mujeres en Atención a la cronicidad por enfermería (DI 3,51%), Controles de TA anuales en hipertensas/os (DI 6,04%), Determinación de hemoglobina glicosilada (DI 4,19%), de c-LDL en personas con colesterol (DI 8,39%). Se encontró mayor valor medio en los hombres en Oferta para dejar de fumar (DI 0,15%).
Indicadores de resultados: Hubo mayores valores entre las mujeres en el Adecuado control de la TA (DI 5,27%), Hemoglobina glicosilada ¡Ü7% (DI 2,89%). Hombres y mujeres presentaron resultados similares en Colesterol < 200mg/dl (DI 0,26%) e IMC< 30 en última revisión (DI 0,01%)

CONCLUSIONES El estudio muestra la relación entre el sexo femenino respecto a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Este hallazgo podría estar explicado por la interrelación de los roles de género con una mayor edad de usuarios/as, menor renta femenina y un mayor nivel de empleo masculino. La medicalización y proteccionismo en la atención asociado a los roles femeninos de vulnerabilidad, sensibilidad, responsabilidad y obediencia podrían explicar el mayor seguimiento y control adecuado de los procesos crónicos entre las mujeres. Para los hombres, los roles de fuerza, resistencia y autosuficiencia explicarían el menor seguimiento de ciertos procesos crónicos.

ID: 169

ESTUDIO SEROLÓGICO MULTICÉNTRICO DE COVID-19 EN TRABAJADORES SANITARIOS ASINTOMÁTICOS DE CUATRO HOSPITALES DE MADRID

AUTORES: VÁZQUEZ RIVAS, FABIÁN[1]; VILLARREAL CARREÑO, J[2]; NIETO SCHWARZ, SV[3]; DESCHAMPS PERDOMO, A[4]; GARRAFA, M[5]; DEL CAMPO BALSA, T[6]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ[1236], HOSPITAL REY JUAN CARLOS, GENERAL DE VILLALBA E INFANTA ELENA[45]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El sector sanitario ha sido uno de los más castigados durante la pandemia de COVID-19. Es conocido el gran número de contagios entre el personal sanitario, estando por evaluar el número de sanitarios que han padecido la enfermedad de forma asintomática, suponiendo una importante fuente de infección nosocomial de difícil control.

OBJETIVOS Evaluar el número de trabajadores sanitarios que han padecido COVID-19 de manera asintomática en cuatro hospitales madrileños durante la pandemia, así como el ratio frente a trabajadores que lo han padecido de forma sintomática, que permita elaborar estrategias de prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS Se llevó a cabo un screening serológico de prevalencia de IgG e IgM frente a SARS-CoV-2 entre el personal sanitario de cuatro hospitales madrileños del 6 al 25 de abril de 2020. Aquellos sanitarios con RT-PCR positiva tras presenter síntomas compatibles con la enfermedad fueron excluídos. Para el objetivo principal, se calculó la prevalencia de IgG e IgM en cada uno de los hospitales entre aquellos que no presentaron síntomas compatibles según el protocolo interno del hospital, así como el ratio de sintomáticos respecto a asintomáticos.

RESULTADOS De un total de 7121 trabajadores sanitarios, 6344 (89.09%) fueron clasificados como asintomáticos. Un total de 5995 trabajadores sanitarios fueron incluidos finalmente en el estudio, con un ratio de participación del 94.49 % entre los asintomáticos. La respuesta inmunitaria de IgM o IgG positiva frente a COVID-19 entre el personal sanitatio en los cuatro hospitales se demostró en un 16.21% de los trabajadores sanitarios asintomáticos (n= 972). El ratio de asintomáticos con serología positiva frente a sintomáticos con RT-PCR positiva fue de 1.25.

CONCLUSIONES Este estudio revela la importancia de la detección temprana de infecciones asintomáticas de COVID-19 entre trabajadores sanitarios, de modo que se pueda disminuir la tasa de infecciones nosocomiales, así como la exposición de pacientes, visitas y trabajadores en centros sanitarios, elaborando las pertinentes políticas de prevención.

ID: 170

EVALUACIÓN DE LA DEMANDA DE ANA E IMPACTO DE SU ADECUACIÓN EN BASE A RECOMENDACIONES DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

AUTORES: ARRABAL ALONSO, ÁNGELA[1]; NÚÑEZ RODRÍGUEZ, J[2]; GUNDÍN MENÉNDEZ, S[3]; SÁEZ DE LA MALETA ÚBEDA, R[4]; VILLAMANDOS NICÁS, V[5]; PONCELA GARCÍA, MV[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) afectan al 3-5% de la población y constituyen la tercera causa de morbilidad no traumática. La inespecificidad de los síntomas da valor a la prueba de anticuerpos antinucleares (ANA) en el proceso diagnóstico, pero su especificidad (en general baja) y sensibilidad (variable según patología), aconsejan ajustar su demanda solo a los casos necesarios. Tampoco se recomienda su uso en la monitorización ya que su repetición en períodos cortos no proporciona información clínica relevante. La Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM), dentro del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, recomienda en sus reglas de 'no hacer': No reevaluar ANA en tiempos inferiores a 3 meses salvo que aparezcan nuevos signos clínicos o hallazgos de laboratorio que lo justifiquen.

OBJETIVOS Establecer una regla de rechazo de solicitudes de ANA en base a las recomendaciones de la AEBM, y evaluar posteriormente su impacto en el porcentaje de pruebas rechazadas; el ahorro en costes directos y la reducción de la demanda previa.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudiamos los indicadores que propone la AEBM para evaluar la demanda de solicitudes de ANA: Nº de solicitudes de ANA/nº de pacientes con solicitud de ANA; y Distribución de solicitudes de ANA por paciente: el Q3 debe situarse por debajo de 2. Establecemos una regla automática (Julio 2019) que rechaza toda petición de paciente no pediátrico con resultado previo en un periodo inferior a 3 meses, generando el comentario: "la prueba de ANA se ha realizado hace menos de 3 meses, tiempo mínimo recomendado antes de repetirla si no existe variación clínica". Quedan excluidas las peticiones solicitadas por parte del servicio de Reumatología. El coste unitario por determinación es de 2,89€.

RESULTADOS El número de ANAs en 2017 fue de 8704; en 2018: 8236; en 2019: 8464. En el año de aplicación se rechazaron 328 peticiones, el 4,4% del total.
El resultado de los indicadores en 2018 son: "nº de solicitudes de ANA/ nº de pacientes con solicitud de ANA"=1,18, y una distribución de solicitudes de ANA por paciente en el cuartil 3 de 1. Las dos determinaciones por paciente no se alcanzan hasta el percentil 88 en nuestra serie.

CONCLUSIONES Según los indicadores estudiados la demanda de ANA es bastante adecuada en nuestro laboratorio, por lo que el margen de mejora es estrecho. Nuestros resultados lo confirman ya que solo se rechaza el 4,4%, y el número total de ANA se mantiene estable.
La determinación de ANA es una técnica laboriosa que requiere personal entrenado y un mayor tiempo/determinación que otras pruebas. Su positividad implica una cascada de test anejos que elevan el coste y saturan nuestra capacidad, por lo que el ahorro directo es solo una valoración parcial, no obstante en estas circunstancias hemos conseguido un ahorro anual de 948€. Cada test innecesario que se evita, ahorra al paciente una o varias pruebas reflejas, una o varias consultas con el especialista, y con ello los trastornos que se puedan asociar a tal proceso.

ID: 171

EL PACIENTE DIGITAL EN IBERMUTUA, UN ANTES Y UN DESPUÉS DE LA PANDEMIA POR COVID 19

AUTORES: CALVO BONACHO, E[1]; SERVIÁN CARROQUINO, R[2]; LUNA GARCÍA DE ACILU, S[3]; FERNANDEZ MESEGUER, A[4]; MARTÍNEZ MUÑOZ, P[5]

CENTROS DE TRABAJO: IBERMUTUA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Organización Mundial de la Salud incluyó a las nuevas tecnologías y a la Salud Digital entre "Los trece desafíos de la salud mundial en esta década". Ibermutua, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, puso en marcha en 2019 en para pacientes en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC) Tu Mutua Digital. Se trata de una plataforma con un sistema integral e integrado multidispositivo (APP/web) que permite a sus trabajadores protegidos, además de acceder a todo su historial clínico en Ibermutua, realizar videoconsultas médicas con las mismas garantías y seguridad que la consulta presencial, enviar documentación desde el móvil y ordenador al servicio médico, acceder a sus informes y a los resultados de las pruebas realizadas (analíticas, radiografías, resonancias, TACs, et.) en cualquier momento, y mantener un chat con el servicio médico para consultar cualquier duda/cuestión o gestionar citas y trámites y tener respuesta rápida. De esta forma, aumenta la accesibilidad y seguridad del paciente con relación a la documentación médica, se establece un contacto directo y transparente, aumenta la confianza entre el paciente e Ibermutua y se evitan desplazamientos.

OBJETIVOS Comparar el uso de la plataforma antes y durante la pandemia, proponer acciones encaminadas a la mejora del servicio y fomentar su uso entre profesionales y pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS Se comparó durante el periodo previo a la pandemia por COVID 19 (junio 2019-febrero 2020) y durante ésta (marzo-6 de mayo de 2020) el porcentaje de pacientes que se incorporaban a la plataforma Tu Mutua Digital así como aquellos que específicamente realizaban videoconsultas.

RESULTADOS Durante la pandemia por coronavirus, y respecto al mes de febrero de 2020, se ha producido un incremento del 391% en el número de videoconsultas realizadas y del 31% en el número de incorporaciones a la plataforma digital. Estos incrementos han sido desiguales en las diferentes Comunidades Autónomas, siendo mayores en la Comunidad de Madrid, Andalucía y Galicia, y menores en Murcia y en Castilla y León. Previamente a la pandemia, tanto el volumen de pacientes que se incorporaban a la plataforma como los que mantenían videcoconsultas con sus médicos fue aumentando muy progresivamente, pero siempre en menor medida que durante la pandemia. En el mes de abril de 2020 se ha producido un ligero descenso en el número de incorporaciones a la plataforma.

CONCLUSIONES Tu Mutua Digital es una herramienta de gran utilidad para propiciar el seguimiento médico de los pacientes y el contacto entre los servicios sanitarios y el paciente de forma segura, especialmente en situaciones tan extraordinarias como las originadas por esta pandemia, que ha supuesto una verdadera prueba de fuego para la digitalización en el sector de la salud. Se hace necesario, por tanto, continuar potenciando la utilización de las nuevas tecnologías, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de los pacientes, e incorporando nuevas posibilidades y herramientas.

ID: 172

PROPUESTAS SECA PARA RECUPERAR AL SISTEMA DE SALUD TRAS LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES: MIRA SOLVES, JOSE JOAQUIN[1]; BARTOLOME BENITO, E[2]; SANTIÑA, M[3]; MEDIAVILLA HERRERA, I[4]

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ[1], SERMAS[24], CLINIC[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS [17] ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por SARS-CoV-2 ha requerido del Sistema de Salud exprimir toda su capacidad de respuesta. La incidencia de la infección, el liderazgo clínico y las fortalezas y debilidades del Sistema de Salud han condicionado la capacidad de respuesta en cada territorio y en cada centro.
La misión de la SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial) es impulsar la calidad en los ámbitos sanitario y social para que sus resultados respondan a las necesidades de la ciudadanía. SECA debe responder al reto de asegurar calidad y seguridad de pacientes también en este período de pandemia.

OBJETIVOS Consensuar un conjunto de propuestas con las que contribuir a la recuperación del Sistema de Salud tras el impacto sufrido por la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio cualitativo de búsqueda de consenso con participación de 49 representantes de todos los grupos de interés (pacientes, directivos, profesionales de diferentes estamentos y especialidades, académicos e investigadores. Se llevó a cabo entre el 27 de abril y el 6 de junio de 2020.
Las áreas exploradas abarcaron desde lecciones aprendidas (a nivel organizacional, en las dinámicas trabajo, procedimientos, etc. para lograr una óptima calidad asistencial en un entorno seguro para pacientes) hasta la gestión de las nuevas demandas asistenciales de pacientes COVID-19, la recomposición de las plantillas, el fortalecimiento de la resiliencia de los profesionales, el nuevo rol del paciente o la gestión de riesgos y planes de contingencia ante rebrotes o futuras epidemias. El foco se puso en la recuperación del Sistema de Salud y las propuestas debían ser factibles.
Las propuestas fueron organizadas por categorías mutuamente excluyentes. Una vez ordenadas fueron revisadas independientemente por integrantes del equipo de trabajo que no habían participado en su captura, redacción y codificación.

RESULTADOS En total se aportaron 428 propuestas que, una vez descartadas repeticiones, quedaron en 120 propuestas diferentes. De este total se priorizaron 60 propuestas que se ordenaron en dos bloques de recomendaciones.
El primero, recoge las medidas que aseguran la calidad asistencial y la seguridad de pacientes en la recuperación de nuestro Sistema de Salud. Se estructura en siete categorías: equidad (3 propuestas), accesibilidad (3), efectividad y eficiencia (7), seguridad (11), experiencia de pacientes (7), moral laboral (5). El segundo bloque incluye las medidas para garantizar la calidad y la seguridad en un rebrote (24 propuestas).

CONCLUSIONES El impacto de la pandemia ha alcanzado a las estructuras, a los modos de trabajo, a la organización, a servicios clínicos y de apoyo (suministros, informática, limpieza, etc.), a la moral laboral y a las condiciones en las que los pacientes, tanto COVID19 como no COVID19, han recibido asistencia sanitaria. La SECA, consciente de que el Sistema de Salud "ha quedado tocado", ha hecho patente su compromiso y ha elaborado propuestas para contribuir a su reparación.

RESULTADOS DE DOSIS EN ESTUDIOS DE TAC DE CRÁNEO EN 2019

ID: **173**

AUTORES: ALMANSA LÓPEZ, JULIO[1]; LUPIANI CASTELLANOS, J[2]; ANGULO PAÍN, E[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ[2], HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Tal y como se recoge la Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo de de la UE, en sus consideraciones iniciales se "debe proponer requisitos más estrictos en cuanto a la información que debe proporcionarse a los pacientes, el registro y la notificación de las dosis de los procedimientos médicos, el uso de niveles de referencia para diagnóstico y la disponibilidad de dispositivos indicadores de dosis".
Los valores de los niveles de referencia de dosis (DRL) para el diagnóstico son obtenidos siguiendo la metodología propuesta por la Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) y que sirven como ayuda para la aplicación del criterio de optimización en radiodiagnóstico y en procedimientos intervencionistas. Generalmente se toma el tercer cuartil de la dosis observada en un muestreo de diferentes instalaciones, es decir, el valor de dosis para la que el 75% de las instalaciones debe estar por debajo del valor obtenido.

OBJETIVOS Dado que más del 50 % de la dosis es debida a estudios TAC y tal y como realiza el Public Health England, conveniente realizar un estudio de las dosis impartidas en diferentes estudios radiológicos realizados con TAC y obtener con dichos datos los niveles de referencia de dosis (DRL) de las provincias en las que se ha recopilado los datos.

MATERIAL Y MÉTODOS Se han recolectado de la información dosimétrica de los estudios de TAC realizados en dos provincias. Para ello se han puesto en marcha 2 servidores, uno en cada provincia, en los que se ha instalado un programa de registro de dosis, OpenREM (The Royal Marsden NHS Foundation Trust). Una vez estuvieron operativos los servidores, se comenzaron a recopilar los informes estructurados de dosis (RDSR), enviados al PACS (Carestream). El proceso recopilación de datos fue: a) comprobación de que todos los equipos de TAC enviaban los RDSR al PACS de forma correcta, b) recopilación de todos los estudios de TAC realizados y su clasificación por tipos de estudio (TAC craneal, TAC torácico,...), c) cálculo de los DRL para los estudios de cráneo y d) con los DRL establecidos, ver la posibilidad de establecer valores de notificación y/o de alerta.

RESULTADOS En el tiempo que lleva operativo uno de los servidores, se han recibido cerca de 15.000 estudios de 9 TAC de radiodiagnóstico de toda la provincia. Mientras que en el tiempo que lleva operativo el otro servidor, se han recibido cerca de 140.000 estudios de 9 TAC de diagnóstico por la imagen de toda la provincia. Los primeros resultados obtenidos han sido para los estudios de TAC de cráneo sin contraste cuyos valores obtenidos son coherentes con los DRLs internacionales son:
DRL EU - CTDIvol 60 - DLP 1000
Prov 1 - CTDIvol 60.5 - DLP 1058
Prov 2 - CTDIvol 53.2 - DLP 994.7

CONCLUSIONES El fijar nuestros DRLs nos permite:
Indicar la necesidad de ajustar parámetros de exploración en determinados equipos, protocolos o instalaciones.
Comprobar el cumplimiento de los DRL recomendados en las instalaciones.
Posibilidad de trabajar en la optimización de la dosis a paciente en TAC.

ID: **174**

RECOMENDACIONES DE LOS MARCADORES ANALÍTICOS NT-PRO-BNP Y TROPONINA EN PACIENTES COVID-19

AUTORES: GONZÁLEZ LAO, ELISABET[1]; SÁNCHEZ HIDALGO, A[2]; MEDARDE BARRAGAN, E[3]; PINEDA YUSTE, M[4]; SALAS GÓMEZ-PABLOS, P[5]

CENTROS DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En el periodo de la pandemia por el SARS-COV-2, han aparecido diferentes publicaciones sobre los marcadores de laboratorio clínico, adecuados para el diagnóstico, monitorización y pronóstico de estos pacientes.
La comisión de mejora de la práctica clínica elabora recomendaciones con la finalidad de evitar prácticas clínicas que no aportan valor para el paciente, contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial.

OBJETIVOS Definir el procedimiento para solicitar marcadores analíticos cardiacos específicos en pacientes diagnosticados por la COVID-19.
Difundir las prácticas adecuadas de uso de los marcadores analíticos del N-terminal del pro-péptido natriurético tipo B y la troponina ultrasensible en pacientes sospechosos o diagnosticados por la COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Se desarrolló un procedimiento de recomendaciones de marcadores analíticos en pacientes COVID-19, mediante el consenso del grupo de trabajo del comité de la comisión de mejora de la práctica clínica.
En el documento se establecieron los objetivos, campo de aplicación, metodología y bibliografía respecto a las r ecomendaciones de los marcadores cardiacos para pacientes diagnosticados por COVID-19.
La difusión de las recomendaciones se publicaron en la intranet del hospital en la sección de protocolos específicos para la COVID.

RESULTADOS El procedimiento elaborado comprendía la siguiente información para referente a los marcadores cardiacos:

NT-PRO-BNP
Utilidad: Marcador de estrés miocárdico
Indicaciones para pacientes COVID-19: Sospecha clínica de insuficiencia cardíaca aguda o estudio diagnóstico de la disnea crónica. El ecocardiograma se debe restringir a aquellos casos donde el manejo clínico se puede ver afectado irremediablemente por su resultado.
Alteraciones en pacientes diagnosticados por COVID-19: Se suele elevar frecuentemente en pacientes con enfermedades respiratorias graves, normalmente en ausencia de presiones de llenado elevadas o insuficiencia cardíaca clínica.

TROPONINA
Utilidad: Marcador de daño miocárdico
Indicaciones para pacientes COVID-19: Sospecha Clínica de infarto de miocardio (clínica compatible y alteraciones de la ECG compatible)
Alteraciones en pacientes diagnosticados por COVID-19: El motivo del aumento de niveles de troponina es multifactorial y no debido a oclusión coronaria aterotrombòtica. Causas: miocarditis, dis-

función endotelial-isquemia microvascular, cardiomiopatía de estrés, taquimiocardiopatia, Infarto de Miocardio tipo 1, Infarto de Miocardio tipo 2 (hipoxia, hipotensión, taquicardia).

CONCLUSIONES

- En ambos marcadores analíticos, se recomienda no pedirla de forma rutinaria, y solo en aquellos casos que se observe un daño cardiaco.
- El establecer procedimientos de recomendaciones para la práctica clínica, permite evitar actuaciones que no aportan valor al usuario.
- La difusión de las recomendaciones permite al profesional sanitario estandarizar la toma de decisión clínica.

ID: 175

CERTIFICACION DE BUENAS PRÁCTICAS EN HUMANIZACIÓN, DE LA UCI DEL H.INFANTA ELENA, LA PRIMERA UCI CERTIFICADA DEL MUNDO

AUTORES: GARCIA TORREJÓN, MªCARMEN[1]; MARTIN SOPEÑA, EV[2]

CENTROS DE TRABAJO: H.UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las Unidades de Cuidados Intensivos son posiblemente el paradigma de la deshumanización de la asistencia sanitaria. Humanizar los cuidados intensivos, significa apostar por unos cuidados centrados en las personas, independientemente de su rol, bien sean pacientes, familias y profesionales; y significa también personalizar la asistencia, escuchando lo que necesitan estos protagonistas que conviven diariamente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs).

OBJETIVOS Conseguir que nuestra UCI, además de ser el lugar donde se atiende la patología más grave del hospital, sea un lugar donde la forma de hacerlo, cuente como uno de sus activos, a sabiendas que uno de los signos de humanización de la Medicina es que los profesionales nos preocupemos no sólo de curar a quien esté enfermo, sino también de cuidar a quien no puede ser curado.

MATERIAL Y MÉTODOS En Abril del 2018, solicitamos el proceso de Certificación en Humanización de nuestra unidad, que promueve el Proyecto UCI con H (HU-CI) y AENOR. Una Guía de Buenas prácticas (un total de 161), en la que vienen bien definidas las 8 líneas de actuación a cumplir dentro de los cuidados intensivos, y que van destinadas a:

- Cómo mejorar la atención a los pacientes,entendiendo a las personas en su dimensión integral (física, psíquica, social y espiritual); mejorando los cuidados al final de la vida, aceptando la muerte y humanizando el proceso de morir, integrando incluso los cuidados paliativos como una parte esencial de nuestro trabajo; y finalmente atendiendo el síndrome post-cuidados intensivos.
- Cómo facilitar la participación de las familias en los cuidados, dando soporte a sus necesidades psicológicas y emocionales; permitiendo su presencia y poniendo en valor su importancia en la recuperación del paciente
- Cómo cuidar al cuidador, intentando mejorar la calidad de vida de los profesionales que trabajan en cuidados intensivos, que exige un gran compromiso y agotamiento emocional; y sensibilización y prevención del síndrome de desgaste profesional.

RESULTADOS La UCI del H.Universitario Infanta Elena ha conseguido en diciembre de 2019, la certificación de BUENAS PRÁCTICAS EN HUMANIZACION de las UCIs , con la certificación del Proyecto HU-CI y AENOR, pasando de ser una UCI estándar, a una UCI Humanizada con 'H' (HU-CI).

CONCLUSIONES 1) El cuidar todas las partes que conviven en una UCI a diario, ha sido para nosotros el camino hacia la construcción de unos cuidados intensivos excelentes y de mayor calidad, y ha convertido a nuestra unidad en "un lugar de trabajo donde el ser humano y el desarrollo tecnológico van de la mano', intentando siempre dar respuesta a las necesidades de cada uno de los protagonistas.

2) Esta certificación de HU-CI, ha supuesto para nuestra unidad, el poder liderar y sobre todo, ser un referente, en la atención humanizada del paciente crítico.

ID: 178

NUEVO RETO PRESENTE: CONSULTA DE ENFERMERÍA RESPIRATORIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE POSCOVID

AUTORES: GARCÍA TAMAYO, PEDRO FRANCISCO[1]; RUIZ-SERRANO DE LA ESPADA, MR[2]; NÚÑEZ OLLERO, MD[3]; VALLADARES MONSALVES, MJ[4]; FERNÁNDEZ GARCÍA, C[5]; JUANA MORGADO RUIZ, J[6]

CENTROS DE TRABAJO: H.U. VIRGEN DEL ROCÍO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Es sabido de todos que estamos padeciendo una pandemia, está afectando a una gran cantidad de la población ocasionando a los pacientes unas sintomatologías y secuelas respiratorias.
Esto requiere un abordaje específico e implica la creación de una Consulta de Enfermería Respiratoria de atención al paciente posCovid. Estos pacientes requieren una especial atención deben tener un especial tratamiento es por lo que se pone en marcha dicha consulta.

OBJETIVOS

- Describir la organización de la Consulta de Enfermería Respiratoria posCovid que atiende a nuestros pacientes.
- Presentar los resultados de los pacientes atendidos en función de los problemas principales detectados.

MATERIAL Y MÉTODOS La Consulta de Enfermería Respiratoria de atención al paciente posCovid, está compuesta por un enfermero/a. Está situada en la consulta 15 del laboratorio de función pulmonar del edificio de laboratorio del hospital Virgen del Rocío de Sevilla, a continuación de las consultas médicas de Neumología, comenzamos a funcionar en julio.
Esta consulta funciona una vez por semana, los viernes, siendo vistos en dicha consulta cuatro pacientes. En la consulta tomamos las medidas preventivas recomendadas por la sociedad española de neumología y cirugía SEPAR, con los pacientes posCovid, por ejemplo en el laboratorio de función pulmonar se han colocado unas mamparas de metacrilato para seguridad del paciente.
Hemos elaborado un calendario de visitas en el cual incluimos visitas presenciales y telefónicas a lo largo de un año. Iniciamos la primera visita al mes del alta hospitalaria, continuamos una segunda visita, a los tres meses del alta, la tercera visita será a los seis meses del alta, la cuarta a los nueve meses del alta y finalizamos con una quinta visita al año del alta hospitalaria, tras esta quinta visita si el paciente necesitara un seguimiento, se derivará a Consulta de Enfermería de su Centro de Salud.

RESULTADOS Como hemos comentado, la Consulta de Enfermería Respiratoria de atención al paciente posCovid lleva funcionando desde julio, hemos visto seis pacientes.
Cuando un paciente viene a nuestra consulta por primera vez, primero se le realiza las pruebas de función pulmonar, espirometría y la medición de la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO).
A continuación le realizamos una valoración, anotando los síntomas que en estos momentos tiene, como (tos, dolor pleurítico, trastornos cognitivos, depresión, dolor…)
Activamos diagnósticos enfermeros, siendo el más frecuente el de ansiedad (00146), insomnio (00095).
En la consulta realizamos educación para la salud.
Realizamos una evaluación con la escala de Barther del grado de dependencia y también de calidad de vida con la escala EuroQol 5-D

CONCLUSIONES

- La CERAPP es necesaria para conseguir minimizar las secuelas producidas por la enfermedad al máximo.
- Los pacientes se manifiestan encontrarse más seguros al tener una vía diferente de atención y no mezclarse con el resto de los pacientes de otras patologías respiratorias.

ID: 179

DETECCIÓN PRECOZ Y SEGUIMIENTO DE CASOS COVID 19 EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: LÓPEZ DELGADO, ANA MARÍA[1]; FRIGOLA DOMÈNECH, M[2]; SUBIAS URBANO, V[3]; DALMAU VIDAL, S[4]; ALLUEVA AZNAR, M[5]; SÁNCHEZ FOGUET, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: CAP SANT PERE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Una de las principales puertas de entrada de los casos compatibles con COVID 19 es la atención primaria de salud (APS). La detección precoz de casos es uno los puntos clave para controlar la transmisión. Desde el centro de atención primaria (CAP) se siguieron protocolos y algoritmos enmarcados en el plan de contingencia del centro para realizar una adecuada detección de casos y tomar las medidas de control necesarias para evitar nuevas infecciones, así como instaurar el tratamiento oportuno y proporcionar información sobre medidas eficaces de aislamiento y seguimiento de casos mediante la creación de una agenda de incidencias destinada a cumplir los objetivos mencionados.

OBJETIVOS General:

- Describir la detección y manejo de pacientes con sintomatología compatible con covid-19.
- Específicos:
- Definir características sociodemográficas y antecedentes patológicos.
- Identificar motivo de consulta.
- Describir exploración física y criterios de gravedad.
- Determinar realización de PCR y resultado.
- Determinar modo y tiempo de resolución.

MATERIAL Y MÉTODOS Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo transversal.
Población de estudio: Pacientes del área básica de salud (ABS) Reus 2 atendidas en la consulta de incidencias del CAP Sant Pere de Reus.
Periodo de estudio: 14 de marzo a 21 de junio de 2020 (estado de alarma).
Variables: sexo, edad, antecedentes patológicos, motivo de consulta, exploración, criterios de gravedad, PCR, tiempo y modo de resolución.

RESULTADOS Muestra de 343 pacientes, 162 hombres (47,23%) y 181 mujeres (52,77%). Edad media de 50,75 años.
El 23,61% no presentaban antecedentes patológicos de interés. 298 pacientes (86,88%) presentaron síntomas compatibles con covid 19.
Exploración física normal: 44,02%, patológica: 36,44%, no especificada: 19,53%. El 26,82% de pacientes presentaron criterios de gravedad: disnea.
Se realizó PCR al 28,87%: 8 positivos (2,33%), 90 negativos (26,24%) y 1 no concluyente (0,29%).
El 29,45% de los casos se resolvieron el mismo día en la consulta de incidencias, el 39,94% fueron resueltos por teléfono, el 4,96% de manera no presencial y el 2,04% de manera presencial. 8 casos se encuentran en proceso activo (2,33%). El 97,96% de los casos fueron resueltos desde APS y el 2,04% fueron resueltos a nivel hospitalario. El tiempo medio de resolución fue de 13,21 días.

CONCLUSIONES La atención de los pacientes con sintomatología compatible con covid-19 ha permitido realizar una identificación precoz de casos y garantizar una adecuada asistencia y seguimiento de pacientes, así como favorecer la adopción de medidas de control para frenar la cadena epidemiológica de transmisión.

La mayoría de casos fueron resueltos desde APS, reduciendo la sobrecarga hospitalaria. Un tercio de los casos fueron resueltos el mismo día desde la consulta de incidencias y a un 40% de los pacientes se les realizó seguimiento no presencial, lo que contribuyó a disminuir el número de visitas en el centro de salud y a facilitar la resolución del proceso de manera eficiente y segura.

ID: 181

PROYECTO IENE9: DISEÑO DE UN CURRICULUM CULTURALMENTE COMPETENTE Y COMPASIVO EN LGBT+ PARA PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS

AUTORES: LOPEZ-LIRIA, REMEDIOS[1]; VEGA-RAMIREZ, F[2]; TORRES-ALAMO, L[3]; DIAZ-LOPEZ, MP[4]; ROCAMORA-PEREZ, P[5]; AGUILAR-PARRA, JM[6]

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS 17 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Hoy día es necesario garantizar que los profesionales sociosanitarios sean capaces de brindar atención y apoyo a una población diversa. Sin embargo, los problemas con la conducta profesional y la discriminación contra las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales (LGBT+) en salud y educación social, continúan existiendo en la mayoría de los países de la UE.

OBJETIVOS El objetivo principal es la creación de un modelo adecuado que apoye la inclusión de temas LGBT+ en los currículos sociosanitarios en toda Europa y el mundo. Disminuir los sentimientos de estigma y discriminación que experimentan las personas LGBT +.

MATERIAL Y MÉTODOS En España se está desarrollando el proyecto europeo IENE9, titulado 'Diseño de un curriculum culturalmente competente y compasivo en LGBT+ para la formación de profesionales sociosanitarios ' junto a otros seis países (Italia, Rumanía, Chipre, Dinamarca, Alemania y Reino Unido como coordinador). Éste ha comenzado con una evaluación de las necesidades de los profesores/ formadores en términos de enseñanza-aprendizaje LGBT+, lo que identificará las necesidades específicas en los países participantes. Las políticas y directrices nacionales e internacionales también han sido exploradas.

RESULTADOS Este proyecto que acaba de iniciarse, se está centrando en crear un nuevo e innovador modelo de formación que será el fundamento teórico, para crear un currículo adecuado, con objetivos, contenidos y materiales adaptados a la atención sociosanitaria de este colectivo. Las herramientas y recursos de aprendizaje elaborados se introducirán en una plataforma que conformará un Curso MOOC (curso online gratuito y disponible en la red para toda la comunidad internacional traducido en siete idiomas), construido con un enfoque pedagógico innovador de coaprendizaje y basado en las tecnologías digitales como facilitadores del proceso de enseñanza. Existen numerosos desafíos que los profesionales deben abordar y superar para lograr este objetivo, incluidos la ignorancia y el miedo, la falta de confianza; puntos de vista religiosos, culturales y personales negativos; la falta de una cultura de aprendizaje que valore la diversidad.

CONCLUSIONES Estas actividades han sido planificadas para que se desarrollen a lo largo de dos años, esperándose que el curso de formación online generado ofrezca una mejor preparación para los profesionales sociosanitarios, mejorando así su conocimiento y sus habilidades para reconocer y responder a las necesidades del colectivo LGBT+. Esta cuestión redundaría en un necesario impacto tanto social, como sobre las instituciones encargadas de ofrecer servicios de calidad que integren la diversidad y equidad, libres de perjuicios.
Financiación: Comisión Europea. Programa Erasmus+, Key Action 2: STRATEGIC PARTNERSHIPS. Referencia del proyecto: 2019-1-UK01-KA202-061955. Página web: www.iene-lgbt.com

ID: 183

PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR SINDROME POST-CUIDADOS INTENTIVOS (PICS)

AUTORES: JIMÉNEZ MEDINA, DAVID[1]; PÉREZ PIÑERO, SV[2]; RODRÍGUEZ MULERO, MD[3]; MURCIA PAYÁ, JF[4]; QUINTANILLA, GM[5]; ÁLVAREZ OSPINA, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Hasta un 33% de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pueden desarrollar tras su alta hospitalaria, una serie de síntomas físicos, cognitivos y/o emocionales derivados de su ingreso y que conforman el PICS. Se ha puesto en marcha en nuestra unidad, una consulta externa para valoración y seguimiento de este síndrome. La primera actuación, es la identificación de los pacientes en riesgo de desarrollarlo, en vistas a su seguimiento en consulta externa y la segunda es la puesta en marcha de medidas preventivas del mismo durante el ingreso en UCI. Este proyecto queda enmarcado en el Plan de Humanización de la UCI y recogido como protocolo dentro del plan de plan de Gestión de la Calidad acorde a la norma ISO 9001:2015 en la que estamos acreditados y reacreditados desde el año 2018.

OBJETIVOS Describir el protocolo de detección de pacientes ingresados en una UCI, en riesgo para desarrollo de PICS y de las medidas preventivas puestas en marcha.

MATERIAL Y MÉTODOS El procedimiento comienza cuando el paciente ingresa en UCI. Se identifican los factores de riesgo para el desarrollo de PICS. Se describen el conjunto y puesta en marcha de las medidas para su prevención, incluidas en el concepto de "ICU liberation" una iniciativa de mejora de calidad de cuidados asistenciales. Los registros se realizan en formato electrónico, 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 Los factores de riesgo identificados para el desarrollo de PICS y de seguimiento en consulta fueron: Necesidad de ventilación mecánica â‰¥ 2 días + uno de los siguientes: Sepsis con fallo multiorgánico, terapia de sustitución renal, Síndrome de Distrés Respiratorio del adulto, parada cardiorrespiratoria recuperada y desarrollo de Delirio durante el ingreso. Las medidas preventivas del PICS fueron: evaluación del dolor, interrupción diaria de la sedación y prueba de ventilación espontánea, elección de sedante y analgésico, prevención y manejo del delirio, movilización precoz, empoderamiento de la familia así como, la identificación del paciente en riesgo nutricional y su monitorización. No fueron candidatos a consulta aquellos con una expectativa de vida corta y Score Sabadell â‰¥2 al alta de la unidad, situación de dependencia severa o paciente institucionalizado previos al ingreso.

CONCLUSIONES La detección de los pacientes con riesgo de PICS, la puesta en marcha de medidas preventivas y su seguimiento en una consulta externa es un valor añadido a la calidad de los cuidados asistenciales de los pacientes de UCI y que ayudarán a su reincorporación a la sociedad. Damos otro paso en el proyecto de humanización en la calidad de cuidados en UCI.

MAPEANDO LOS RIESGOS EN URGENCIAS

ID: 184

AUTORES: MACIAS MAROTO, MARTA[1]; CARRERO FERNANDEZ, A[2]; PÉREZ PASTOR, S[3]; PINAR GARCIA, ME[4]; DIAZ GÓMEZ, C[5]; MARMESAT ALCÁNTARA, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los Servicios de Urgencias constituyen una de las áreas asistenciales donde existe mayor riesgo de eventos adversos. El desarrollo de un mapa de riesgos en el Servicio de Urgencias puede ayudar a identificar los riesgos y promover una mejora de la calidad asistencial.

OBJETIVOS Mejorar la seguridad del paciente en el servicio de urgencias mediante la identificación proactiva de los riesgos y la puesta en marcha de un plan de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS Se constituyó un grupo multidisciplinar de 12 profesionales implicados en el servicio de urgencias y se trabajó mediante reuniones en el desarrollo de un mapa de riesgos durante el segundo semestre de 2019. Se elaboró un flujograma con los procesos y subprocesos de la actividad del servicio de urgencias y se incorporaron los modos de fallo y sus posibles causas que, a criterio del grupo, se pudiesen generar en los mismos. Todos los datos se registraron en una plantilla tipo AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) donde se incluía el proceso asistencial, los subprocesos, el fallo o riesgo definido, sus causas y el tipo de efecto. Así mismo, se incluían las medidas de control existentes en el momento de la valoración. Posteriormente en una segunda fase se evaluaron los riesgos teniendo en cuenta la probabilidad, detectabilidad y gravedad de los mismos, de forma consensuada entre todos los miembros del grupo.

RESULTADOS El grupo identificó inicialmente un total de 5 grandes procesos relacionados con la asistencia urgente y en cada uno de estos procesos el número de fallos fue el siguiente: llegada/admisión: 8, sala de espera: 3, triaje: 6, áreas asistenciales: 22 y fin de la atención: 11. En total se identificaron 48 riesgos. Se priorizaron aquellos riesgos con un índice de IPR (producto de la detectabilidad, probabilidad y gravedad) mayor de 280 puntos (valor que oscila entre 1 y 1000), según bibliografía. En total se priorizaron 7 riesgos:

1. Falta de información, visualización de alertas especiales.
2. Fallo en la asignación del nivel de prioridad en la atención.
3. Omisión de pruebas.
4. Valoración diagnóstica errónea.
5. Errores en el uso de la medicación: prescripción.
6. Errores en el uso de la medicación: preparación, administración.
7. Riesgo de contaminación cruzada.

A partir de los riesgos identificados y su priorización, se establecieron 7 planes de mejora para abordar a lo largo del año 2020-2021, planificando una nueva evaluación de los riesgos en 2 años.

CONCLUSIONES Como conclusión, podemos afirmar que el mapa de riesgos es una herramienta proactiva que analiza todos los procesos asistenciales y que permite la gestión de riesgos en urgencias. El estudio de los resultados obtenidos al medir los riesgos ha servido para evaluar nuestras actuaciones, identificar problemas y emprender acciones de mejora. Creemos fundamental mantener este ciclo de mejora iniciado para la detección y actuación precoz en los riesgos, que aumente la seguridad de nuestros pacientes.

ID: 185

ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON INFECCION POR COVID EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE MADRID

AUTORES: DÍAZ CRESPO, ELENA[1]; FERNÁNDEZ DE PAÚL, M[2]; PRIETO CHECA, I[3]

CENTROS DE TRABAJO: CS LOS ALPES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde el 11 de marzo, la OMS declaró Emergencia de Salud Pública Internacional al brote producido por la infección causada por el virus SARS-CoV-2. España ha sido uno de los países con más casos, siendo la Comunidad de Madrid una de la que más ha tenido.
Dado el gran volumen de casos de COVID-19, la vía de entrada al sistema sanitario de la mayoría de estos pacientes han sido sus centros de salud. La Atención Primaria ha jugado un papel fundamental en el seguimiento y manejo de miles de pacientes que han pasado esta enfermedad en sus domicilios, precisando seguimiento telefónico activo, visitas a domicilio o al centro de salud durante varias semanas hasta la resolución de los síntomas. De todos estos casos, aproximadamente un 81% han cursado sin gravedad, sin embargo, se ha descrito hasta un 14% de pacientes que han requerido hospitalización y un 5% de casos con enfermedad crítica, entendida como fallo respiratorio, multiorgánico o shock

OBJETIVOS Describir el perfil clínico y evolución de los pacientes codificados con infección por SARS-CoV-2 en un centro de salud.
Identificar aquellos pacientes que han presentado criterios de gravedad y complicaciones para mejorar el seguimiento posterior
Describir qué tratamiento han recibido estos pacientes durante la hospitalización para vigilar los posibles efectos secundarios posteriores.
Identificar mejor los factores de riesgo para presentar cuadros graves de COVID-19 y así poder intensificar su seguimiento desde atención primaria.
Identificar aquellos pacientes que han precisado una incapacidad temporal laboral a causa de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio observacional transversal de cohorte prospectiva unicéntrico basado en la recogida de datos de los sistemas informáticos disponibles sobre los pacientes pertenecientes a un centro de salud urbano con diagnóstico de COVID-19 atendidos en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid dividido en dos fases: recogida de datos de los pacientes ingresados y no ingresados y una segunda de estudio posterior (variables dicotómicas), recogida de datos del perfil clínico del paciente (comorbilidad, síntomas, tiempo de evolución…) y del tratamiento recibido así como de la evolución final de la enfermedad.

RESULTADOS Se han recogido los datos de 612 pacientes codificados como Infección por SARS-CoV2 siendo un 54.3% mujeres y un 45.7% hombres con una media de edad de 52 años. Del total de la muestra los pacientes entre 31 y 45 años representan el 20.8% siendo los pacientes entre 46 y 60 años el 40.4% del total. El 48.6% de los diagnósticos se realizaron antes del 20/03/2020 y el 25.2% antes del 1/04/2020 Faltan aún más variables por analizar.

CONCLUSIONES El análisis de datos, nos permitirá aportar mayor calidad al seguimiento de los pacientes que han padecido infección por COVID y realizar un mejor diagnostico y la evolución ante nuevos brotes.

ID: 186

CALIDAD ASISTENCIAL EN LACTANCIA MATERNA: EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES COMO PUNTO DE PARTIDA

AUTORES: ALÉ PALACIOS, CARMEN[1]; GARCÍA DOMÍNGUEZ, S[2]; MORALES MONTAÑO, C[3]; ARNEDILLO SÁNCHEZ, S[4]; RUIZ FERRÓN, C[5]; VALLEJO SÁNCHEZ, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) posee como objetivo principal ofrecer una atención de máxima calidad, en la asistencia al parto y lactancia, que aumente las tasas de satisfacción de las usuarias y profesionales de la Salud, implicados en el proceso asistencial. Es por ello, que la implantación de esta estrategia se considera un indicador útil de la calidad asistencial prestada a madres y embarazadas durante su estancia hospitalaria. Con motivo del declive de las tasas de incidencia y duración de la lactancia materna (LM) se plantea si los conocimientos y habilidades del personal sanitario son suficientes para abordar los problemas derivados de la instauración y mantenimiento de la LM, en el ámbito profesional, para detectar así mejoras en la calidad asistencial que logren obtener los resultados en salud deseados.

OBJETIVOS GENERAL:Conocer la capacitación de los profesionales para el fomento de la lactancia materna.
ESPECÍFICOS:

1. Definir el perfil de la población objeto de estudio, determinado con las variables de edad, sexo, número de hijos, categoría profesional, servicio, tiempo trabajado, experiencia personal con la lactancia materna y tipo de contrato asistencial.
2. Constatar el nivel de conocimientos y habilidades sobre lactancia materna.
3. Determinar el nivel de conocimientos y habilidades sobre lactancia materna diferentes áreas de conocimiento.
4. Establecer si existen diferencias entre el nivel de conocimientos y habilidades sobre lactancia materna entre diferentes categorías profesionales seleccionadas.

MATERIAL Y MÉTODOS Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal. Para la realización del mismo se utilizó un cuestionario validado que cuantificó el grado de conocimientos y habilidades en LM. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por categorías profesionales. En todos los contrastes de hipótesis se ha considerado un nivel de significación de 0,05, efectuándose el análisis con el paquete estadístico SPSS v22.

RESULTADOS La mediana de edad, de las diez categorías profesionales sanitarias encuestadas, es de 38,5 años, siendo predominantemente mujeres y afirmando más de la mitad poseer experiencia propia con la lactancia materna. Más del 40% de la muestra, logró una calificación satisfactoria en la evaluación total del cuestionario. Los ítems con mayor porcentaje de aciertos se encuentran dentro de las áreas de fisiología y salud pública. Sin embargo, el 59,4% reflejaba no sentirse preparado, a nivel profesional, para la resolución de los problemas asociados a la lactancia materna.

CONCLUSIONES Existe gran variabilidad en el nivel de conocimientos y habilidades sobre lactancia materna obtenido. Solo en un 27% de la muestra, el nivel fue insuficiente. Los resultados ponen de manifiesto importantes áreas de mejora en la capacitación de los profesionales. Dirigir las estrategias formativas a las áreas detectadas será fundamental para avanzar en la acreditación de la IHAN.

ACEPTACIÓN DE LA TELEMEDICINA DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE OBESIDAD COMPLEJA

ID: **187**

AUTORES: MONTOYA ALVAREZ, TERESA[1]; MARTINEZ MARTINEZ, A[2]; HOYAS RODRIGUEZ, I[3]; CHAPA GIL, I[4]; GARCIA CARTAS, C[5]; VÁZQUEZ MARTÍNEZ, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA[12345], FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Telemedicina puede ayudar a transformar el modelo de atención sanitaria actual a un modelo más participativo, que empodere a los pacientes a participar activamente en la prevención y gestión de su propia salud.
Desde 2019, la Unidad Multidisciplinar de Obesidad Compleja del Hospital Universitario Infanta Elena trabaja en este cambio de modelo, que promueve la participación del paciente y las nuevas tecnologías, mediante un programa educacional interactivo y grupal. El programa consta de 6 sesiones, que dotan al paciente de las herramientas motivacionales y nutricionales para el cambio definitivo en el estilo de vida.Durante todo el programa el paciente mantiene una comunicación continua y activa mediante formularios online con el equipo médico multidisciplinar.

OBJETIVOS Analizar la aceptación y la participación de los pacientes en el programa educativo grupal de la Unidad de Obesidad tras el cambio de modalidad presencial a virtual debido a la epidemia COVID19.

MATERIAL Y MÉTODOS Desde el día 8 de junio de 2020 se han e-transformado todas las sesiones grupales.
Siete días antes de la cita prevista, el paciente recibe un mail indicando que la sesión programada se realizará mediante una videollamada. En el mail consta el link para su conexión y las instrucciones a seguir.
Tres días antes de la cita, el paciente recibe una llamada del Servicio de Información y Atención al Paciente, con el objetivo de confirmar la recepción del mail y conocer si el paciente considera oportuna la conexión online.

RESULTADOS Desde el día 8 de junio al día 13 de julio se han realizado 15 sesiones (209 pacientes)

- Se ha localizado telefónicamente al 94%.
- Aceptación: Un total de 174 pacientes (88,7%) aceptan la conversión digital de su cita. 22 pacientes (11%) rehúsan, prefiriendo el formato presencial; 61% eran mujeres de edad media 51,2 años y el 39% eran varones de 50,6 años.
- Participación: Del total de 174 que confirmaron su cita digital, se conectaron a la sesión 61 pacientes (35%). El 75% mujeres y 25% varones. El 82% que se conectaron tenían entre 25-50 años. El 18% entre 50-74 años. El porcentaje de conexión fue creciendo progresivamente conforme avanzaban los días hasta un 75%.

CONCLUSIONES La aceptación de la conversión digital de nuestros pacientes fue muy alta (88,7%). Tan solo 11,3 % preferían la actividad presencial, en su mayoría mujeres.
Respecto a la participación resultó por debajo de la media analizada en 2019 en el modelo presencial, probablemente la circunstancia temporal periodo PostCovid tuvo cierto impacto en ello. Habrá que seguir evaluando la conexión dado que el porcentaje de participación fue creciendo conforme avanzaban los días hasta un 75%.
La telemedicina requiere un cambio en el modelo de relación con los pacientes y en la toma de las decisiones. Consideramos que la interacción con el paciente a través del soporte digital, le ayudará a implicarse de forma activa en el proceso de cambio que requiere el tratamiento de la Obesidad y a convertirse en guardián de su propia salud.

CIRCUITO SEGURO EN LA GESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES

ID: **188**

AUTORES: OLLERO MALAGÓN, LOURDES[1]; BAZ RODRIGUEZ, M[2]; CEA HERNÁNDEZ, E[3]; GAITE SÁNCHEZ, I[4]; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, MB[5]; MENDEZ PUENTES, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: C.A.U.S.A

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La peligrosidad en el uso de estupefacientes y la gran preocupación general derivada de los efectos individuales y sociales a los que puede conducir el abuso de sustancias estupefacientes y la imposibilidad de prescindir de estas sustancias, debido a su uso terapéutico y científico, ha llevado a la obligatoriedad de apoyarse en normas jurídicas.
La dispensación controlada de estupefacientes es una obligación regulada por ley (Ley 17/1967, de 8 de abril)
Un pilar fundamental para su control es una administración minuciosa y total del sector público y sanitario, por lo que se hace imprescindible la creación de procedimientos protocolizados de control y vigilancia estricta de estas sustancias, con el fin de garantizar su uso racional en centros sanitarios.

OBJETIVOS General:
1.Establecer un circuito seguro en la gestión de estupefacientes en atención especializada.
Secundarios:
2.Conocer los estupefacientes que con mayor frecuencia se dispensan.
3.Detección de errores frecuentes en el circuito de gestión de estupefacientes.
4.Creación de sistemas de seguridad y control de errores más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo observacional, prospectivo, del circuito seguro en la gestión de estupefacientes en un centro de atención especializada de 1000 camas, entre el 01/01/2020 y el 30/06/2020.
•Se realizó una revisión de todos los vales de estupefacientes recogidos en el Servicio de Farmacia del centro hospitalario durante un periodo de 6 meses. Todos los datos se almacenaron de manera confidencial y anónima.Los datos recogidos se identificaron mediante un código y sólo el equipo investigador podía relacionar los datos con la historia clínica. El equipo investigador asume la responsabilidad en la protección de datos de carácter personal.
•Con respecto a la metodología estadística; se realizó un análisis estadístico con el programa IBM® SPSS® Stadictics versión 26.0.0. y se analizaron los resultados mediante estadística analítica.
•Se utilizaron sistemas de registro y sistemas de seguridad y control.

RESULTADOS •El número total de estupefacientes dispensados durante el periodo de 6 meses, es de 357.760,1, con una media de 51.108,58 estupefacientes/mes.
•Los 5 estupefacientes más frecuentes son;Metadona 1%,Fentanest 0.15mg,Morfina (1%),Metadona Clorhidrato,Remifentanilo 5mg
•El error más común es la cumplimentación incorrecta del Vale de Estupefaciente (43% del total).

CONCLUSIONES El circuito seguro en la dispensación de estupefacientes demuestra ser un método eficaz en el control de estupefacientes, reduciendo en un 45% los errores detectados a lo largo de todo el proceso ofreciendo una asistencia de calidad.

ID: 189

LA ACREDITACIÓN COMO CENTRO DE FORMACION CONTINUADA: UNA OPORTUNIDAD PARA LA REFLEXIÓN DEL TRABAJO DE CADA DÍA

AUTORES: ROMANOS-RODRIGUEZ, ARMANDO[1]

CENTROS DE TRABAJO: IAVANTE[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las actividades de formación continuada dirigidas a profesionales de la salud, de acuerdo con lo dispuesto en el marco normativo de aplicación, deben acreditarse conforme el modelo general establecido por parte de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. En la CA de Andalucía, el sistema de acreditación permite que los centros y unidades que tiene como objeto la organización de actividades de FC pueda acreditarse ellos mismos. Con ello, la acreditación de cada una de las actividades que organicen se sustenta sobre los elementos de calidad genéricos y comunes contrastados para el centro que las diseña y ejecuta. El proceso de acreditación del centro es dinámico, requiere la participación e implicación de todo el equipo de profesionales y supone una reflexión acerca de los elementos de calidad del proceso

OBJETIVOS Exponer el modelo de trabajo interno utilizado en el proceso de acreditación del centro de formación continuada

MATERIAL Y MÉTODOS Señalar la importancia del modelo de acreditación para la mejora continua a través de la reflexión compartida por parte del equipo de trabajo

Se ha trabajado sobre el manual de acreditación propio de la entidad certificadora del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En este sentido, se realizó un trabajo previo de revisión acerca de la situacion de cumplimiento de los estándares previamente certificados en un proceso anterior. Se conformó un grupo de trabajo interno en el que se llevó a cabo la reflexión necesaria y el reparto de tareas para analizar el grado de implantación de los estandares previstos en el manual y abordar el desarrollo de las tareas necesarias para la certificación del centro. Se realizó una revisión bibliográfica y una accion prospectiva sobre otros centros similares.

RESULTADOS El resultado del trabajo ha sido la certificación del centro con un nivel de cumplimiento de estándares superior al previamente existente. En aquellas áreas en las que resultaba más complejo el cumplimiento (evaluación de la transferencia, por ejemplo) se ha generado una dinámica de trabajo interno para el abordaje de un plan de mejora.

CONCLUSIONES El trabajo interno realizado ha permitido, en primera instancia, reflexionar acerca de los elementos de calidad de la dinámica de la actividad ordinaria y, con ello, actualizar procedimientos y procesos de trabajo para hacerlos más ágiles y eficaces. En segundo lugar, y debe destacarse expresamente, ha supuesto un importante elemento de cohesión del equipo que ha ganado en capacidad de análisis en cuanto a la calidad de la actividad que se realiza.

ID: 190

ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. HACIA LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL

AUTORES: LÓPEZ-LIRIA, REMEDIOS[1]; VEGA-RAMIREZ, F[2]; FERNANDEZ-ALONSO, M[3]; VALVERDE-MARTINEZ, MA[4]; TORRES-ALAMO, L[5]; ROCAMORA-PEREZ, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD DE ALMERÍA[13456], DISTRITO SANITARIO PONIENTE[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Cientos de millones de personas sufren cada día las consecuencias de una enfermedad respiratoria crónica. Según estimaciones hay unos 235 millones de personas que padecen asma y 64 millones que sufren enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La EPOC toma relevancia no sólo como la 'tos del fumador', sino como una enfermedad (cuarta causa de muerte a nivel mundial) que continúa incrementándose. Las políticas sanitarias se inclinan por una implantación creciente de las terapias respiratorias domiciliarias en pacientes crónicos respiratorios, en busca de un importante ahorro de recursos al Sistema Nacional de Salud, evitando la saturación de los centros sanitarios al reducir las visitas a urgencias, las hospitalizaciones y la morbilidad.

OBJETIVOS Analizar la efectividad de la fisioterapia domiciliaria en pacientes con EPOC, en términos de mejora en la recuperación funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS Muestra piloto de 36 pacientes derivados por EPOC, tratados en los Equipos Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia (EMRF, Distrito Sanitario Almería, Atención Primaria). Tradicionalmente en esta provincia, los pacientes que sufren una exacerbación por EPOC son enviados a casa tras estabilizar su situación vital y varios días de hospitalización que variará según la gravedad del proceso; posteriormente se les avisa para recibir rehabilitación ambulatoria en la correspondiente unidad hospitalaria. Sin embargo, en los últimos 15 años, esta práctica está siendo modificada con una mayor propuesta o contextos alternativos donde recibir el tratamiento fisioterápico, como los Centros de Salud o el propio hogar del paciente (EMRF).

RESULTADOS La edad media del total de los pacientes atendidos fue de 77,64 años; un 76,4% de hombres. Un 66,67% presentaron pluripatología. Los pacientes con EPOC registraron una media de PaO2 basal de 75,35 mmHg y una PaCO2 basal de 46,74 mmHg. El volumen espiratorio forzado en el primer segundo basal (FEV1) fue de 51,47%. El número medio de sesiones recibido de fisioterapia fue de 22,53 (DT=4,91). El objetivo alcanzado por los profesionales prioritariamente fue el de aumentar la capacidad ventilatoria y la función respiratoria. Por otro lado, con el 80-88,8% del porcentaje, los fisioterapeutas se centraron en educar al paciente y a su familia y en ofrecer información al paciente fumador y a su familia para dejar el hábito. Así mismo, utilizaron técnicas para mejorar el estado funcional y la calidad de vida del paciente. También fue importante la reducción de la disnea (79,16%), la mejora en la movilidad de la caja torácica y la elasticidad pulmonar (70%).

CONCLUSIONES Estos resultados preliminares demuestran que un programa de rehabilitación respiratoria domiciliaria en pacientes con EPOC grave y disnea invalidante, mejora la independencia para las ABVD, la capacidad funcional, la tolerancia al ejercicio y la disnea. Trabajo que desea ser validado en un proyecto más amplio con una mayor población con patología respiratoria durante 2021.

ID: 191

EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS APOYO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA AL CALL CENTER DE CIUDADANÍA

AUTORES: CIDONCHA MORENO, MARIA ANGELES[1]; PORTA FERNANDEZ, AM[2]; PEÑA GONZALEZ, ML[3]

CENTROS DE TRABAJO: OSAKIDETZA[1], OSAKIDETZA[2], OSAKIDETZA[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La irrupción del COVID-19 ha propiciado, para dar respuesta a las necesidades de salud, formas creativas de trabajo que aporten valor y que faciliten la capacidad de respuesta del sistema. Osakidetza, ante la creciente demanda de llamadas al Consejo Sanitario (Osarean, Osakidetza no presencial) se habilitó un servicio de atención a usuarios o CAU (CAU CORONAVIRUS) para responder las dudas de la ciudadanía sobre la enfermedad. Esa iniciativa de call center contó con la participación de estudiantes de enfermería de 4º curso, profesionales de Osakidetza (administrativos) y una empresa externa de informática. Ese call center, de forma colaborativa, daba respuesta a la ciudadanía todos los días de la semana y a cualquier hora.

OBJETIVOS Establecer un canal de información a la ciudadanía sobre el Coronavirus con la colaboración de los alumnos de 4º de enfermería, en cooperación con otros agentes.
Promover la participación de los alumnos de 4º de enfermería en la atención a la pandemia Covid.

MATERIAL Y MÉTODOS 1ª Fase: Creación de un grupo de trabajo
2ª Fase: Se elaboraron herramientas de apoyo a la toma de decisiones: plataforma web de registro de todas las solicitudes y una wiki con información para el personal de atención de las llamadas con preguntas y respuestas (argumentario) ante las posibles demandas de la población que fueron actualizándose de forma continuada.
3ª Fase: Se crearon 5 grupos de trabajo con los alumnos de 4º curso de Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz junto con acompañamiento in situ de profesores (cubriendo toda la jornada durante toda la semana).
4ª Fase: Se realizó formación para participar en el programa: parte online y parte presencial (cumpliendo los criterios de seguridad).
5ª Fase: Se estableció un seguimiento y apoyo 24x7 por parte de profesores de la Escuela como por Osakidetza

RESULTADOS Participaron en este programa 76 alumnos desde el 23 de marzo al 8 de mayo. El sistema atendió más de 1.800 llamadas en el día de mayor pico, con un promedio diario de llamadas de 777. Tras el contacto de la persona interesada, se realizaba una primera criba, en la que se distinguía si se necesitaba información o se tenían síntomas. A los que precisaban información se les daba respuesta mediante unas contestaciones ya consensuadas, mientras que, si la llamada era por síntomas, se derivaba la llamada a profesionales sanitarios (Call Center, Centro de Salud o Emergencias) Durante este periodo el 61% de las llamadas se solucionaron directamente en el call center con la información que se ofertó. Se derivó a cita previa el 2% de las llamadas, y hubo que pasar la llamada al consejo sanitario en el 18% y al centro de salud en otro 18%.

CONCLUSIONES El call center durante este periodo permitió resolver más del 60% de las llamadas. Promover la participación de los alumnos de 4º de enfermería, junto con otros agentes, permitió ser más resolutivos respondiendo a la población.

MEJORANDO A GOLPE DE VISTA

ID: **192**

AUTORES: GARCIA HERNANDEZ, PABLO[1]; AVANZAS FERNANDEZ, S[2]; ALVAREZ MUÑOZ, B[3]; VAZQUEZ VILLA, B[4]; GONZALEZ SANCHEZ, JA[5]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACION HOSPITAL DE JOVE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La demora en el procesamiento de las muestras puede suponer retrasos en la toma de decisiones clínicas y/o diagnósticas en los procesos asistenciales del Hospital. Esta demora puede ser agravada por la ausencia de sistemas de seguimiento y medición específicos para la fase preanalítica. Para realizar dicho seguimiento, el principal indicador que se ha de tener en cuenta como criterio de calidad y seguridad del paciente es el tiempo de respuesta (tiempo que transcurre desde que un facultativo realiza una petición hasta que dispone del resultado).

OBJETIVOS Mejora del tiempo de respuesta en un laboratorio de análisis clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Identificación del material necesario para la implantación de la mejora:
- Software comercial compatible con SIL (Sistema informático del Laboratorio).
- Ordenador asociado a una pantalla de gran tamaño.
- Selección del potasio sérico como indicador para estudiar los tiempos de respuesta por tratarse de un parámetro crítico en peticiones urgentes. Con dicho parámetro se analizaron los tiempos de respuesta entre enero y julio de 2019 (6516 peticiones) y se contrastaron con los obtenidos en el mes de agosto, fecha en la que se realizó el pilotaje del software.
- Establecimiento de un sistema de código de colores según los minutos que transcurren desde la extracción:0-30: verde; 30-45: amarillo; 45-60: rosa; Más de 60: rojo.
- Diseño de un sistema de seguimiento y medición del tiempo de respuesta a través del SIL que pueda mostrar en tiempo real el estatus de las muestras pendientes de procesar y validar teniendo en cuenta los colores anteriormente indicados.
- Diseño e implementación de un sistema de alarmas, visual, accesible desde todos los puestos de trabajo en el que se muestre el estado de la demora en tiempo real para todas las peticiones de carácter urgente.
- Instalación de pantalla localizada estratégicamente funcionando 24/7 mostrando los códigos de colores asociados a nombre del paciente, servicio peticionario y parámetros pendientes de procesamiento y de validación.
- Seguimiento y medición del tiempo de respuesta entre noviembre 2019 y marzo 2020 (6464 peticiones) para verificar el impacto de las acciones implantadas.

RESULTADOS Tiempos de respuesta previos a la implantación de mejoras: Media: 42,75 min.; Mediana: 38,36 min.; Muestras con tiempo de respuesta inferior a 45 minutos: 72,19%; Muestras con tiempo de respuesta superior a 60 minutos: 9,92%
Tiempo de respuesta tras la implantación de mejoras (incluyendo periodo de pilotaje): Media: 38,36 min.; Mediana: 34,3 min.; Muestras con tiempo de respuesta inferior a 45 minutos: 81,65%; Muestras con tiempo de respuesta superior a 60 minutos: 5,51%

CONCLUSIONES La implementación de un sistema sencillo de código de colores asociado a las muestras ha permitido:

- Disminuir significativamente los tiempos de respuesta.

- Favorecer el cambio de un sistema reactivo a uno proactivo anticipándonos en la detección de posibles incidencias en fase preanalítica (muestras no remitidas, pérdida de muestras, etcétera)

ID: 193

ESTUDIO DE LAS NECESIDADES PARA IMPLEMENTAR LA TELECONSULTA PREOPERATORIA DE ANESTESIA EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA(C-MA)

AUTORES: CANO IGLESIAS, MARINA[1]; RUIZ GARCIA, I[2]; RABANAL LLEVOT, JM[3]; CABRIA FUENTE, S[4]; HERRERO, L[5]; MAESTRE ALONSO, JM[6]

CENTROS DE TRABAJO: INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN MARQUÉS DE VALDECILLA (IDIVAL)

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El crecimiento exponencial de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ha generado entusiasmo entre los profesionales de la salud actuando de tractor para la realización de actividades asistenciales de manera remota. Este impulso de la telemedicina ofrece oportunidades pudiendo facilitar la accesibilidad de los pacientes, disminuir desplazamientos y permisos laborales y utilizar los recursos sanitarios de modo más eficiente.

OBJETIVOS El objetivo general es la inclusión de un proceso de consulta remoto en la fase preoperatoria de anestesia de cirugía mayor ambulatoria dentro del sistema de gestión del hospital apoyándose en las herramientas tecnológicas existentes. Para su consecución, se establecen los siguientes objetivos específicos.1.Entender el funcionamiento de las tareas y actividades del servicio de anestesia 2. Evaluar y analizar el sistema informático para la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes 3. Alinear y coordinar los diferentes agentes involucrados en el proceso (informática, anestesia, admisión y EValTec-grupo de investigación multidisciplinar).

MATERIAL Y MÉTODOS Los recursos necesarios para poner en marcha la teleconsulta han de tener en cuenta la infraestructura tecnológica y la estrategia de sistema, y se realizaron en tres fases:1. Estudio del proceso de la consulta de anestesia desde la perspectiva de sistema sociotécnico (STS) (Stting, 2010)2. Análisis de los requerimientos de la tecnología para satisfacer las necesidades detectadas mediante test heurístico y de usabilidad de la plataforma para videollamada.3. Integración de la teleasistencia en el sistema de gestión del hospital mediante entrevistas y grupos focales
La metodología utilizada se basa en las herramientas que brinda la ingeniería de factor humano (HFE). La HFE estudia la interacción entre los usuarios y el entorno en el que trabajan, con el fin de entender cómo el diseño de sus componentes (tecnología, tareas, procesos, etc.) impacta en la seguridad, eficiencia y calidad de la atención sanitaria

RESULTADOS Este análisis inicial del contexto ha permitido recopilar la información para realizar el diseño del estudio. Este estudio muestra sus resultados; un mapa de procesos: traza la secuencia temporal de las acciones en el servicio de anestesia identificando áreas de mejora ancladas a puntos del proceso concretos, evaluación de la tecnología, integración en el sistema de gestión del hospital: situando el foco de importancia en el sistema de gestión de pacientes quirúrgicos y flujos de trabajo de los servicios implicados, la sincronización con el software de gestión quirúrgica (SIPQUIR) y la coordinación con la realización de pruebas complementarias

CONCLUSIONES La teleconsulta de anestesia para la evaluación preoperatoria de pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria es un proceso viable en las organizaciones sanitarias. Requiere seleccionar los pacientes, adaptar la tecnología a los requerimientos de la asistencia remota e integrar el proceso en el sistema de gestión hospitalario.

ID: 194

COMUNIDAD DE PRÁCTICA VIRTUAL (CDPV) PARA EL EMPODERAMIENTO DE PERSONAS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: PILOTAJE Y CO-DISEÑO

AUTORES: VALL-ROQUÉ, HELENA[1]; KOATZ, D[2]; GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, AI[3]; PERESTELO-PÉREZ, L[4]; RAMOS-GARCÍA, V[5]; TOLEDO-CHÁVARRI, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN; UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA[1], INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN; UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA; RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS (REDISSEC)[2], GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA; INSTITUTE OF GENERAL PRACTICE, GOETHE UNIVERSITY, FRANKFURT (ALEMANIA); RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS (REDISSEC)[3], SERVICIO DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD (SESCS); RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS (REDISSEC)[4], SERVICIO DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD (SESCS); FUNDACIÓN CANARIA INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CANARIAS (FIISC)[5], SERVICIO DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD (SESCS); FUNDACIÓN CANARIA INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CANARIAS (FIISC); RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS (REDISSEC)[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La cardiopatía isquémica (CI) es la principal causa de muerte en la población europea, y alrededor del 20% de las personas que sobreviven a ella sufren eventos cardiovasculares secundarios durante el primer año. Las acciones preventivas secundarias pueden facilitar la recuperación e incluyen, entre otros aspectos, escoger una dieta saludable, hacer ejercicio físico regularmente, potenciar la adherencia al tratamiento, o mejorar el estilo de vida en general. El empoderamiento de las personas con CI es un factor clave en la mejora de la salud.
Las comunidades de práctica virtual (CdPv) ofrecen a las personas que comparten un problema de salud la posibilidad de interactuar y compartir experiencias, recursos y conocimientos, para fortalecer las relaciones interpersonales y motivar a los pacientes hacia el empoderamiento sobre su salud.

OBJETIVOS General: co-diseñar una CdPv para el empoderamiento de personas con CI.
Específicos:
1) Fase exploratoria:
- Identificar tipos de diagnósticos y tratamientos recibidos para la CI (corto, medio y largo plazo)
- Indicar los puntos de contacto con el sistema de salud para las personas con CI, representados a partir de un Patient Journey Map
- Identificar emociones, experiencias, necesidades y barreras relacionadas con el empoderamiento de las personas con CI
- Pilotar la aceptabilidad y usabilidad de la plataforma virtual e-mpodera2

2) Fase de desarrollo:
- Priorizar necesidades de empoderamiento
- Crear el marco de contenidos de la CdPv que aborde las necesidades y barreras surgidas en la fase de exploración
- Pilotar algunos de los contenidos propuestos en la CdPv
- Evaluar la aceptabilidad y usabilidad de la plataforma

MATERIAL Y MÉTODOS Se utilizó un diseño basado en la experiencia (experience-based design) modificado para co-diseñar la CdPv en colaboración con personas con CI y profesionales sanitarios e investigadores. El estudio consistió en dos fases: exploratoria y de desarrollo. Los métodos de recogida de datos incluyeron listening labs, workshops y participación online. La investigación se realizó en Cataluña, Madrid y Canarias.

RESULTADOS Veinticinco personas con CI y 10 profesionales sanitarios participaron en el estudio. Se identificaron experiencias y necesidades para el empoderamiento en CI durante la fase exploratoria, lo cual permitió desarrollar el Patient Journey Map. En la fase de desarrollo, las personas con CI indicaron sus necesidades a ser abordadas de forma prioritaria en los contenidos de la CdPv, y formularon diversas propuestas de contenido.

CONCLUSIONES El Patient Journey Map resultó útil para visualizar de forma sencilla las necesidades de empoderamiento de las personas con CI, y puede ser aplicado en el desarrollo de otras intervenciones centradas en las personas. El proceso de co-diseño también ayudó al desarrollo de contenidos educativos adaptados a las prioridades de las personas con CI.
El proceso de co-diseño de una CdPv centrada en las personas permitió priorizar sus necesidades de empoderamiento y crear un marco de contenidos amplio.

ID: 198

AUTOMATIZACIÓN DE REGISTRO Y PROCESO DE ESCALAS PREDICTIVAS, COMO ALERTA TEMPRANA EN PACIENTES AFECTADOS POR EL COVID-19

AUTORES: GIRÓ FORMATGER, DOLORS[1]; TERRADAS-ROBLEDO, MR[2]; HERNÁNDEZ-GARCÍA, AF[3]; SERRATOSA-CRUZADO, S[4]; GÜERRI-FERNÁNDEZ, RC[5]; LASSO DE LA VEGA-PANILLO, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: PARC DE SALUT MAR

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El COVID-19 es una patología que puede cursar con un cuadro leve o moderado, que permita el tratamiento domiciliario, pero también se puede presentar con formas complicadas, en las que un porcentaje de pacientes requerirá atención en cuidados intensivos. Es por ello primordial disponer de Protocolos de tratamiento, que garanticen un tratamiento alineado con las recomendaciones que van apareciendo. En nuestro centro se elaboró una 'Guía para pacientes hospitalizados COVID-19", esta sustenta el uso de las escalas CURB-65 y MEWS, que permiten evaluar la gravedad, el deterioro clínico y decidir el nivel de atención. Éstas se calculaban en papel y únicamente se trasladaba el resultado final a la Historia clínica electrónica (HCE).

OBJETIVOS Facilitar el manejo del paciente con COVID 19, informatizando y automatizando dichas escalas.

MATERIAL Y MÉTODOS Creación del equipo de trabajo entre los Servicios de Metodología, Calidad e Investigación enfermera, Enfermedades Infecciosas e Informática.
La escala CURB-65 basa su evaluación en datos clínicos: edad, confusión, nitrógeno de la urea, frecuencia respiratoria, presión arterial sistólica y diastólica, como índice de predicción de mortalidad de la neumonía extra-hospitalaria. El resultado tiene un rango de 0 a 5. La MEWS (Modified Early Warning Score) es una escala fisiológica determinada por 5 parámetros: nivel de conciencia, temperatura, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, y respiratoria. La puntuación final refleja el riesgo de deterioro del paciente. El resultado posible tiene un rango de 0 a 14.
Se desarrolló un sistema para la extracción de información tanto desde el plan de cuidados como de las analíticas, permitiendo el cálculo de forma automatizada cada 8 horas. Los valores quedan recogidos en la HCE. También se programó la aparición de los valores de la escala MEWS en el censo de la unidad en forma de alerta cromática, a partir del color verde, para aquellos pacientes que necesitan menos intensidad de cuidado, amarillo para aquellos que precisan más cuidados y rojo, para los que requieren una vigilancia más alta por el empeoramiento que puedan presentar en las próximas horas.

RESULTADOS El sistema se ha utilizado en la asistencia de más de 1000 pacientes. El resultado de la incorporación de las escalas ha proporcionado un buen sistema de alerta temprana, y ha servido para calcular la dotación de profesionales en las unidades. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que sólo son parte de la evaluación de la gravedad de la enfermedad

CONCLUSIONES La incorporación de la automatización ha permitido:
- Mejorar la seguridad de los pacientes ya que alerta de la aparición complicaciones. Es un apoyo para profesionales más inexpertos.
- Establecer una comunicación rápida entre los miembros del equipo.
- No añadir trabajo a los profesionales de enfermería, puesto que los parámetros de la escala se obtienen directamente de los registros.
- Identificar las unidades con mayor complejidad, permitiendo así poder distribuir los profesionales.

ID: 200

LOS PADRES FORMADOS EN SEGURIDAD DE PACIENTES ¿RECUERDAN MÁS A LOS PROFESIONALES QUE SIGAN LAS PRÁCTICAS SEGURAS?

AUTORES: RODRIGO RINCON, ISABEL[1]; IRIGOYEN ARISTORENA, I[2]; ANTELO CAAMAÑO, M[3]; TIRAPU LEON, B[4]; VIGURIA SANCHEZ, N[5]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La prevención del error y la formación en seguridad constituyen dos estrategias básicas para asentar la cultura de seguridad en los centros sanitarios. Los acompañantes de los pacientes, especialmente si estos son menores, pueden jugar un papel fundamental en la seguridad, y por lo tanto, influir de forma clara en los resultados de salud de los pacientes.

OBJETIVOS Valorar la confianza que adquieren padres y madres tras una intervención formativa a la hora de recordar a los profesionales que atienden a sus hijos que se adhieran a las prácticas seguras.

MATERIAL Y MÉTODOS Se reclutaron a 64 padres y madres de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas. La media de edad de los participantes fue de 39 años, siendo el 80% mujeres. 73% tenían enseñanza superior, 23% media y 3% enseñanza general básica. Sus criaturas tuvieron una media de 1,7 ingresos y de 10,4 visitas de consultas.
Se envió una carta postal a los progenitores identificados como posibles candidatos. En la misma se indicaba la dirección web de la página del proyecto y un usuario y una contraseña para el acceso a una zona restringida. En la zona restringida los participantes tuvieron acceso a folletos y vídeos formativos sobre las siguientes prácticas seguras: identificación de pacientes, higiene de manos, comprobación de tratamiento, dosis de medicación en función del peso e información sobre efectos secundarios. Se evaluó mediante Ji cuadrado la diferencia entre el porcentaje de respuestas que indicaban si los participantes recordaron a los profesionales la adherencia a prácticas seguras antes de la formación con respecto a si lo harían una vez finalizada la misma.

RESULTADOS Los progenitores indicaron que sabrían reconocer las prácticas seguras tras la formación (91% identificación de pacientes, 81% higiene de manos, 67% comprobación de tratamiento adecuado, 91% necesidad de peso para dosis de tratamiento, 86% identificación de efectos secundarios).
Tras la formación, aumentó el porcentaje de respuestas que indicaba que los participantes recordarían al profesional la adherencia a la práctica segura si observaban que éste no lo había hecho. Alcanzaron la significación estadística las prácticas: comprobación de tratamiento correcto (32% antes vs 70% después de la formación; p=0.0002) y efectos secundarios del tratamiento (63% vs 83%; p=0.0179). No alcanzaron la significación estadística la identificación de pacientes (65% vs 68%); la higiene de manos (8% vs 23%) y la adecuación de la dosis al peso (39% vs 54%).

CONCLUSIONES Tras la formación, los progenitores se sintieron capacitados para identificar si los profesionales se adherían a las prácticas seguras durante el cuidado de sus hijos. Aumentó la percepción de que se atreverían a recordar a los profesionales que realizasen las prácticas seguras en el caso de que no lo hubieran hecho, especialmente la comprobación de tratamiento correcto y los efectos secundarios del mismo.

ID: 201

CONTINUIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE TELEMEDICINA SÍNCRONA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA NO COVID EN ERA DE PANDEMIA

AUTORES: TORRES DOMINGUEZ, YOLANDA[1]; RUIZ ROMERO, MV[2]; IZQUIERDO MACIAS, MA[3]; CASTEJON OJEDA, MP[4]; RIVERA SEQUEIROS, A[5]; CATALAN RAMIREZ, JM[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL SAN JUAN DIOS ALJARAFE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por COVSARS2 ha acelerado la reorganización de prestaciones sanitarias basadas en telemedicina para aminorar el impacto sobre la atención de pacientes no COViD

OBJETIVOS Evaluar indicadores de actividad y funcionalidad de la herramienta.Evaluar satisfacción/experiencia de usuario(UX).Mejorar resultados en salud reportados por paciente (PROMs) con enfermedad inflamatoria intestinal EII

MATERIAL Y MÉTODOS Telemedicina síncrona mediante telefonía y teletrabajo del 16 marzo al 15 mayo de 2020, facilitada por acceso remoto mediante credencial del profesional a la historia clínica del paciente.Encuesta de satisfacción de herramienta telemática y medición UX de profesionales en formulario Google Forms. Encuesta de satisfacción y evaluación de resultados en salud percibido tipo PROMs a una muestra aleatoria de pacientes con EII, patología más representativa.

RESULTADOS 1463 e-visitas(H49.2%:M50.8%) sin diferencia significativa en género y edad media (51.5 años). En patología atendida destaca EII (30.2%) y hepatopatía crónica (16.1%),frente 8.75% de reflujo y E.Barrett, 7.5% intolerancias y celiaquía,7% pólipos y cáncer de colon,7% funcional, 5% biliopancreática, 3.1% ulcerosa y 15.5% miscelánea;siendo alta clínica el 20,5% de pacientes atendidos.Los profesionales (4H:6M) con edad 29-47 años puntúan positivamente la funcionalidad y utilidad de la herramienta (4.4/5),la cual ha facilitado teletrabajo y conciliación familiar en 90% y ha disminuido el nivel de estrés frente al contagio en 60%.La UX es valorada muy positivamente con 4.16/5, siendo superior en atención a pacientes menores de 50 años e impacto negativo por anulación de complementarias no urgentes durante la pandemia, que limita su eficiencia.
Entrevista aleatoria a 160 pacientes(83H:77M) de 443 atendidos por EII(36.1%),sin diferencia significativa en edad media(41.6 años):El 100% recordaba el nombre del profesional.El 91,2% están satisfechos con la información recibida;frente al 8,8% poco satisfechos por falta de resultados complementarios demorados en el periodo.El 13% de pacientes (edad media 48.5) entendieron parcialmente la información recibida;frente al 87% con adecuada comprensión (edad media 39 a).El 34.4% reforzarían su confianza en la herramienta mediante videollamada que permitiera contacto visual.Tras encuesta tipo PROM:El 83,7% con EII han reducido su estrés frente a su patología y dudas sobre pandemia, con disminución en 100% del grado de ansiedad frente al desplazamiento hospitalario y riesgo de contagio por coronavirus, mejorando su percepción de calidad de vida en el 87.5% de ellos.

CONCLUSIONES La telemedicina síncrona mediante telefonía en esta pandemia mantiene la atención de pacientes no COVID con adecuada satisfacción de profesionales facilitando conciliación familiar y disminuyendo nivel de estrés frente al contagio. Los pacientes jóvenes con EII son los más satisfechos, con una mejoría en su calidad de vida y disminución de estrés frente al contagio por coronavirus, y proponiendo la videollamada como área de mejora

ID: **202**

PROYECTO FASTER: DESARROLLO DE TECNOLOGIAS DE INNOVACION Y RESCATE EN DESASTRES INTERNACIONALES

AUTORES: GOMEZ DE LA OLIVA, SOLEDAD[1]; CINTORA SANZ, AM[2]; RUIZ PALOMINO, J[3]; ALDEA REYES, AM[4]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN FASTER (First Responder Advanced Technologies for Safe and efficient Emergency Response) es un proyecto de investigación H2020 financiado por la Comisión Europea.
La acción de los equipos internacionales de salvamento y rescate de víctimas en catástrofes urbanas, trabajan siguiendo la metodología de las Guías INSARAG. El trabajo de estos equipos debe realizarse en los primeros días tras la catástrofe ya que persigue, el rescate de seres humanos vivos que estén atrapados bajo estructuras colapsadas.
Este estudio tiene como objetivo el desarrollo de tecnologías innovadoras para mejorar la calidad del trabajo de los primeros intervinientes en catástrofes en medio urbano

OBJETIVOS

- Desarrollar herramientas innovadoras para el trabajo de los equipos de emergencias.
- Incrementar la calidad de la respuesta de los primeros intervinientes mediante el desarrollo de herramientas de trabajo en comunicaciones, seguridad y coordinación entre los primeros interviniente y el resto de instituciones implicadas en la intervención.
- Optimizar y monitorizar la seguridad de los primeros intervinientes.

MATERIAL Y MÉTODOS El Centro de Tecnología e Investigación (CERTH), junto con varias empresas especialistas en comunicación, robótica y drones, están trabajando en el desarrollo de nuevas tecnologías que serán pilotadas en varios escenarios. Las tecnologías se van a desarrollar para :

- Monitorizar y localizar a los primeros intervinientes mediante el uso sensores integrados en la uniformidad.
- Fortalecer las comunicaciones en situaciones de catástrofes.
- Desarrollar drones y aplicaciones 3D para poder usarse con gafas de visión holográfica, que aporten información para el trabajo de búsqueda de víctimas.
- Generar plataformas de comunicación para los equipos en la zona de trabajo
- Creación de métodos que cuiden la protección de los aspectos éticos y de privacidad de datos de las víctimas de la catástrofe.
- Uso de la herramienta ECOBOX, la cual, permitirá, la comunicación con las victimas atrapadas bajo los escombros, aunque estas no puedan ser vistas ni oídas.

RESULTADOS Los resultados se recogerán a partir del desarrollo de tres simulacros prácticos. El primero se va a desarrollar en Madrid siguiendo la metodología internacional INSARAG de Naciones Unidas. En dicho ejercicio se testarán por primera vez sobre el terreno en un simulacro, las diferentes tecnologías. Se evaluarán y se propondrán mejoras en las herramientas.
Posteriormente se desarrollarán otros dos ejercicios de simulación en Italia y Finlandia. Se evaluaran los resultados en cada uno de ellos tras las mejoras que se hayan implementado y se propondrán para su uso en situaciones de catástrofes urbanas.

CONCLUSIONES Los resultados de estos ejercicios permitirán insertar estas tecnologías en los procedimientos de búsqueda y rescate internacionales. Facilitarán la mejora de las herramientas y la coordinación de los equipos de intervención, haciéndolos más eficientes. Mejorará la respuesta y facilitará un rescate más rápido y eficaz de las víctimas.

ID: 203

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE HERRAMIENTAS DE TELECONSULTA EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

AUTORES: HERRERO URIGÜEN, LAURA[1]; CANO IGLESIAS, MARINA, MC[2]; ÁLVAREZ GARCÍA, Mª PAZ, PA[3]; AYESA ARRIOLA, Mª ROSA, RA[4]; MARTÍNEZ SANTIAGO, RAÚL, RM[5]; DELGADO DIEGO, ABRAHAM, AD[6]

CENTROS DE TRABAJO: IDIVAL[124], SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD[356]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La actual crisis sanitaria ha subrayado las debilidades del modelo de atención centrado en la interacción presencial, cuya consecuencia en situaciones de emergencia es el aumento en el riesgo de transmisión del virus, así como la saturación de los servicios. En este contexto, la teleconsulta se entiende como una herramienta al servicio de los profesionales sanitarios para facilitar la atención de pacientes, optimizar la distribución de los recursos y el uso de los servicios.
En Cantabria, la Dirección General de Transformación Digital y Relaciones con los Usuarios (DGTDRU) está impulsando la telemedicina de la mano del equipo EValTec, un grupo multidisciplinar que aplica la Ingeniería de Factor Humano y Ergonomía Cognitiva (HFE) para mejorar el entendimiento y la interacción del usuario con el sistema (tecnología, procesos, etc.).

OBJETIVOS El objetivo de este proyecto es facilitar la implementación de herramientas de teleconsulta mejorando la adherencia de los profesionales sanitarios en el seguimiento remoto de pacientes. Para su consecución, se establecen los siguientes objetivos específicos.
1. Entender el contexto de trabajo
2. Elaborar recomendaciones para realizar la teleconsulta optimizando los recursos.
3. Integrar y difundir las herramientas de teleconsulta en el Sistema sanitario público de Cantabria

MATERIAL Y MÉTODOS La metodología utilizada para este estudio está internacionalmente validada y se basa en las herramientas que brinda la HFE para estudiar la interacción entre los usuarios y el entorno en el que trabajan, con el fin de entender cómo el diseño de sus componentes impacta en la seguridad, eficiencia y calidad de la atención sanitaria.
Para ello, se aplicaron el modelo SEIPS y el de Sistema Socio Técnico (STS), que define 8 dimensiones que tienen impacto en la implantación y uso de la tecnología, y que es preciso tener en cuenta a la hora de introducir cualquier este tipo de tecnología en el entorno sanitario.

RESULTADOS Se elaboró y editó un decálogo con recomendaciones para el uso de herramientas de teleconsulta accesible desde la web del Servicio Cántabro de Salud.
Las recomendaciones siguen una secuencia que se agrupa en tres fases: antes de la consulta, durante y al cierre de la misma, identificando aspectos tecnológicos, como la colocación de la cámara o la resolución de dudas técnicas, el protocolo a seguir para una correcta comunicación bidireccional entre el paciente y el profesional etc.

CONCLUSIONES La inclusión de las herramientas de teleconsulta en las rutinas clínicas ha de apoyarse en recursos que faciliten su implementación. Para lograr el manejo seguro de la información de los pacientes es necesario dar a conocer entre los profesionales sanitarios las herramientas de las que disponen y brindar apoyo para la transición a un modelo de atención remoto. A su vez supondrá un importante ahorro de recursos económicos y humanos.

ID: 205

PUBLICACIÓN DE UN BOLETÍN PARA LA REFLEXIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: CASANOVAS HUGUET, M[1]; MEGIDO BADIA, MJ[2]; MEDINA CALVO, S[3]; FREIXES VILLARÓ, E[4]; PRIETO VILLANUEVA, C[5]; GOMEZ ZAMORA, RM[6]

CENTROS DE TRABAJO: SERVEI ATENCIÓ PRIMÀRIA BAIX LLOBREGAT CENTRE. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT[123], CAP EL PLA[45], CAP CORNELLÀ[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS 17 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En un territorio con 20 equipos de atención primaria y 5 unidades de soporte, la Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente fomenta la cultura de seguridad y analiza los incidentes y efectos adversos notificados por los profesionales.
Por otro lado, la Comisión de Ética asistencial promueve el debate sobre dilemas éticos que se presentan en la práctica diaria.
Las cuestiones planteadas son susceptibles de ser tratadas desde el punto de vista de los dos ámbitos de manera conjunta. Para ello se ha creado un boletín bimensual de dos páginas, como canal de comunicación y fuente de debate sobre temas éticos y de seguridad del paciente.

OBJETIVOS Impulsar sinergias para el abordaje conjunto de problemas, desde la ética asistencial y la seguridad del paciente.
Promover el debate entre los profesionales de los centros de salud en los ámbitos de la seguridad del paciente y la ética asistencial.
Fomentar la cultura de seguridad mediante el feed back i proporcionar herramientas para la reflexión.
Motivar el estudio y la investigación de les cuestiones éticas en Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS El comité editorial del boletín está formado por 7 profesionales de diferentes categorías. Están representados los diferentes comités y la Dirección.
Cada número es monográfico y se trata un tema de interés escogido entre los motivos más frecuentes de los incidentes notificados y las consultas presentadas al Comité de Ética.
El tema se plantea con la exposición de un caso real evitando la identificación de las personas implicadas y su posible culpabilización.
El Comité editorial se reúne para identificar los factores contribuyentes, las consecuencias y los riesgos potenciales.
Se relacionan los principios que pueden estar comprometidos en el caso y los valores éticos a promover.
En base a lo sucedido en el caso, se hacen recomendaciones de mejora.
El documento se publica en un espacio compartido con los profesionales. Los referentes de calidad y seguridad, junto con la Dirección del equipo, lo presentan a todos los profesionales en sesión clínica promoviendo el debate.

RESULTADOS Se han establecido sinergias entre los responsables de seguridad del paciente y los miembros del Comité de ética publicando 4 números basados en los 4 temas más frecuentes.
Identificación inequívoca del paciente
Confidencialidad
Interrupciones
Documento de voluntades anticipadas.

El próximo número se destinará al COVID-19.
Todos los profesionales incluidos los residentes de MF y enfermeria tienen conocimiento de la publicación, que ha servido de herramienta para el debate en sesiones clínicas en cada equipo

CONCLUSIONES

Se ha conseguido abordar de manera conjunta problemas relacionados con la seguridad del paciente y la ética asistencial.
La publicación del boletín es de gran utilidad como elemento de debate entre los profesionales, habiendo incorporado en la actividad diaria, la reflexión sobre la ética y la SP.
La gran aceptación por parte de los profesionales, nos anima a seguir con la publicación del boletín con nuevos contenidos.

ID: **206**

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LAS TELECONSULTAS TELEFÓNICAS REALIZADAS DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES: RUIZ ROMERO, MARÍA VICTORIA[1]; RIVERA SEQUEIROS, A[2]; TORRES DOMÍNGUEZ, Y[3]; ACÓN ROYO, MD[4]; DE TORO SALAS, A[5]; CRUZ VILLALÓN, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE[12346], CURIA PROVINCIAL BÉTICA. ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Organización Mundial de la Salud declaró el 11-03-2020 la pandemia global por la COVID-19. Hacer frente a esta emergencia ha requerido adoptar medidas para frenar la curva de con tagios. En nuestro hospital aumentamos la capacidad de la unidad de cuidados intensivos y las plantas de hospitalización para COVID19, limitando la actividad quirúrgica a las urgentes y no demorables, suspendiendo o aplazando las consultas presenciales y aumentando las no presenciales.

OBJETIVOS Conocer la satisfacción de nuestros usuarios con las teleconsultas telefónicas realizadas durante la pandemia, sus beneficios y aplicaciones y detectar áreas de mejora para optimizarlas.

MATERIAL Y MÉTODOS Se elaboró un cuestionario ad hoc, diseñado por Dirección y Calidad del Hospital y una empresa externa experimentada en satisfacción de usuarios. Contenía 29 preguntas sobre: características del paciente (5); detalles de la consulta (6); satisfacción (Likert de 1 a 5) (9); resolución (Sí/No) (5); derivación y beneficios (4). Población diana: pacientes con teleconsultas del 16 marzo-25 mayo. Tamaño muestral necesario: 315 (confianza: 95%; error: 5%; satisfacción global esperada: 70%). Muestreo estratificado por cada especialidad proporcional a las teleconsultas realizadas. Muestra definitiva: 352. Encuestas: 1-9 junio.

RESULTADOS Perfil del paciente: edad 54,0 (SD: 18,6); 213 (60,5%) mujeres; 170 (48,3%) con estudios primarios. Llamadas atendidas en el hogar por 342 pacientes (97,2%); 175 (49,7%) estaban acompañados; 105 (29,8%) estaban confinados en el hogar 4-5 personas; 3 (96; 27,3%) o 2 (99; 28,1%).
Realizaron las llamadas médicos (298; 84,7%) y enfermeros (15; 4,3%); especialidades con más encuestas: Traumatología (85), Ginecología, Digestivo y Urología (40) y Oftalmología (30). Motivo fundamental: seguimiento de la enfermedad (223; 63,4%); primeras consultas (45; 12,8%); informar resultados (23; 6,5%) y anular o aplazar citas (50; 14,2%).
Estaban satisfechos 335 (95,44%) pacientes y 309 (91,96%) las recomendarían. Se sintieron tratados con amabilidad 351 (99,72%); 336 (95,73%) consideraron la atención adecuada y suficiente; 309 (95,96%) pudieron resolver dudas; 336 (95,45%) satisfechos con la duración; a 311 (96,58%) les ayudó a tranquilizarse; a 245 (69,6%) les pareció igual de útil que la presencial; a 240 (69,57%) igual de segura; a 338 (96,02%) les benefició no acudir al hospital. A 29 pacientes (8,24%) le recomendaron acudir en persona un centro; fueron direccionados: 15 al hospital, 6 al centro de salud, 4 a Urgencias y 4 a otros.

CONCLUSIONES La satisfacción fue muy alta. A más de la mitad le resultó beneficiosa para evitar contagios durante la pandemia y a una cuarta parte por no desplazarse. Optarían por una teleconsulta para: seguimiento, conocer resultados, gestionar citas, renovar tratamientos, si no requiere explorar o pruebas y en casos leves. A dos tercios les gustaría disponer de consultas telefónicas y, para más del 80%, algunas consultas presenciales previas a la pandemia podrían haber sido teleconsultas

ID: **207**

CREACIÓN DE UNA CONSULTA EXTERNA PARA SEGUIMIENTO DEL SINDROME POST- CUIDADOS INTENSIVOS EN FAMILIARES (PICS-F)

AUTORES: JIMÉNEZ MEDINA, DAVID[1]; PÉREZ PIÑERO, SV[2]; RODRÍGUEZ MULERO, MD[3]; NAVARRO RAMÍREZ, C[4]; SÁNCHEZ ARGENTE DEL CASTILLO, S[5]; ALARCÓN SIMARRO, N[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Recientemente se ha descrito que determinados pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pueden desarrollar secuelas físicas, psicológicas y/o cognitivas derivados de su estancia y que se ha denominado PICS. Este síndrome puede aparecer en familiares y ha sido denominado PICS Familiar (PICS-F). Hace unos meses, nuestra unidad pone en marcha la primera consulta externa, de carácter multidisciplinar, para valoración y seguimiento de este síndrome en la Región de Murcia. Este proyecto se recoge en el Plan de Humanización de UCI y como protocolo dentro del plan de plan de Gestión de la Calidad según norma ISO 9001:2015 en la que estamos acreditados y reacreditados desde el año 2018.

OBJETIVOS Describir la puesta en marcha de una consulta externa para el seguimiento de los familiares de pacientes con riesgo de desarrollar PICS-F

MATERIAL Y MÉTODOS El procedimiento comienza con el ingreso en UCI de un paciente y la identificación por parte del equipo de guardia del familiar que será denominado Cuidador Principal (CP). Durante el ingreso, recibirá información clínica diaria y será implicado en determinados cuidados del paciente. Tras el alta hospitalaria son citados para una primera consulta junto al paciente, habiendo recibido información a través de un tríptico por correo. En consulta paralela, el familiar es evaluado por una enfermera adiestrada y con años de experiencia en cuidados críticos (CC), mediante herramientas que valoran aspectos Psicológicos y de carga en los cuidados. Si se detecta algún tipo de alteración se pone en conocimiento de los especialistas oportunos a través de interconsulta hospitalaria. Las escalas utilizadas son: HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), SF-12, EPT (test de estrés postraumático) y la Escala de carga cuidador de Zarit. Los registros se realizan en formato electrónico, 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 A su llegada, se le pregunta al familiar si ha entendido el motivo y contenido de la consulta tras la información recibida. En consulta paralela, se realiza entrevista individual asistida por enfermera experta en CC, se pasan test para detectar problemas emocionales, de calidad de vida, y de carga del cuidador. Tras reunión conjunta con el médico responsable se consensua la necesidad de realizar interconsulta a los especialistas oportunos y/o emitir recomendaciones de cuidados. Se siguen al 3, 6 y 12º mes. Son dados de alta definitiva si no hay datos de PICS-F.

CONCLUSIONES Esta consulta tiene como finalidad última la de ayudar al familiar del paciente en las secuelas emocionales derivadas del ingreso en UCI. Destacamos el papel tan relevante de la enfermería de UCI en la ayuda al familiar que sufre y en general es poco valorado. La detección precoz del PICS-F puede minimizar su impacto en la calidad de vida del familiar

ID: 208

DECÁLOGO DE HUMANIZACIÓN EN PEDIATRÍA. VALORACIÓN DE PROFESIONALES Y PERSONAL DEL ÁREA DEL GRADO DE IMPLEMENTACIÓN

AUTORES: SALDAÑA LUSARRETA, Mª LUISA[1]; DE LA CRUZ TABARES, E[2]; ZULAICA BALDUZ, A[3]; PALACIOS LÓPEZ, M[4]; GUILLÉN BAZTÁN, M[5]; IRIGOYEN ARISTORENA, I[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En la estrategia de humanización del centro, una de las primeras iniciativas fue la elaboración del decálogo de humanización que recoge las diez acciones básicas que han de llevarse a cabo en la atención a los pacientes. Mediante su difusión se busca llevar este mensaje de humanización a los profesionales, pacientes y familias.
A partir de 2018, el comité de pediatría inicia diversas acciones encaminadas a difundir e implementar las bases para el reconocimiento de lo ya desarrollado e impulsar iniciativas dirigidas a proporcionar la mejor atención de los niños y niñas.

OBJETIVOS Conocer la opinión sobre el nivel de desarrollo de las acciones del decálogo pediátrico en el centro.
Difundir el decálogo entre los profesionales.
Recoger sugerencias de áreas de mejora en la humanización de la asistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS En el transcurso de una jornada formativa para el personal del área, se solicita la cumplimentación de una encuesta sobre el cumplimiento de las acciones de humanización del decálogo. Las acciones se describen brevemente y van encabezadas por un concepto que las define. Se puntúa el grado de cumplimiento con escala de Likert (1-10). El cuestionario finaliza con una pregunta abierta donde exponer cómo cree que se puede humanizar la asistencia y las necesidades detectadas.

RESULTADOS El 82% de los participantes son sanitarios, el resto pertenecen a otros colectivos del centro y voluntarios. La encuesta es respondida por el 76% de los asistentes. Las puntuaciones son: Saludo 8.21; Empatía 8.02; Dignidad 7.95; Respeto 7.95; Comunicación 7.80; Compañía 7.29; Descanso 7.18; Mitigar el dolor 7.13; Educación-ocio 6.98; Cuidado al cuidador 6.82. La calificación global de la humanización en el área de pediatría es 7.43.
En la pregunta abierta se comenta la importancia de estar disponibles (“estoy aquí para lo que necesites”), ser empáticos, acompañar y llamar a cada uno por su nombre. Dar la información de manera adecuada en un entorno físico adecuado y relajante y con privacidad. Es necesario mejorar la comunicación, ayudar a los padres a que den la información a los niños y niñas. Respetarles como pacientes e informarles teniendo en cuenta las diferencias culturales. Se necesita formación y mejorar las habilidades de comunicación de profesionales y familias. Para humanizar debe haber un equipo consolidado con buena comunicación interna. Es imprescindible hacer partícipe de las estrategias de humanización a todo el personal del centro.

CONCLUSIONES La calificación global sobre la humanización en pediatría es buena. Las áreas de mejora detectadas son cuidado al cuidador y el mantenimiento de actividades lúdicas y educativas. En los comentarios personales se resalta la importancia de tener buena comunicación y empatía, no obstante las acciones relacionadas con estos conceptos están entre las 5 mejor valoradas en cumplimiento. El área pediátrica está especialmente sensibilizada en cumplir las acciones propuestas en el decálogo y se propone trabajar para mejorar su implementación.

ID: 209

APLICACIÓN DE METODOLOGÍAS DE INTELIGENCIA DE NEGOCIO A UN CENTRO DE FORMACIÓN CONTINUADA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

AUTORES: ORTIGOSA-MORENO, LUIS[1]; ROMANOS-RODRÍGUEZ, A[2]

CENTROS DE TRABAJO: IAVANTE[1], IAVANTE[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Actualmente el registro y almacenamiento masivo de datos está extendido en las organizaciones y, con mucha frecuencia, todos estos datos caen en el olvido y/o no se analizan con los niveles de detalle necesarios ni con las técnicas y herramientas adecuadas. Herramientas avanzadas de inteligencia de negocio e inteligencia empresarial tipo PowerBI© nos han permitido realizar estas tareas de forma muy satisfactoria, implantando y mejorando procedimientos y la calidad de cursos.

OBJETIVOS Exponer el modelo de trabajo utilizado mediante herramientas de inteligencia de negocio para analizar los datos de la actividad de formación abierta desarrollada con motivo de la pandemia por COVID19.
Definir el sistema de análisis interno necesario para convertir los datos existentes recogidos en los diferentes sistemas de información implicados en los procesos de negocio en un sistema de apoyo a la toma de decisiones.

MATERIAL Y MÉTODOS Se ha trabajado sobre las bases de datos existentes en la organización asociadas a los siguientes sistemas de información:
Plataforma de formación e-learning. Contiene toda la información académica de los cursos.
Sistema de planificación de formación y gestión competencial (SIGES). Gestión administrativa de las actividades
Sistema de recursos empresariales o ERP interno.
Sistema de gestión de colaboradores que participan en las actividades (GESTIONA).
El trabajo ha consistido en dos fases:
Diseño y construcción del modelo analítico. Accede a las diferentes bases de datos y realiza las transformaciones necesarias para obtener un modelo óptimo que dé respuesta a las necesidades del negocio.
Diseño y construcción de los informes, paneles, alertas y métricas para analizar las variables relevantes para el proceso y categorizar los ítems de información significativos de las encuestas de satisfacción.

RESULTADOS Los informes construidos formados por visualizaciones y gráficos dinámicos han ofrecido un nivel de análisis que no era posible con las herramientas tradicionales. El sistema avanzado de análisis obtenido puede distribuirse a través de la web con diferentes niveles de seguridad y ser compartido a los diferentes usuarios implicados.
El modelo analítico que proporciona los datos a los diferentes informes y gráficos dinámicos hace posible la creación de métricas avanzadas y alertas. El modelo construido permite ser ampliado permitiendo nuevos niveles de análisis.

CONCLUSIONES El análisis de los datos que se almacenan en los diferentes sistemas de información implicados en los procesos formativos hace necesaria la generación de almacenes de datos adicionales que combinen la información de forma adecuada procedente de las diversas bases de datos para poder analizarla.

Los datos proporcionados por diferentes sistemas de información requieren de unas transformaciones para poder construir el modelo de analítico sobre el que poder realizar los análisis. Estas transformaciones requieren del conocimiento del negocio y de tecnología usada.

ID: 210

EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA BASADA EN LA ECONOMIA CIRCULAR EN EL SECTOR SANITARIO

AUTORES: BUIZA CAMACHO, GRACIA[1]; MURCIA LAGUNA, A[2]

CENTROS DE TRABAJO: AGENCIA PÚBLICA EMPRESARIAL SANITARIA BAJO GUADALQUIVIR

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS 17 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La economía circular ha sido ampliamente abordada por la literatura, aunque existe escasa información sobre su aplicación en sanidad.
El contexto que pueden encontrar las entidades sanitarias para iniciar la implantación de una estrategia basada en la economía circular es muy complejo debido a: 1) La actividad sanitaria se apoya en procesos no asistenciales que en muchas ocasiones son ejecutados por empresas externas; 2) los hospitales tienen ya, en general, un amplio camino recorrido en gestión ambiental a través de la aplicación de normas como ISO 14001 y por tanto experiencias previas; 3) la obligación de utilizar criterios medioambientales en la contratación pública ha supuesto incorporar una mayor variedad de prácticas vinculadas a la economía circular en los centros sanitarios.

OBJETIVOS El presente estudio tiene como finalidad exponer los resultados de la metodología aplicada por un grupo de hospitales públicos para iniciar la implantación de una estrategia basada en la economía cirecular.

MATERIAL Y MÉTODOS El estudio se centra en una red de seis hospitales públicos en los que se aplicaron tres pasos:
1. Identificación de áreas estratégicas comunes en los distintos hospitales vinculados a la economía circular.
2. Identificación de actividades de economía circular, desarrolladas en los hospitales, y correspondientes a cada área estratégica identificada.
3. Clasificación de las actividades identificadas según los seis grupos del marco RESOLVE desarrollado por la Fundación Ellen MacArthur.

RESULTADOS Como resultado de la metodología planteada, se identificó un total de 49 experiencias desarrolladas, o en desarrollo, en los hospitales participantes (18 experiencias en el área Residuos, 4 en Recursos hídricos, 9 en Energía, 6 Edificación y entorno, 2 Alimentación, 10 en Movilidad y logística). Todas ellas fueron clasificadas siguiendo el marco RESOLVE, resultando que el conjunto de hospitales tiene una economía circular más robusta en las ramas de "Optimizar" (15 experiencias) y "Compartir" (13 experiencias), mostrando un menor número de iniciativas en las ramas "Virtualizar" (2 experiencias) y "Bucle" (4 experiencias).

CONCLUSIONES El método aplicado ha permitido:
- Un análisis sistemático de las experiencias de seis hospitales públicos en el ámbito de la economía circular, consiguiéndose el nivel de exhaustividad requerido.
- Obtener un punto de partida claro, fundamentado en un marco reconocido a nivel internacional y alineado con las líneas de economía circular, así como pautas sobre el camino a seguir en el futuro, por ejemplo reforzando áreas RESOLVE donde se identifica un menor recorrido hasta la fecha.

El resultado de este estudio ha permitido la definición de objetivos estratégicos y la elaboración de planes de acción enfocados hacia la plena implantación de la economía circular en la red de hospitales objeto del estudio.

ID: 211

SOSPECHA DE RAM GRAVES EN PACIENTES COVID-19 DETECTADAS POR UN PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA HOSPITALARIA

AUTORES: URROZ ELIZALDE, MIKEL[1]; MARTÍN VEGA, A[2]; GONZÁLEZ MUÑOZ, M[3]; VILLÁN VILLÁN, Y[4]; RODRÍGUEZ MARIBLANCA, A[5]; RAMÍREZ GARCÍA, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Madrid ha estado en el centro de la pandemia con aproximadamente el 30% de los casos de COVID-19 en España.

OBJETIVOS El objetivo del estudio fue informar de los hallazgos generales de sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos de carácter Grave (RAMG) en pacientes con COVID-19 en comparación con pacientes sin dicha enfermedad. Las RAMG fueron detectadas mediante el Programa de Farmacovigilancia Hospitalaria por Señales automatizadas de Laboratorio (PFVHSL) en el Hospital Universitario La Paz durante el período de Marzo-Abril de 2020. También se realizó una comparación de todas las señales detectadas en este período con respecto al mismo período de 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS Todas las Señales Automáticas de Laboratorio que reflejaban potenciales RAMG (incluyendo agranulocitosis, pancitopenia, trombocitopenia, anemia, eosinofilia, hepatitis, pancreatitis, fallo renal agudo, hiponatremia y rabdomiólisis) al ingreso o durante la hospitalización, fueron monitoreadas prospectivamente durante los períodos del estudio. Se analizaron las incidencias y la distribución de los fármacos causales de las RAMG en pacientes con COVID-19.

RESULTADOS La incidencia de sospecha de RAMG detectadas por el PFVHSL en pacientes con COVID-19 fue de 760,63 por 10.000 pacientes (IC 95% 707,89 – 816,01), 4,75 veces mayor que las RAMG detectadas en pacientes sin COVID-19 (160,15 por 10.000 pacientes, IC 95% 137,09 – 186,80) durante el mismo periodo. La incidencia de sospecha de RAMG fue 5,84 veces mayor en el período de Marzo-Abril de 2020 en comparación con el mismo período de 2019 (130,19 por cada 10.000 pacientes, IC 95% 109,53 – 154,36). La RAMG detectada con mayor frecuencia por el programa fue la hepatotoxicidad. Los medicamentos que con mayor frecuencia se relacionaron con la RAMG en pacientes con COVID-19 fueron: tocilizumab (59.84%), seguido de dexketoprofeno (13.93%), azitromicina (8.43%), lopinavir-ritonavir (7.35%), dexametasona (7.62%) y cloroquina/hidroxicloroquina (6.91%).

CONCLUSIONES La incidencia de RAMG detectadas por el PFVHSL en pacientes con COVID-19 se multiplicó 4.75 veces con respecto pacientes no COVID-19. Se recomienda precaución en el uso de medicamentos para tratar a los pacientes con COVID-19, ya que podrían producir un daño adicional, especial consideración merecen la hepatitis, la miopatía y los eventos tromboembólicos.

ID: **212**

¿SE PUEDE OPTAR POR TRATAMIENTOS MÁS SENCILLOS, EFECTIVOS Y EFICIENTES Y QUE LOS PACIENTES ESTÉN SATISFECHOS?

AUTORES: ALVAREZ MUÑOZ, BEGOÑA[1]; SANTIAGO GONZALEZ DE GARIBAY, A[2]; GRACIA LEON, B[3]; MATA PEON, E[4]; GUTIERREZ ALVAREZ, L[5]; GONZALEZ SANCHEZ, JA[6]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACION HOSPITAL DE JOVE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 95% de las litiasis de tracto urinario superior pueden ser tratadas mediante ondas de choque, como tratamiento único o asociado a otros complementarios (ureteroscopia o endourología). La ureteronefroscopia (UNS) ha modificado el tratamiento de los cálculos renales y es de empleo generalizado, pero es una técnica más invasora que la LEOC, por lo que el tratamiento de elección de los cálculos ureterales resulta controvertido.
En los cálculos renales, la litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) y la nefrolitotomía percutánea (NLP) son las opciones terapéuticas primarias recomendadas.
La cirugía intrarrenal retrógrada (CIRR) con uretroscopio flexible es una alternativa terapéutica eficaz, más en cálculos del polo inferior con un diámetro de hasta 20 mm. Aunque hay más disponibilidad y mejoras en la UNS flexible, no se ha determinado su utilidad para eliminar cálculos renales.
Aún persiste la controversia respecto al tratamiento con litotricia de los cálculos coraliformes y ureterales. Para estos, se han propuesto diferentes estrategias: litotricia como único tratamiento o asociada a procedimientos urológicos.

OBJETIVOS Mejora en el tratamiento de la litiasis renal y en la satisfacción y seguridad de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS -Creación de Unidad de LEOC, atendida por Urólogo, Enfermera y Técnico en Cuidados de Enfermería.

- Definición de plan del trabajo por enfermo:
- 0.00 h: Recepción del paciente y realización de Radiografía.
- 0.15 h: Paso a vestuario, cambio de ropa.
- 0.25 h: Toma de presión arterial, canalización de vía periférica, comienzo de sedoanalgesia según protocolo.
- 0.35 h: Posicionamiento del cálculo e inicio del tratamiento.
- 1:25 h: Fin de tratamiento, recogida de constantes, paso a sala de espera.
- 1.45 h: Test de recuperación postsedación, cuestionario de dolor y satisfacción. Entrega de informe de alta.
- 1:50 h: Cambio de ropa y alta.
- Medición de la satisfacción de los pacientes.

RESULTADOS

- Promedio de tiempo total de atención (recepción, tratamiento, recuperación y alta): 110 minutos.
- Actividad de la Unidad (abril 18-15 junio 20): 266 pacientes; 461 sesiones; 1,73 sesiones por paciente.
- Resultados de satisfacción (respuesta de 71 pacientes):
- Asistencia recibida: se corresponde con la que estaba planificada: 100 % Si
- Tratamiento: ha sido menos complejo de lo esperado: 91,5 % Si
- Recomendaría la litotricia extracorpórea a otros pacientes: 94,4% Sin dudarlo
- Dolor (escala de 0 a 10):"sin dolor" 14,4%; 69,5% tuvieron un dolor igual o menor de 5.
- 95,8% de los pacientes satisfechos o muy satisfechos con el tratamiento recibido.
- 100% de los pacientes se sintieron seguros con la atención prestada.

CONCLUSIONES La puesta en marcha de la Unidad de LEOC permitió liberar quirófanos, al abordar los cálculos mediante ondas de choque, tratamiento efectivo y eficiente en nuestro Hospital.
Los pacientes están altamente satisfechos con esta técnica, sintiéndose además seguros.

ID: **213**

TRANSFERENCIA BIDIRECCIONAL DEL PACIENTE: PUNTO CLAVE DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS.

AUTORES: MARTÍN RODRÍGUEZ, JOSÉ[1]; MEROÑO RIVERA, MD[2]; RODRÍGUEZ GARCÍA, MJ[3]; MARTÍN RODRÍGUEZ, M[4]; MAYOR MARTÍN, AB[5]; HERNÁNDEZ RUIPÉREZ, MJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: C.H.U. HOSPITAL DE CARTAGENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La transferencia bidireccional puede definirse como la realización de aquel acto mediante el cual se transmite de profesional sanitario a profesional sanitario (enfermera/enfermera, v.g.) toda aquella información notable y la responsabilidad de la atención a un paciente.
Así, la transferencia bidireccional de un paciente entre profesionales de enfermería debiera de ser un acto dinámico, siendo un continuum necesario en los cuidados que haya estado recibiendo un paciente.
La información a transmitir debiera de ser lo más efectiva posible, sin lugar a que pueda generarse confusión, dudas, lagunas o equívocos durante el proceso de transmisión.
A tenor de lo anteriormente indicado, precisar que una información bien transmitida a la par que bien comprendida por quien la recibe, resulta un punto clave en la seguridad de los pacientes, ayudando a aminorar la variabilidad asistencial, disminuyendo la probabilidad de presentación de un error; aumentando la calidad asistencial.

OBJETIVOS Realizar una revisión bibliográfica sobre la transferencia bidireccional entre profesionales de enfermería.
Analizar los artículos encontrados y determinar cómo la ausencia de transferencia bidireccional afecta a la seguridad de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS Revisión bibliográfica, en la que se utilizaron las bases de datos CINAHL, Cuidatge, SciELO, CUIDEN PLUS, Biblioteca Cochrane Plus; además del motor de búsqueda Google Académico.
Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión transversales para todas las bases de datos consultadas.
Los criterios de inclusión fueron:
Artículos publicados en los últimos 5 años (2015-2020).
Estar publicados en inglés, castellano. El operador booleano utilizado fue el AND, para combinar los términos de búsqueda de manera que cada resultado se obtuviera todos los términos introducidos.
Los booleanos OR y NOT no fueron utilizados en ninguna búsqueda. En cuanto a los entroncamientos, se utilizó (*) para la base de dato CINAHL, y ($) para la base de datos Cuidatge.

RESULTADOS Se observa que de 137 estudios derivados de las combinaciones de palabras clave utilizadas en la búsqueda, 125 no cumplen con los criterios de inclusión mencionados, seleccionándose 12 artículos, para su análisis en la presente revisión.

CONCLUSIONES La conjugación de una mala praxis en el proceso de transferencia bidireccional de un paciente, entre profesionales de enfermería; hace que la seguridad de estos últimos disminuyan, pudiendo prevalecer la aparición de errores relacionados con la prestación de cuidados y disminuyendo la calidad asistencial.
En este sentido, el desarrollo proactivo de una comunicación fluida sin sesgo alguno, entre profesionales de los cuidados, tenderá a favorecer el aumento de la seguridad de los pacientes.

ID: **214**

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INDICADORES PARA UNIDADES HOSPITALARIAS DE FISIOTERAPIA

AUTORES: MARTINEZ-NICOLAS, I[1]; ANGEL-GARCIA, D[2]; MONOT, A[3]; SALMERI, B[4]

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO DE MURCIA (UCAM)

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La fisioterapia es una disciplina que está rezagada en el uso y aplicación de herramientas de gestión de la calidad, y debe comenzar a utilizar indicadores de calidad para evaluar la calidad de la atención que brinda. Este es un imperativo moral debido al compromiso que tenemos con nuestros pacientes, pero también es una forma de introducir la mejora continua de la calidad en la profesión.

OBJETIVOS Identificar los indicadores descritos en la literatura que pueden usarse como medida de calidad en unidades de fisioterapia hospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una búsqueda sistemática en Web of Science, MEDLINE, IBECS, LILACS, CINAHL, Academic Search Complete, SportDiscus, Scielo, APA PsychINFO, bases de datos bibliográficas CSIC, Scopus, Agency for Healthcare Research and Quality, National Health System Indicator Portal, The Joint Commission, National Quality Forum's measures inventory tool, Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud y Health Statistics de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Utilizamos 'quality indicator', 'quality measure', 'physiotherapy' y 'physical therapy' como términos para las búsquedas. Los criterios de inclusión fueron artículos destinados a medir la calidad de la atención en las unidades de fisioterapia del hospital, escritos en inglés, español, francés y portugués. Los indicadores extraídos de estos artículos o encontrados en repositorios de indicadores de calidad debían basarse en evidencia y tener una fórmula explícita.

RESULTADOS Se encontraron 465 artículos, de los que finalmente sólo se incluyeron 19. De éstos, se extrajeron 159 indicadores y 41 indicadores fueron identificados en los repositorios internacionales, sumando un total de 200 indicadores que cumplen con los criterios de inclusión. Estos se clasifican en 23 categorías clínicas y de gestión, que cubren todo tipo de indicadores (estructura, proceso y resultado) y cinco de las seis dimensiones de la calidad. Los indicadores más prevalentes son los de atención clínica (n=178; 89%), siendo tan sólo 22 de gestión. Los indicadores de proceso representaron el 75,5% (n=151) de todos los indicadores. La mediana de nivel de evidencia fue 3 para los indicadores de proceso y 5 para los indicadores de estructura y resultado. La efectividad fue la dimensión más representada de la calidad de atención (n=154; 77%) mientras que equidad y eficiencia fueron las dimensiones menos representadas con 2 (1%) y 0 indicadores, respectivamente.

CONCLUSIONES En este momento, la fisioterapia tiene a su disposición una amplia selección de indicadores de calidad para comenzar a medir la calidad de la atención en las unidades hospitalarias. Es imprescindible empezar a seleccionar indicadores, medir la calidad de las unidades e implementar mejoras. Además, se ha evidenciado áreas que necesitan el desarrollo de indicadores y donde la investigación en gestión de la calidad necesita seguir trabajando.

ID: **215**

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES DES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

AUTORES: SABATÉ CINTAS, VICTÒRIA[1]; BADIA PERICH, E[2]; ISNARD BLANCHAR, M[3]; BALART GUILLÉN, D[4]; MARTÍNEZ NEJJEM, A[5]; SERRANO FARGAS, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.[12], DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.[34], UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.[56]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Actualmente vivimos una pandemia originada por el SARS-CoV-2. En la fase de transmisión comunitaria es fundamental el trabajo conjunto entre la Atención Primaria y los centros residenciales para garantizar una adecuada prevención y control de la infección en los pacientes institucionalizados.

OBJETIVOS Objetivo: Conocer la realidad de las residencias y recomendar acciones de mejora, si es necesario, para garantizar la seguridad del paciente en materia de prevención y control de la infección.

MATERIAL Y MÉTODOS Nuestra Dirección de Atención Primaria está liderando 180 centros residenciales, tanto públicos como privados, con un total de 10.000 internos.
A partir de la "Guía de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en las residencias" del Departamento de Salud se definieron 52 indicadores a evaluar en los centros residenciales. De estos, se identificaron 12 sine qua non (SNQ) de obligado cumplimiento que clasificaban las residencias en tres niveles: verde (cumplimiento 12 SNQ), naranja (cumplimiento 6-11 SNQ) i rojo (cumplimiento 1-5 SNQ). La evaluación es presencial y la realizan un equipo de atención primaria junto al referente higiénico-sanitario de la residencia y su Dirección. Con los resultados se realiza un análisis cualitativo de la situación y se recomienda, en caso necesario, acciones de mejora a implantar.
Independiente a las visitas asistenciasles que se realizan de forma diaria, se programan nuevas visitas para revaloración de indicadores según clasificación: residencias verdes cada 30 días, naranjas cada 15 días y rojas cada 7 días.
Todos los datos e informes se monitorizan a través de un programa informático que permite tener la visión global de todo el territorio.

RESULTADOS Evaluación inicial mes de Abril (180 residencias): 44 verdes, 127 naranjas, 9 rojas.
Los indicadores que menos se cumplían fueron: 1)Los miembros de la familia y el personal no asistencial de la residencia hacen autovigilancia de la aparición de síntomas de infección respiratoria aguda y lo consultan con los servicios de salud si estos aparecen.2)Hay evidencias de Equipos de Protección Individual (EPI) suficientes para los profesionales.3)Una vez usados los EPI con los que se ha atendido a pacientes SARS-CoV-2, los tiran con doble bolsa.
Evaluación mes de junio: 79 verdes, 101 naranjas, 0 rojas.

CONCLUSIONES La intervención ha tenido una gran aceptación bidireccional y se ha logrado una sinergia de trabajo entre Atención Primaria y centros residenciales que permanecerá a largo plazo. Se han evaluado todas las residencias del territorio y se han hecho las recomendaciones de acciones de mejora más adecuadas en cada caso. Finalmente se ha conseguido controlar la infección en los pacientes institucionalizados y se continúa trabajando para evitar nuevos brotes.

ID: **217**

PROYECTO DE SOPORTE A PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SITUACIÓN DE CONFINAMIENTO POR EL COVID-19

AUTORES: SABATÉ CINTAS, VICTÒRIA[1]; BADIA PERICH, E[2]; ARGERICH GONZÁLEZ, MJ[3]; ROMERO MARTÍNEZ, M[4]; PIÑA RODRIGUEZ, M[5]; LAFULLA FERRER, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.[12], CENTRO ATENCIÓN ESPECIALIZADA. DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.[3], ATENCIÓN A LA CIUDADANIA. DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.[4], UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN. DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.[5], RECURSOS HUMANOS .DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La OMS declaró el brote de COVID-19 como pandemia el 11 de marzo de 2020. A partir de ahí la situación evolucionó rápidamente. Somos una Dirección de Atención Primaria con 4700 profesionales que dan asistencia a 1.700.000 habitantes y tuvimos un elevado número de profesionales con necesidad de confinamiento domiciliario (31%).

OBJETIVOS O.Principal: Facilitar soporte médico, social y emocional a los profesionales sanitarios en situación de confinamiento. O.Secundario: Conocer la situación global de los profesionales confinados en nuestro territorio y sus necesidades.

MATERIAL Y MÉTODOS Trabajo multidisciplinario: Unidad Básica de Prevención (UBP), Dirección Asistencial, Unidad de calidad y Seguridad del paciente, Secretaria técnica, Atención a la ciudadanía, Servicio de Atención continuada, Recursos Humanos y profesionales sanitarios asistenciales (medicina, enfermería y psicología).
1) Creación programa informático específico donde RRHH iba introduciendo los profesionales con "Incapacidad Temporal relacionada con el covid-19". En él se registraban sus datos personales y su evolución clínica. 2) Definición del algoritmo actuación ante un profesional en confinamiento: PCR diagnóstica, seguimiento telefónico, pruebas, soporte psicológico, tiempo de aislamiento, PCR pre-alta, etc... Actualización constante según indicaciones Salud pública. 3) Independiente al seguimiento por su equipo de Atención Primaria, se realizaba seguimiento telefónico cada 24-48h desde la dirección. Inicialmente por profesionales de enfermería, en caso de sintomatología importante se pasaban a seguimiento por médico de familia, si requería soporte psicológico extra se añadía seguimiento por psicología. 4) Solicitud y programación de pruebas PCR, tanto diagnósticas como de pre-alta, en coordinación con la unidad de PCR. 5) Valoración por el médico del trabajo (UBP) antes de la reincorporación laboral.

RESULTADOS Duración el proyecto: Del 9 marzo al 7 de junio de 2020 (13 semanas). Seguimiento telefónico de 1447 profesionales (31% plantilla). 80% mujeres, media edad: 42 años. Categorías más afectadas: 1º medicina, 2º enfermería, 3º Auxiliares enfermería. 13% asintomáticos, 11% sintomáticos PCR –, 7% sintomáticos PCR +, 2% neumonía, 1,5% ingreso hospitalario. 1% activación soporte psicológico. Llamadas telefónicas en todo el periodo: 10.419 (media: 7 por profesional confinado). Valoración asistenciales que han realizado el seguimiento: satisfacción personal, cooperación, trabajo en equipo, agradecimiento recibido de profesionales confinados. Pendiente resultados cuestionario de evaluación pasado alos profesionales confinados.

CONCLUSIONES Proyecto con gran aceptación bidireccional, permitiendo un buen soporte a los profesionales sanitarios confinados. La dirección ha podido monitorizar la situación global del territorio controlado número, características y necesidades sus profesionales. Se han detectado puntos de mejora ya resueltos por si es necesario reactivar en proyecto por un nuevo brote.

ID: **218**

EXPERIENCIA PROFESIONAL E IMPACTO EMOCIONAL DEL PERSONAL SANITARIO EN CONTACTO CON LA COVID19

AUTORES: FRANCO-DE LA RUBIA, RAQUEL[1]; SANTAMARIA-GUASCH, A[2]; CAMPS-SALAT, R[3]; FERNANDEZ-GALLEGOS, A[4]; GROSS-ZAPATA, A[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL PLATÓ[1345], ATHENEA SOLUTIONS[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde el inicio de la crisis sanitaria de SARS-CoV-2, todo el sistema de salud ha tenido que adaptarse y reorganizarse con el fin de llevar a cabo una atención y cuidado de la salud de los pacientes.
La experiencia del profesional no sólo repercute a su salud individual, afecta directamente a la experiencia y bienestar del paciente y al servicio asistencial prestado. Por tanto, teniendo en cuenta el reto que ha supuesto para el personal sanitario la atención a los pacientes y el desgaste que esto ha implicado, se ha recogido su experiencia con el objetivo de valorar la tarea realizada, proponer mejoras y preparar un plan de contingencia para situaciones futuras.

OBJETIVOS General: Conocer la experiencia de los profesionales que han estado en primera línea de atención a pacientes con COVID19.
Específicos:

- Conocer las principales dificultades que han tenido durante el desarrollo de su trabajo.
- Valorar el impacto emocional que ha tenido en el personal sanitario.
- Conocer los aspectos que consideran que han salido reforzados.
- Valorar los recursos ofrecidos por el centro para atenuar los efectos de la pandemia en los profesionales.
- Crear propuestas de mejora para afrontar futuras situaciones similares.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo con análisis cuali-cuantitativo y retrospectivo, basado en la realización de un cuestionario semiestructurado a 41 profesionales de diferentes estamentos: medicina, enfermería y TCAEs que atendieron en primera línea a pacientes con Covid-19 seleccionados mediante muestreo no probabilístico.
En una fase inicial, con la realización de un cuestionario se valoran tres aspectos: las condiciones de trabajo, el impacto emocional y recursos proporcionados por el centro para atenuar los efectos de la pandemia en los profesionales.
A posteriori, se llevará a cabo un grupo focal con sanitarios que tuvieron contacto directo con pacientes Covid-19 para validar y cocrear propuestas de mejora que sean de utilidad en situaciones similares.

RESULTADOS Las principales dificultades durante el desarrollo de su trabajo ha sido el impacto emocional (39%), las condiciones de trabajo (31%) y el cansancio físico (25%).
En cuanto al impacto emocional: 66% se ha sentido desbordado por el trabajo, 61% ha sentido riesgo por su salud, 49% se ha sentido sobrepasado emocionalmente.
Resaltan como aspectos reforzados durante la pandemia el trabajo en equipo entre diferentes especialidades e interdisciplinar, la capacidad de adaptación y superación y el rol de acompañamiento a los pacientes, teniendo en cuenta la ausencia de familiares.

CONCLUSIONES Los sanitarios de nuestro centro consideran que la crisis a causa de la pandemia ha tenido un gran impacto emocional y que sus condiciones de trabajo han sido duras, se han sentido desbordados por la demanda de trabajo, han sufrido por su integridad física y ha tenido repercusión en su entorno

familiar. No obstante, valoran la adecuación de los recursos, la relación con la Dirección y el trabajo en equipo y apoyo interprofesional.

ID: 219

PLAN DE HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS DE UN HOSPITAL GENERAL BÁSICO

AUTORES: LORCA BAEZ, ISABEL[1]; CAMPS SALAT, RA[2]; MILLAN LOPEZ, SU[3]; ALMORIN GONZALEZ, LA[4]; FABREGAT I FABRA, NE[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL PLATO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Asegurar la calidad percibida por el paciente forma parte de nuestros objetivos sanitarios, la cual está condicionada por los profesionales que lo tratan y por el modo en que lo hacen. Esta intervención holística, global e integral requiere de la capacitación de los profesionales para que el paciente sea el principal protagonista del proceso asistencial.

OBJETIVOS En marzo de 2019 se creó el grupo de trabajo de Humanización en UCI. Para detectar y definir las oportunidades de mejora se propuso dentro del Plan Estratégico seguir el Manual de Buenas Prácticas. Se definieron los siguientes objetivos generales:

1. Humanizar los cuidados intensivos
2. Orientar la prestación de atención humanizada mediante el establecimiento de estándares que lo certificaran

Durante el año 2019, nos hemos marcado como objetivos operativos:

- Autoevaluar y certificar el cumplimiento de los estándares de humanización, identificando el total de las buenas prácticas distribuidas en las 7 líneas estratégicas
- Identificar y priorizar cuáles son las acciones de mejora en relación con la calidad asistencial de los profesionales y de la unidad de críticos

Nuestro objetivo principal es saber dónde estamos y hacia dónde queremos ir.

MATERIAL Y MÉTODOS El proceso comprende varias fases
1ª fase: Recogida de información. Análisis objetivo de nuestra situación actual en la UCI con respecto a los estándares establecidos, para tener una visión objetiva del punto dónde nos encontramos y proyectar que tipo de acciones de mejora se han de priorizar.
2ª fase: Autoevaluación. Se elaboró un registro donde se verificó el cumplimiento de las buenas prácticas.
3ª fase: Evaluación Interna. Se expusieron los resultados a la Dirección General. El equipo directivo evaluó esta fase de forma satisfactoria y aprobó la continuidad del proyecto para el año 2020.
4ªfase: Plan de acción:se creó un Plan de Humanización específico para nuestra unidad de críticos. El Plan refleja asimismo los aspectos detectados en nuestra unidad que pueden ser susceptibles de opciones de mejora a nivel estructural, organizativo y formativo.

RESULTADOS Se han obtenido los siguientes resultados:

- Líneas Estratégicas Obligatorias con un porcentaje de cumplimiento del 34%
- Líneas Estratégicas Esenciales con un porcentaje de cumplimiento del 23%
- Líneas Estratégicas deseables con un porcentaje de cumplimiento del 8%

CONCLUSIONES Hemos podido determinar que tenemos un amplio margen de mejora, lo que nos ha permitido realizar una mejor planificación de las acciones de mejora.
Una vez se han determinado las acciones, se especificará:

- Propuesta de recursos
- Cronograma

Hasta el momento, podemos decir que hay un nivel mejora en la flexibilización de horarios de visita,

acompañamientos al final de vida, salidas al exterior, reformas estructurales y de diseño interior de la unidad que promueve unos cuidados intensivos integrales y de mejor calidad tanto para los pacientes como para sus familias, y profesionales más implicados y motivados.

ID: 220

¿EN QUÉ MOMENTO INGRESAMOS A LAS GESTANTES? CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN AL PARTO DE BAJO RIESGO.

AUTORES: LÓPEZ AGUILERA, ANA[1]; MAQUEDA CAYETANO, H[2]; CONTRERAS LÓPEZ, L[3]; ARNEDILLO SÁNCHEZ, S[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA[13], HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA[2], HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El diagnóstico del inicio del parto suele ser una de las decisiones más importantes a las que se ve sometido el equipo obstétrico. Una de las principales demandas de las gestantes es la sensación de dolor, hecho que suelen asociar erróneamente al comienzo del trabajo activo de parto. Sin embargo, en numerosas ocasiones se encuentran en una fase previa, la fase latente. Pese a que la evidencia científica actual resalta los beneficios de retrasar la hospitalización, las gestantes a menudo manifiestan la necesidad de buscar apoyo. Las mujeres que son ingresadas en Unidades de Dilatación en fase latente tienen una duración más prolongada del trabajo de parto, mayor riesgo de sufrir una cascada de intervenciones (uso de oxitocina, rotura artificial de membranas, partos distócicos) y complicaciones neonatales (reanimación del recién nacido, admisión en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal).

OBJETIVOS Analizar la adecuación de los ingresos de parto de bajo riesgo como indicador de calidad asistencial perinatal.

MATERIAL Y MÉTODOS Este estudio es de tipo correlacional retrospectivo. Se realizó un muestreo consecutivo, seleccionando 425 casos de gestantes que cumplían los criterios de inclusión: embarazos de bajo riesgo con inicio espontáneo, entre las 37 - 42 semanas de gestación y feto único en presentación cefálica. La fase activa de parto se definió de acuerdo con el Protocolo vigente en el Hospital de estudio: la mujer ingresa en el área de dilatación cuando exista dinámica uterina regular (3-5 contracciones en 10 minutos), borramiento cervical mayor al 50% y una dilatación de 3-4 cm.

RESULTADOS Los 425 casos se categorizaron según su diagnóstico de ingreso en fase latente, correspondiendo al 18,8% (N=80) y 75,1% (N=319) en fase activa, existiendo 6,1% sin identificar. Si relacionamos el diagnóstico de ingreso con la adecuación al protocolo, se observó que el 67,5% estaban diagnosticados de forma errónea (Chi-cuadrado, p< 0,001). Por otro lado, en función de la paridad, las nulíparas se adecuaron en menor porcentaje que las multíparas, 31,9% y 68,1% respectivamente. El 80,5% de las gestantes que no se adecuaban al protocolo estaban ingresadas en una zona errónea, puesto que fueron derivadas a la unidad de dilatación junto con el 98,3% de las gestantes en fase activa (Fisher, p< 0,001).

CONCLUSIONES Según los resultados obtenidos, más de la mitad de los casos son ingresados en fase latente y sin adecuarse a los criterios propuestos en el protocolo. La mayoría de los ingresos fueron de mujeres nulíparas, hecho que se puede atribuir a la incertidumbre ante los síntomas percibidos. Es por ello fundamental establecer estrategias para empoderar y apoyar a las mujeres, promoviendo el hogar como lugar idóneo para pasar esta fase. En ocasiones se lleva a cabo su ingreso pese a no cumplir los criterios del protocolo, como en los pródromos muy dolorosos. Para su manejo se necesitan unidades específicas al margen de las zonas de dilatación, lideradas por matronas que cuiden de la fisiología de este período.

ANSIEDAD RELACIONADA CON EL PROCESO QUIRÚRGICO. HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS.

ID: **222**

AUTORES: OLLERO MALAGÓN, LOURDES[1]; FIGUERO HERNANDEZ, DR[2]; ESTRADA FERNANDEZ, ME[3]; FERNÁNDEZ GUASCH, L[4]; GOMEZ ARGANDA, L[5]

CENTROS DE TRABAJO: C.A.U.S.A[125], H.SAN JORGE DE HUESCA[3], H. GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Uno de los diagnósticos más frecuentes y que se repite en la mayoría de nuestros pacientes es la ansiedad relacionada con el proceso quirúrgico, se ha observado que a lo largo de los años es el diagnóstico enfermero mas repetido. Por ello surge la necesidad de crear un protocolo de reducción de ansiedad del paciente quirúrgico como método de atención continuada a la humanización de cuidados de enfermería.

OBJETIVOS El objetivo principal de este trabajo es medir el impacto que la acogida al paciente tiene sobre el nivel de ansiedad del enfermo y la calidad de la asistencia percibida, para ello se ha planificado un protocolo de atención integral al paciente quirúrgico, como método de reducción de la ansiedad.

MATERIAL Y MÉTODOS Ensayo clínico aleatorio de dos grupos, dirigido a pacientes que van a ser sometidos a intervención quirúrgica de cirugía mayor ambulatoria, en un periodo de 6 meses.

- Grupo control: Sin aplicación del protocolo de atención integral
- Grupo intervención: Con aplicación del protocolo de atención integral.

Valoramos el grado de ansiedad del paciente mediante la Escala de Hamilton y la calidad de asistencia sanitaria mediante el Cuestionario SERVQHOS.
Este proceso se divide en 5 momentos correlativos; 1. Ingreso, 2. Visita Prequirúrgica (eje central), 3. Acogida en quirófano, 4. Acompañamiento a Reanimación y 5. Regreso a hospitalización.
Se estima un tamaño muestral de 80 sujetos entre la población estudio; 43 sujetos para el grupo control y 37 sujetos para el grupo intervención.

RESULTADOS En el análisis de la escala de ansiedad de Hamilton se apreció una media de 31.43 para el grupo intervención y 41.84 para grupo control. Se observó una reducción de 10.4 puntos (IC 95%(-14.3; -6.46))en el grupo intervención.
En el cuestionario Servqhos de calidad de la asistencia se observó una puntuación de 88.78 para grupo intervención y 69.73 para grupo control. Se percibió un aumento de 19.15 puntos (IC 95% (13.96; 24.34)) en el grupo intervención.

CONCLUSIONES Existe una reducción significativa del nivel de ansiedad según escala de Hamilton en pacientes del grupo intervención con respecto al grupo control. También el análisis constató un aumento de la percepción de la calidad asistencial con respecto al grupo control.
Según nos muestran los datos estadísticos, el protocolo de atención integral del paciente quirúrgico es un método eficaz en la reducción de la ansiedad de pacientes y cuidador principal y mejora la percepción que nuestros pacientes perciben de la asistencia sanitaria.

ID: **223**

ENVÍO DE CARTAS ANÓNIMAS PARA PACIENTES INGRESADOS POR COVID-19

AUTORES: PALOMERA RUFO, PATRICIA[1]; SANCHEZ GOMEZ, G[2]; CASTELO BERMEJO, M[3]; RUEDA NUÑEZ DE VILLAVICECIO, E[4]; ZAFRA LLORENTE, S[5]; SACRISTAN ROMERO, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ[14], HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA[2], HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS[3], HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA[5], RED HOSPITALES PÚBLICOS MADRID QUIRONSALUD[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Trato y Tratamiento es nuestra política, una filosofía de trabajo basada en el trato de nuestros profesionales hacia nuestros pacientes, vinculando un tratamiento de calidad con un trato excelente.
Los pacientes con COVID19 se encuentran en un aislamiento estricto, separados de sus familias y con la única visita del personal sanitario. Esto provoca una situación de soledad y ansiedad que puede derivar en estrés post-traumático.

OBJETIVOS Reunir aquellas muestras de cariño, ánimo y esperanza que ciudadanos anónimos quieran dedicar a los pacientes ingresados por COVID19 en la Red4 Hospitales públicos de QuironSalud.

MATERIAL Y MÉTODOS El 20 de marzo de 2020 se puso en marcha la iniciativa con el apoyo del personaje público Chenoa y bajo el lema de su canción Todo Irá Bien. El hashtag #TodoIraBien se vinculó a una campaña de difusión en redes sociales por parte de algunos de los profesionales de nuestros hospitales con mayor actividad en las mismas.
Los ciudadanos podían mandar un mensaje de ánimo a cualquier paciente ingresado desde un sencillo formulario ubicado en la web de cada hospital.
Una vez recibidos, se requiere un proceso de validación de los mensajes. Se descartaron aquellos ofensivos o con alto contenido religioso o ideológico. Asimismo, se salvaguardó la protección de datos de carácter personal del remitente.
Si el mensaje se considera adecuado era publicado en el Portal del Paciente, canal de televisión propios y dispositivos de Smart rooms para visionado directamente por los propios pacientes durante su estancia hospitalaria.
Aquellas cartas dirigidas a pacientes concretos, así como escritos y dibujos recibidos por otros canales se hicieron llegar a sus destinatarios en la bandeja del desayuno por el personal de enfermería en coordinación con el personal de cocina.
Igualmente, en función del contenido, se establecieron diferentes niveles de visionado:
1) Visionado único en un hospital
2) Visionado compartido con la Red 4Hospitales públicos QuirónSalud

RESULTADOS Resultados del periodo comprendido entre el 20 de marzo hasta el 31 de mayo:
Se recibieron un total de 2819 cartas válidas para publicar, de las cuales 938 se publicaron en un único hospital y 1878 fueron de uso compartido para la red.

FJD	1003
Rey Juan Carlos	802
Villalba	617
Infanta Elena	397
Total	2819

Como efecto no esperado, se recibieron 570 mensajes de agradecimiento a los profesionales. Se procedió su difusión en los canales de comunicación interna.

CONCLUSIONES

Mediante un circuito electrónico seguro se facilitó un Canal de Comunicación a la sociedad, permitiendo a la población general contribuir a la humanización de la asistencia durante la epidemia por COVID19, así como expresar su reconocimiento a los profesionales de los hospitales.
El trabajo en red de los Hospitales Públicos de QS facilitó el proceso de validación del contenido y amplificó el número de mensajes publicados.

ID: 224

ANALISIS DE TIEMPOS EN EXTRACCIONES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA TRAS REORGANIZACION POR LA EPIDEMIA DE COVID-19

AUTORES: PAREDES SIDRACH DE CARDONA, ANTONIO[1]; SOLA CARCELES, M[2]; MONTESINOS BLANCO, M[3]

CENTROS DE TRABAJO: CS VISTALEGRE LA FLOTA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La situación generada por la epidemia de la Covid-19 ha generado cambios respecto a la reorganización de los equipos de Atención Primaria.
Las extracciones sanguíneas y recogidas de muestras para laboratorio suponen una inversión en tiempos de enfermería y organización no siempre valorados por el resto del equipo.
La reorganización de esta actividad conlleva un cambio en la percepción que los pacientes tienen para mantener las normas mínimas necesarias en esta nueva situación: distancia de seguridad, cita previa, materiales de protección… y creímos necesario analizarla y mejorarla.

OBJETIVOS Identificar las áreas de mejora respecto a las extracciones en la nueva organización de circuitos.
Analizar las diferencias temporales entre las citas de los pacientes para extracciones, la hora de acceso al centro y la hora a la que termina dicha actividad y el paciente puede abandonar el edificio
Identificar las diferencias en la accesibilidad y resolución de la actividad en función de la hora de llegada del paciente al centro.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio observacional sobre circuitos y tiempos de actividad.
Se identifican circuitos a seguir hasta la sala de extracciones, marcando las distancias de seguridad con señalización de piso.
Se aumentan los locales de extracciones con dos consultas de enfermería, manteniendo el número total de puestos de extracción en 5 (3 en sala de extracciones y 2 en consultas) .
Se registran las horas de llegada al centro y la hora de salida una vez realizada la actividad de todos los pacientes que habían acudido durante una semana.

RESULTADOS Un total de 318 actos de los que el 72,96% fue atendido antes de la hora citado .
El 54,40 % fue atendido en los 20 primeros min., tiempo medio de atención: 8 min. y 30 seg.; el 38,05% en los siguientes 20 minutos con 8 min. y 38 seg.; en los últimos 20 minutos el 7,55% con 5 min. y 23 seg.
El lunes hubo 76 asistidos (tiempo medio: 9 min 15 seg); el martes 48 (tiempo medio 7 min 40 seg); el miércoles 58 (tiempo medio 6 min 11 seg); el jueves 63 (tiempo medio 8 min 4 seg) y el viernes 73 (tiempo medio 9 min 45 seg). El tiempo medio global de atención de toda la semana es de 8 min. 10 seg.

CONCLUSIONES Tras el análisis se ha incorporado una enfermera ayudando en la circulación de pacientes
No existe diferencia de tiempos de atención entre los dos primeros bloques de 20 minutos, a pesar de tener un número sustancialmente mayor de pacientes en el primer bloque.
La necesidad de separar en tiempo y espacio la afluencia de los pacientes no ha supuesto un diferenciación en el tiempo de atención, al no reflejarse un mayor tiempo ligado a una mayor afluencia
La nueva organización no ha retrasado el inicio de la atención prestada a los pacientes pues la mayor parte de los pacientes se atienden antes de la hora citada.
Desde el punto de vista cualitativo, motivo de otro estudio, la percepción de nuestros pacientes ha sido de satisfacción y felicitación por la organización y el cuidado en su seguridad.

ID: 225

LA HUMANIZACIÓN EN LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE MOLLET: ACOMPAÑAMIENTO Y DISMINUCIÓN DE LA TASA DE INFECCIONES.

AUTORES: RODRIGUEZ COLL, PABLO[1]; VICENTE GARCIA, M[2]; DIAZ FERNANDEZ, I[3]; REDON RUIZ, E[4]; DIAZ GALLARDO, R[5]; CORNET CORTADA, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DE MOLLET

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Hospital de Mollet es un hospital de primer nivel con una media de 650 partos al año y que atiende a un área de referencia de unos 150.000 habitantes de la zona del Valles Oriental en Barcelona. Como consecuencia de la creciente demanda de las gestantes de un mayor protagonismo en el parto y el modelo implantado en nuestro hospital de atención centrada en la persona, se pone en marcha el proyecto de humanización de la atención materno-infantil, donde se incluye entre otros: la presencia del acompañante de las gestantes en las cesáreas electivas y el inicio del vínculo en la misma intervención. Además, se exigen medidas más rigurosas de prevención de la infección nosocomial para reducir la tasa de infecciones de cesáreas cuyos valores ILQ (Infección de la Localización Quirúrgica) oscilaban entre el 9,8 y 9,6 en los años 2005-2006.

OBJETIVOS Mejorar la calidad de asistencia sanitaria ofreciendo una mayor humanización de la atención en el parto y puerperio.
Mejorar la tasa de infecciones de las cesáreas mediante el cumplimiento de un programa riguroso de prevención de la infección nosocomial.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

RESULTADOS El standard ILQ recomendado de las cesáreas es del 2,8. Sin embargo, en nuestro hospital se han alcanzado cifras que superan los 9,5 puntos en los años 2005 y 2012. Tras una reunión con el comité de infecciones, el servicio de ginecologia y obstetricia y la dirección, se deciden llevar a cabo una serie de medidas para conseguir disminuir la tasa de infecciones entre las que se encuentran:

- cambio de la uniformidad a microfibra para evitar la contaminación del algodón.
- modificaciones en el protocolo para realizar una asepsia completa previa a la intervención quirúrgica.
- Correcta administración y registro del antibiótico prescrito previo a la intervención.

Con estas medidas se consiguió disminuir la media de la tasa ILQ de 7-8 hasta 2015 a 5 en los últimos años (2017 en adelante).
Por otro lado, desde su implementación en marzo de 2019, se han realizado 35 cesáreas programadas en sala de partos donde el acompañante ha estado presente y se ha iniciado la lactancia materna incluso durante el procedimiento, con un nivel de satisfacción de las gestantes del 94%.

CONCLUSIONES Gracias a la implicación, el esfuerzo y el trabajo en equipo del personal del área de atención a la mujer, se han obtenido niveles muy altos de satisfacción de la mujer y se han reducido la tasa de infección de cesáreas casi en un 50%. Sin embargo, debemos continuar ofreciendo una atención humanizada y centrada en la persona a través del parto respetado y la humanización de la asistencia.

ID: **227**

BIG DATA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL VS COVID-19: LA NUEVA ERA SANITARIA

AUTORES: SANTANA-BERLANGA, NICIA DEL ROCÍO[1]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ALJARAFE/ UNIVERSIDAD DE SEVILLA[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La enfermedad por coronavirus (COVID-19) fue declarada pandemia por la Organización mundial de la salud (OMS) por su velocidad de propagación, así como su elevada mortalidad en todo el mundo. Actualmente, nos encontramos en la era de la salud digital (Digital Health), donde el uso de las tecnologías y la aplicación de las mismas han alcanzado grandes beneficios en el campo de la biomedicina. El uso de estas junto a políticas de mitigación o supresión (cuarentena, distanciamiento social) son susceptibles de garantizar una mejor gestión sanitaria.

OBJETIVOS Analizar las principales tecnologías, su uso específico en esta pandemia y su aplicación en el campo biomédico.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados entre 2015-2020 en las principales bases de datos internacionales: Pubmed, Cochrane, LILACS, Cinahl y WOS. Se obtuvieron 30 artículos seleccionándose 7.

RESULTADOS Big Data e inteligencia Artificial, son los campos científicos informáticos que más ha avanzado en los últimos 20 años. Mediante Big data es posible tratar grandes cantidades de datos para obtener información y el desarrollo de nuevos productos. La IA tiene la capacidad de identificar patrones y formular predicciones automáticas y precisas. A continuación, se mostrarán distintas aplicaciones realizadas a través del tratamiento de los datos mediante Big Data y su aplicación mediante IA.

- Coronavirus COVID-19 global cases (Johns Hopkins University (JHU))
- Novel coronavirus (COVID-19) outbreak timeline map (Healthmap)
- Novel coronavirus infection map (University of Washington)
- WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard (Organización Mundial de la Salud)

Se analizan los datos mundiales de casos mostrando el contaje actual de confirmados y fallecidos distribuidos por países. Siendo actualizados cada 12-24 horas.

- COVID19-Tracker. Aplicación española cuyos objetivos fueron: analizar y estimar sus proyecciones a corto plazo, estimar la tasa de mortalidad por causas naturales y evaluar el efecto del confinamiento en las tendencias de los datos.
- Private Kit: Safe Paths (MIT and Harvard University). Aplicación dirigida a rastrear con quien, y donde se ha cruzado, analizando datos por los usuarios para frenar la propagación de Covid-19, mediante la identificación de la persona contagiada.

CONCLUSIONES

1. Durante la pandemia, el interés y utilidad de las aplicaciones digitales en el campo sanitario aumentan. Los resultados expuestos anteriormente son una muestra de los avances que se están produciendo en este campo.
2. Actualmente, se continúa trabajando en la aplicación de rastreo digital para un control exhaustivo del distanciamiento social y contagios.
3. Debido a los avances en tecnología en el campo de la medicina sería conveniente expandirnos hacia un modelo holístico-tecnológico, teniendo en conciencia el uso de las distintas aplicaciones para predecir, mantener y mejorar la salud de la población incorporándose a la humanización del personal sanitario generaran un sustancial beneficio.

ID: 229

PROTOCOLO DE INGRESO DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.

AUTORES: PÉREZ PIÑERO, SARA VICTORIA[1]; JIMÉNEZ MEDINA, D[2]; RODRÍGUEZ MULERO, MD[3]; GARCÍA GARCÍA, ME[4]; GALINDO MARTÍNEZ, M[5]; GARRIDO PEÑALVER, JF[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA CARTAGENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Dada la situación por la que está atravesando la Sanidad española debido a la pandemia por Sars Covid-19 (Co-19) es obligatorio elaborar un protocolo para todo paciente que precise ingreso en UCI.

OBJETIVOS Protocolizar las medidas terapéuticas y de aislamiento de cualquier paciente que precise ingreso en UCI hasta su ubicación definitiva en la unidad con el objetivo de velar por la seguridad del paciente y del personal sanitario que lo atiende.

MATERIAL Y MÉTODOS Se describe una serie de medidas adoptadas al ingreso de un paciente en la UCI de un hospital de segundo nivel, con 27 camas distribuidas en tres unidades independientes, con 9 boxes cada una, todos equipados con puertas para aislamiento, y con posibilidad de presión negativa. Una de esas Unidades está destinada a acoger a pacientes Co-19 confirmados, con alta sospecha, o que ingresen y no dispongan de PCR. La difusión y puesta en marcha de estas medidas ha sido gestionada por el equipo directivo de la UCI conformado por la jefatura médica y de enfermería, con el consenso del resto de los trabajadores de la unidad.

RESULTADOS La UCI la forman tres unidades físicamente independientes, una para ingreso de pacientes polivalentes, otra como unidad coronaria y la tercera habilitada como unidad exclusa para recibir a los pacientes que no tienen una prueba de PCR negativa para Co-19. Esta Unidad consta de nueve boxes que a su vez se subdividen en dos alas separadas físicamente. Una de cuatro Boxes, habilitadas para pacientes en espera de resultados de PCR y la segunda, con cinco, destinada a pacientes Covid confirmados.
Al ingreso del paciente, el personal sanitario que lo atiende está provisto con equipos de protección individual (EPI) que procede a la recogida de muestra microbiológica para PCR, y sigue atendiéndolo como caso sospechoso hasta resultado, siendo trasladado en caso de ser negativo a la unidad correspondiente según patología.

CONCLUSIONES Implantar un protocolo de ingreso para cualquier paciente que precise cuidados intensivos, es fundamental en esta situación de pandemia por Co-19, con vista a velar por la seguridad del paciente y del personal sanitario que lo atiende.

ID: **232**

SEARCH AND RESCUE (S&R)- BÚSQUEDA Y RESCATE: EFICIENCIA Y EFICACIA AL SERVICIO DE LAS VÍCTIMAS

AUTORES: ALDEA REYES, ANA MARÍA[1]; IZQUIERDO FUNCIA, S[2]

CENTROS DE TRABAJO: SUMA[1], ESDP[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Search and Rescue (S&R), es un proyecto iniciado el 1 de julio de 2020 , financiado por la Unión Europea con subvención número: 882897, dedicado al desarrollo de tecnologías, cuyo fin último es reducir los tiempos de búsqueda y rescate de víctimas en situaciones de catástrofes, además de promover un marco de respuesta holística común.
Forman parte del equipo profesionales dedicados a I+D+i de tecnologías de vanguardia, sanitarios especialistas en emergencias extrahospitalarias, bomberos, y guías caninos.

OBJETIVOS El proyecto S&R pretende desarrollar tecnologías que ayuden a los rescatadores a realizar su trabajo de una manera más eficaz y segura gracias a la mejora de aspectos como:

- Sincronización de la gestión en la recepción y gestión de datos de los distintos dispositivos, proporcionando un conocimiento más detallado y preciso de la situación real.
- Crear un flujo de información en tiempo real, para apoyar las decisiones durante una respuesta coordinada y planificada.
- Formulación de una plataforma de algoritmos matemáticos que prioriza la asignación de recursos, medios, y profesionales de rescate, mejorando así los tiempos de respuesta.
- Desarrollar herramientas tecnológicas como: monitores de detectores de gases HAZMAT, rastreadores GPS, plataformas de hardware portátiles, textiles para monitorizar las constantes biomédicas de los rescatadores que garantizan su seguridad y por ende la de las víctimas.
- Creación o mejora de los protocolos comunes de búsqueda y rescate para facilitar y mejorar resultados de las acciones conjuntas.

MATERIAL Y MÉTODOS Se desarrollarán y emplearán dispositivos y sistemas entre los que destacan:

- Sensores químicos que suplementen el trabajo de los perros de rescate, y protejan tanto al animal como al guía canino en el desarrollo de su trabajo.
- Sistemas de comunicación más eficaces, para disminuir los tiempos de respuesta.
- Desarrollo de la plataforma CONCORDE, que será la encargada de recoger, clasificar y priorizar la información que reciban los primeros intervinientes en la zona de trabajo.
- Un innovador dispositivo de primeros auxilios para niños, caracterizado por el uso de materiales textiles de última generación, para poder realizar un transporte seguro durante el rescate

Todas estas tecnologías serán testadas en varios simulacros, donde equipos de rescate expertos se encargará de comprobar las fortalezas y las debilidades de estos dispositivos para su aplicación en emergencias reales.

RESULTADOS El proyecto S&R está en sus inicios pero, entre los resultados esperados el desarrollo de sistemas de fusión y mediación de datos, sensores para diferentes aplicaciones operativas, drones, robots de rescate, gafas de realidad virtual, y uniformes inteligentes, entre otros.

CONCLUSIONES Las tecnologías que desarrollará el Proyecto S&R mejorará la seguridad de los rescatadores, y hará más eficaz y eficiente su respuesta; en consecuencia, ayudarán a mejorar la calidad asistencial hacia las víctimas, incrementando sus posibilidades de supervivencia.

ID: **233**

IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN CLÍNICA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME POSTCUIDADOS INTENSIVOS (PICS).

AUTORES: PÉREZ PIÑERO, SARA VICTORIA[1]; JIMÉNEZ MEDINA, D[2]; ALBALADEJO VERGARA, MM[3]; PÉREZ FERNÁNDEZ, F[4]; RODRÍGUEZ MULERO, MD[5]; ALLEGUE GALLEGO, JM[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA CARTAGENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La estancia de un paciente en la Unidad de cuidados Intensivos (UCI) puede dejar secuelas físicas, psicológicas y/o emocionales que han sido englobadas en el llamado PICS. Las alteraciones físicas cobran una especial importancia ya que pueden implicar la no reincorporación del paciente a su vida normal previa al ingreso. Con la puesta en marcha de una consulta externa en nuestra Unidad, para valoración y seguimiento de este síndrome, se pretende identificar desde los primeros días del ingreso en UCI a aquellos pacientes en riesgo de deterioro funcional contando con la estrecha colaboración del servicio de Rehabilitación Clínica, así como, la puesta en marcha de las medidas preventivas y terapéuticas oportunas. Este proyecto queda enmarcado en el Plan de Humanización de la UCI y recogido como protocolo dentro del plan de plan de Gestión de la Calidad acorde a la norma ISO 9001:2015 en la que estamos acreditados y reacreditados desde el año 2018.

OBJETIVOS Describir el protocolo de detección de pacientes ingresados en UCI, en riesgo de deterioro funcional y de las medidas preventivas y terapéuticas adecuadas.

MATERIAL Y MÉTODOS El procedimiento comienza cuando el paciente ingresa en UCI y continua en consulta externa de seguimiento del PICS. Se identifican los factores de riesgo para el desarrollo de secuelas físicas. Se describen el conjunto y puesta en marcha de las medidas para su prevención, incluidas en el concepto de ¡°ICU liberation¡± una iniciativa de mejora de calidad de cuidados asistenciales. Los registros se realizan en formato electrónico, 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 Existe una estrecha colaboración entre los servicios de UCI y Rehabilitación. Dos veces por semana asisten a la sesión clínica de la Unidad, donde son identificados los pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de PICS con secuelas físicas: Necesidad de ventilación mecánica ¡Ý 2 días + uno de los siguientes: Sepsis con fallo multiorgánico, terapia de sustitución renal, Síndrome de Distrés Respiratorio del adulto, parada cardiorrespiratoria recuperada y desarrollo de Delirio durante el ingreso. En consenso, con el médico intensivista responsable del paciente que ya ha puesto en marcha las medidas preventivas oportunas, se traza un plan terapéutico con fisioterapia motora y/o respiratoria.

CONCLUSIONES La puesta en marcha de medidas preventivas que minimicen el deterioro funcional derivado de la enfermedad crítica y la valoración precoz por parte del servicio de Rehabilitación desde los primeros días de estancia en la UCI del paciente crítico, es fundamental para intentar la reincorporación social ad integrum de este paciente.

ID: 234

EASE, UNA ESCALA PARA MEDIR LA CAPACIDAD DE RESILIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN TIEMPOS DE LA COVID-19

AUTORES: GUILABERT MORA, MERCEDES[1]; CARRILLO MURCIA, I[2]; DELGADO MARTIN, JD[3]; MULA LEAL, A[4]; PÉREZ-JOVER, MV[5];

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ[125], FISABIO[3], FISABIO[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde que el 11 de marzo, OMS declarase la COVID-19 como pandemia, los profesionales sanitarios adquirieron un notable protagonismo sin apenas proponérselo. Las situaciones de incertidumbre constante, de malestar emocional, han supuesto un riesgo para los pacientes y la calidad asistencial, convirtiéndose de esta forma los profesionales sanitarios en las segundas víctimas del SARS-CoV-2 (COVID-19).

OBJETIVOS Diseñar y validar una escala para medir el estrés agudo vivido por los profesionales sanitarios durante la atención y cuidado a los pacientes afectados por la COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio de desarrollo y validación de una escala llevado a cabo entre el 20 de marzo y el 19 de abril de 2020 en centros sanitarios españoles. Se siguieron las recomendaciones del protocolo COSMIN para este tipo de estudios: validez de contenido, fiabilidad, validez de constructo, de criterio, sensibilidad del instrumento, traducción-retrotraducción (inglés-español América latina) e interpretación de la misma, realizándose además análisis descriptivos y de frecuencias.

RESULTADOS Respondieron un total de 228 profesionales y staff de diferentes centros, respondiendo al criterio de 20 sujetos con respuestas válidas por ítem. Por lo que respecta a la validez de contenido y facial, se incorporaron aspectos en relación a las reacciones emocionales, de estrés y ansiedad que relataban las primeras experiencias en la literatura científica de los profesionales sanitarios de la provincia de Hubai, en China junto con las propias que fueron recogidas por el grupo de trabajo de este proyecto. Estas cuestiones se representaron en 17 posibles elementos reactivos. Este número se redujo finalmente a 10, una vez cumplió criterios de representatividad y comprensión. El cuestionario final se respondía utilizando una escala tipo Likert de 4 niveles. La puntuación total oscilaba entre 0 y 30 puntos, interpretándose a mayor puntuación mayor nivel de estrés. Los ítems se agruparon en dos factorespuesta afectiva (6 ítems) y miedos y ansiedad (4 ítems), (55% de la varianza explicada). Uno de los principales miedos manifestados hacía referencia a poder contagiar a la familia (MEDIA=1,3; D.T=1,0) y el hecho de no lograr desconectar del trabajo, por los pensamientos recurrentes con respecto a las situaciones vividas (MEDIA=1,3; D.T=1,0). Durante el período de estudio la mayoría de las respuestas se situaron en el primer tramo de la escala (50,4%).

CONCLUSIONES EASE, cumple con las propiedades métricas siendo útil para poder valorar la sobrecarga emocional que están experimentando los profesionales sanitarios y prevenir futuras situaciones más patológicas. En el momento de realización del estudio la sobrecarga emocional manifestada no es elevada, siendo lo esperable, que, al disminuir esta presión, la respuesta emocional de los profesionales aumente a medida que sean plenamente conscientes de su experiencia.

ID: 235

PLANES DE CUIDADOS PARA PERSONAS CON IC Y EPOC. ANÁLISIS DE SU USO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO TRANSVERSAL

AUTORES: CUENCA-MARTÍNEZ, ENCARNACIÓN[1]; MAGRE-AGUILAR, J[2]; URPÍ-FERNÁNDEZ, A[3]; ENSEÑAT-GRAU, P[4]; PUIG-PLANA, P[5]; FONT-PUIG, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: CAP SANT RAFEL[1], CAPI MARIÀ FORTUNY[2], CAP CARLES I[3], CAP SANT MARTÍ[4], ALTHAIA[5], CAP VILA OLÍMPICA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las enfermeras de Atención Primaria (AP) realizan promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de su progresión, haciendo seguimiento de enfermedades como la Insuficiencia Cardiaca (IC) y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) para promover el autocuidado.
La literatura sobre los indicadores del proceso de prestación de cuidados y sus resultados es limitada. Por este motivo surge la necesidad de rediseñar y armonizar los planes de cuidados (PC) en la AP dentro del Programa de Armonización de Estándares de AP (ARES AP), que utiliza la terminología ATIC®. Disponer de PC estandarizados permite garantizar la estructuración del conocimiento enfermero desde y para una prestación de cuidados de calidad, equitativos, efectivos y seguros para las personas, sus familias y la comunidad.

OBJETIVOS Describir los planes de cuidados en personas con IC y/o EPOC tras la implementación del programa ARES AP y las intervenciones relacionadas con la promoción del autocuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo, observacional y transversal de la implementación del programa ARES AP realizado en un centro de salud de AP de marzo del 2019 a abril del 2020.
Este centro de salud atiende una población aproximada de 25.654 usuarios, con una prevalencia de IC de 1.2% (322) y de EPOC 2.6% (686).
Los datos de los planes de cuidados para personas con IC y EPOC fueron recogidos de la Historia Clínica Electrónica.

RESULTADOS De 176 PC en personas con IC se registraron 6 planes en fase inicial, 147 en seguimiento, 20 en avanzada y 3 en descompensación; y de 354 PC en personas con EPOC, 10 en fase inicial, 304 en seguimiento bajo riesgo, 39 en seguimiento alto riesgo y 1 en exacerbación.
El 54.7% de las personas con IC y el 51.6% con EPOC disponen de un plan de cuidados específico.
Las intervenciones en personas con IC fueron: "Criterios de sobrecarga" (55.1%), "Educación sanitaria (ES): medicación" (45.4%), "ES: técnicas de autocontrol" (44.3%), "ES: signos de alarma" (55.7%).
En personas con EPOC: "Adherencia al plan de medicación" (49.7%), "ES: uso de inhalador" (34.2%), "Técnica inhaladores" (48.3%), "ES: signos de alarma" (28.6%).

CONCLUSIONES El análisis de los datos muestra que más del 50% de las personas con IC o EPOC disponen de un PC, teniendo en cuenta la reciente implementación, hay un amplio margen de mejora en el registro.
Las intervenciones registradas con más frecuencia en personas con IC fueron "ES: signos de alarma y actuación" y "Criterios de sobrecarga" claves para detectar precozmente las descompensaciones.
En el caso de personas con EPOC la "Técnica inhaladores" y la "Adherencia al plan de medicación" son fundamentales para asegurar la eficacia del tratamiento y evitar las exacerbaciones.
Se deben establecer estrategias para integrar los conocimientos adquiridos en la práctica clínica y mejorar el registro para evaluar, en futuras investigaciones, su impacto en los resultados de salud de la población atendida.

ID: **236**

IMPLEMENTACIÓN DIGITAL PARA MEJORAR LA ADHERENCIA Y EFICACIA DEL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON OBESIDAD.

AUTORES: MONTOYA ALVAREZ, TERESA[1]; VAZQUEZ MARTINEZ, C[2]; MODROÑO MÓSTOLES, N[3]; CÁRDENAS SALAS, J[4]; GÓMEZ MONTES, MP[5]; CRUCES VEGA, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA[13456], FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Obesidad es una enfermedad que causa y exacerba un gran número de patologías: Diabetes Mellitus, Hipertensión, Dislipemia, SHAS, Esteatosis, ECV, Osteoartritis,Depresión y Cáncer. Por ello, es evidente que causa un gran impacto sobre los recursos sanitarios y su gestión supone un desafío para el SNS.
En el año 2019 analizamos los resultados del programa educacional grupal de la Unidad de Obesidad Compleja de nuestro centro, confirmando que la pérdida de peso es directamente proporcional a la adherencia al programa. La adherencia de los pacientes observada muy escasa 44,19%. Con la evidencia de que la participación del paciente en el proceso de decisión tiene efectos muy positivos sobre la motivación, satisfacción y la adherencia se ha reestructurado (enero 2020) el seguimiento multidisciplinar del paciente con Obesidad, basándonos en la comunicación virtual y en la automatización del proceso para aumentar la eficacia.

OBJETIVOS Describir modelo planteado

MATERIAL Y MÉTODOS El paciente accede a una vía clínica que se programa completamente desde su inicio. Antes de ser evaluado por el endocrinólogo, el sistema solicita analítica (perfil metabólico), Bioimpedancia,Ecografía abdominal y primera sesión grupal de Acogida al programa. La acogida es una sesión de nueva incorporación, que trata de introducir al paciente en su propio proceso de cambio y explica los recursos que recibirá durante 12 meses. El paciente debe rellenar al inicio, a los 6 y 12 meses, a través del portal web, los formularios de su historia ponderal, adherencia a dieta mediterránea, registro dietético, test de actividad física (Rapa), test psicológico (Golberg y Edi), test calidad de vida(iwqol-lite) y Test de Epworth (screening de SHAS); Si la puntuación es >8, el sistema solicita una polisomnografía domiciliaria que valorará el neumólogo. La vía calcula las escalas de riesgo de Fibrosis hepática FIB4 Y NAFLD, y solicitará fibroscan si la puntuación sobrepasa los puntos de corte. En la consulta con Endocrino, a los 15 días de la sesión de acogida, se realiza un diagnóstico, se proponen unos objetivos personalizados y tratamiento farmacológico si precisa. En los siguientes 4 meses, el paciente recibirá una sesión grupal mensual (4 sesiones) para el refuerzo dietético, psicológico y de actividad física práctica. Antes de cada sesión, rellenará su Cuaderno online de peso y perímetro de cintura y recibirá toda la documentación online necesaria para cada sesión.
En el 6º mes valoración por endocrino con Bioimpedancia y Formularios. Al 9º mes: 6º sesión grupal de repaso de hábitos.
El proceso finaliza al 12º mes con Formularios, Bioimpedancia, análisis de resultados y encuesta de Satisfacción.

RESULTADOS En proceso

CONCLUSIONES El soporte virtual mediante Formularios puede ser la vía ideal para un contacto fluido que fomente la participación del paciente.
El desarrollo informático favorece la eficacia mediante la automatización de procesos: pruebas complementarias,valoraciones multidisciplinares o programa de citas.

CIRCUITOS EFICACES PARA HUMANIZAR LA ATENCIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES DURANTE EL COVID-19

ID: **237**

AUTORES: CASTELO BERMEJO, MAYRA[1]; DEL OLMO RODRIGUEZ, M[2]; SANCHEZ GOMEZ, G[3]; RUEDA NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, E[4]; ZAFRA LLORENTE, S[5]; GAMERO AGUIRRE, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL REY JUAN CARLOS[1], RED HOSPITALES PUBLICOS MADRID QUIRONSALUD[2], HOSPITAL INFANTA ELENA[3], FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ[4], HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA[5], FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS 17 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN

El pasado 14 de marzo se inicia el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria por el COVID-19, dando lugar a una situación sin precedentes en la historia reciente, que originó una restricción en cuanto a acompañamiento y visita de pacientes ingresados. Del mismo modo, supuso un reto llevar a cabo una rápida adaptación de recursos digitales existentes para cubrir las necesidades de información, y la necesidad básica social de relación y trato. Todo ello, gracias al compromiso ético de profesionales sanitarios y no sanitarios.

OBJETIVOS

- Atenuar situaciones de estrés emocional por la incertidumbre clínica
- Tranquilizar ante la sensación de desconexión con sus vínculos o sentimientos de soledad
- Facilitar diversas ayudas para sobrellevar el duelo
- Circuitos eficientes para disminuir la carga de trabajo de especialistas con mayor actividad asistencial
- Potenciar recursos tecnológicos para ponerlos al servicio de la comunidad

MATERIAL Y MÉTODOS

Siguiendo el ciclo de Mejora Continua, las líneas de actuación han sido:

- Plan Estratégico de Información y Contacto (canal –interlocutor –frecuencia)
- Asignación de recursos humanos y tecnológicos
- Implementación de Circuitos eficientes:
  - Información telefónica clínica
  - Trazabilidad diaria en historia clínica del paciente
  - Información on-line 24/7: APP y WEB Paciente
  - “In memoriam” y #Todoirabien: Participación en iniciativas de apoyo emocional
  - “Visita Virtual”: Videollamadas de contacto
  - “Despedida 2.2”: Videollamadas pre-éxitus
  - Protocolo Final de Vida: Aceptación de la pérdida (duelo complejo)
  - Apoyo psicológico e implicación institucional al duelo (“en nuestro pensamiento”)
- Verificación de funcionamiento y alcance de los circuitos establecidos
- Identificación de acciones de mejora ante nuevas necesidades detectadas

RESULTADOS

Alcance: familiares y allegados de 6409 pacientes.
Formularios de información a familiares en Portal: 8.000
Adherencia de Facultativos a la información online: incremento de hasta un 700%
Solicitudes de Videollamadas: 250 por centro
Videollamadas de contacto atendidas en un periodo de 24/48 h: 98%
Videollamadas de despedida atendidas en un periodo de 2 h: 92%
Alcance cartas de duelo y llamadas de apoyo psicológico: 95%
Participación en actos “en memoria” de pacientes fallecidos 50%
Muestras de agradecimiento en actos institucionales por aplicación de circuitos: 40% de los asistentes.

CONCLUSIONES

La Red4H de hospitales públicos QS, durante la pandemia COVID-19 implementó un completo plan de actuaciones para la mejorar la comunicación paciente-familiar-personal sanitario con el fin poder paliar los efectos causados por la situación de aislamiento físico y social. Equipos asistenciales y no asistenciales han demostrado una gran resiliencia para adaptarse de forma eficaz a nuevas funciones, aplicando nuevos circuitos eficaces y haciendo un uso indispensable de las nuevas tecnologías.

ID: 239

PRÁCTICAS EFECTIVAS DE SEGURIDAD MEDIANTE LA NOTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ERRORES DE MEDIACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

AUTORES: OTERINO MOREIRA, IVÁN[1]; MARTINEZ FERNANDEZ, M[2]; SANZ MARQUEZ, S[3]; MOSQUERA GONZÁLEZ, M[4]; PÉREZ ENCINAS, M[5]; LORENZO MARTÍNEZ, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los sistemas de notificación y registro de errores de medicación (EM) constituyen una estrategia clave de promoción y prevención de la seguridad del paciente, orientada al aprendizaje a través del análisis de los eventos comunicados.

OBJETIVOS Identificar e implantar prácticas efectivas para mejorar la seguridad del sistema de utilización de medicamentos a través del análisis estructurado de los EM notificados en un entorno hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio prospectivo de intervención en el que los miembros de la comisión de seguridad evaluaron y propusieron acciones correctoras para los EM notificados durante el periodo Febrero 2018-Febrero 2020 por los diferentes profesionales del hospital.
Para el análisis de los EM se utilizó la metodología de Ruiz-Jarabo 2000 y se recogieron las variables: tipo de error, causa del error, categoría de gravedad clínica [A-I], proceso de la cadena terapéutica en que ocurrió el error, características del medicamento implicado y medida de mejora aplicada.

RESULTADOS Se analizaron 82 EM. Por tipo de error, el 37,8% estuvo relacionado con selección inapropiada del medicamento; 19,5% dosis incorrecta; 12,2% frecuencia de administración incorrecta; 11,0% omisión de la dosis; 4,9% vía de administración incorrecta; 4,9% error de manipulación; 3,7% paciente equivocado; y 3,7% duración de tratamiento incorrecta.
La causa del error fue: 30,5% la presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión; 15,9% falta de conocimiento/formación; 11.0% falta o fallo en el procedimiento de conciliación [77,8% al ingreso]; 9,8% prescripción ambigua; 9,8% lapsus/despiste; 9,8% incumplimiento de los procedimientos de trabajo establecidos; 6,1% problemas en los equipos de dispensación/preparación/administración; y 3,7% personal insuficiente.
La gravedad clínica fue de categoría B para el 36,6% [34,1% C; 8,5% D; 7,3% A; 6,1% F; 3,7% E].
El proceso de la cadena terapéutica en el que ocurrió el error fue prescripción en el 52,4% de los casos [24,4% administración; 15,5% dispensación].
El 34,7% de los medicamentos implicados eran de alto riesgo ISMP [9/28 heparina y otros anticoagulantes parenterales; 4/28 anticoagulantes orales; 4/28 citostáticos parenterales y orales y 5/28 opiáceos IV, transdérmicos y orales] y el 24,7% pertenecían al listado MARC.
Se propusieron 190 acciones de mejora, las cuales se repitieron en los EM notificados con una mediana de 4 (IC95% 3-8) y se llevaron a la práctica el 66,3% [27,3% no realizadas; 6,4% desconocido].
En función del eslabón de la cadena terapéutica a la que iba destinada la corrección, representó: 53,7% mejoras en la prescripción; 13,2% en administración; 12,6% en la dispensación; 8,4% en la validación farmacéutica; 5,8% en el almacenamiento; 3,2% en selección y adquisición; y 3,2% mejoras en la preparación en farmacia.

CONCLUSIONES La notificación y análisis de los EM permite desarrollar estrategias dirigidas a su prevención y establecer medidas correctoras para garantizar la seguridad del paciente durante su ingreso.

ID: 240

CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE PREDICCIÓN BASADO EN LOS FACTORES DE RIESGO DEL ICTUS APLICANDO TÉCNICAS NOVEDOSAS.

AUTORES: PALOMINO GARCÍA, ALFREDO[1]; ESCOBAR RODRÍGUEZ, GA[2]; CABALLERO GARCÍA, A[3]; HERNÁNDEZ RAMOS, FJ[4]; VELARDE GESTERA, JM[5]; JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, MD[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO[1246], EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS[3], DRIMAY S.L.[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Habitualmente se han realizado análisis de datos de salud utilizando técnicas estadísticas tradicionales. Actualmente se están aplicando técnicas de análisis de datos avanzadas. Por ejemplo técnicas 'Big Data', principalmente por las condiciones del entorno en el cual existen tecnologías más avanzadas y mayor disponibilidad y cantidad de datos. Esta situación abre aún más el abanico de posibilidades permitiendo aplicar técnicas de análisis consolidadas en otros ámbitos y no aplicadas comúnmente a la salud.

OBJETIVOS Aplicar otras técnicas de análisis de datos que pueden explicar el riesgo de accidente cerebrovascular como una alternativa a la investigación clínica tradicional.

MATERIAL Y MÉTODOS Análisis del período 2002-2017 de una cohorte de 2051 pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular. Análisis estadístico y aplicación de modelos matemáticos y físicos de sistemas complejos: mecánica estadística, evolución temporal y modelos potenciales.

RESULTADOS Representando gráficamente la evolución temporal de la recurrencia del accidente cerebrovascular, la abscisa del eje es el tiempo y el eje de ordenadas es el número de accidentes cerebrovasculares, permite afirmar que el fenómeno de la recurrencia decae exponencialmente. Los eventos aleatorios se ajustan a la curva. La probabilidad de recurrencia del accidente cerebrovascular sigue una ley exponencial negativa que permite inferencias a través de teorías físicas. Esta ley exponencial negativa rige múltiples comportamientos naturales como la atenuación de la luz en un medio, la evolución de las poblaciones, entre otros. Estos nos permiten generar modelos de pronóstico de la recurrencia media por medio. En el caso de la atenuación de la luz, la intensidad de la luz inicial se reduce a la mitad cuando cruza una distancia igual a la distancia de semiabsorción o $D1 / 2 = \ln (2) / \hat{I}^2$. Esta ley aplicada a nuestros datos de accidente cerebrovascular, nos permite obtener el promedio de 1003.34 días en comparación con el real de 985.89.

CONCLUSIONES Hemos aplicado modelos aplicados en otras ciencias como la física, con buenos resultados de ajustes. El riesgo de accidente cerebrovascular sigue una ley exponencial en la que el exponente depende de la carga de factores de riesgo del paciente. La recurrencia sigue un patrón universal. Una muestra más grande permitirá que el modelo se aplique a diferentes subgrupos (factores de riesgo ...) o individualizados.

METODOLOGÍAS DIDÁCTICAS PARA IMPLANTAR EVIDENCIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

ID: 242

AUTORES: ROLDÁN-CHICANO, MT[1]; MARTÍN-RODRÍGUEZ, J[2]; MEROÑO-RIVERA, MD[3]; MADRID-CLEMENTE, EM[4]; GONZÁLEZ-SAURA, JL[5]; BEL-CEGARRA, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA, CARTAGENA, SERVICIO MURCIANO DE SALUD

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena (HGUSL) , Área II del Servicio Murciano de Salud, es candidato a Centro Comprometido con la Excelencia en el programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO), y tiene el reto de implantar 3 guías de práctica clínica. Hasta el momento se han desarrollado 31 acciones formativas con diversas metodologías didácticas para implantar la práctica basada en la evidencia descrita en las guías.

OBJETIVOS Analizar la metodología didáctica de las acciones formativas dirigidas a la implantación de 3 guías de práctica clínica BPSO en el HGUSL y relacionarla con la satisfacción de los alumnos.

MATERIAL Y MÉTODOS Diseño descriptivo transversal en el que se analiza una muestra de 126 encuestas de satisfacción de 31 acciones formativas, realizadas entre 2018 y 2020.
Se ha realizado un análisis descriptivo, y de la normalidad de las variables cuantitativas a través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para determinar la asociación entre variables cuantitativas no normales y las variables cualitativas policotómicas. Se analizó la correlación entre variables cuantitativas con distribución no normal a través del coeficiente de correlación de Pearson. Se asumió un nivel de significación alfa=0,05.

RESULTADOS Se realizaron 4 acciones formativas de carácter multitudinario (jornadas), 8 cursos y 17 talleres “en el puesto de trabajo”. En total asistieron 406 alumnos pero sólo el 31% cumplimentó la encuesta de satisfacción. La media en la valoración general de los aprendido en las acciones formativas fue de 4,3±0,31 (escala Likert 5 puntos)
El aspecto mejor valorado en todos los cursos fue que “Las competencias adquiridas son aplicables a mi puesto de trabajo” con una puntuación media de 4,5 ± 0,32 , el ítem “El contenido del curso ha respondido a mis necesidades formativas” fue valorado con una puntuación de 4,3 ±0,38 , y el ítem “La metodología utilizada me ha permitido una asimilación de los contenidos” tuvo una puntuación media de 4,1 ±0,92.
Ninguna de las variables cuantitativas presentó una distribución normal.
No se encontró relación estadísticamente significativa entre la puntuación de los diferentes ítems valorados y el tipo de metodología, las horas de la acción formativa o el número de alumnos. Si se encontró una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre la puntuación del ítem “El contenido del curso ha respondido a mis necesidades formativas” con la puntuación de dos ítems: “La metodología utilizada me ha permitido una asimilación de los contenidos” y el (rs=0,486 p< 0,01) , y “Las competencias adquiridas son aplicables a mi puesto de trabajo” (rs=0,583 p< 0,01).

CONCLUSIONES El profesional sanitario percibe que sus necesidades formativas están cubiertas cuando las metodologías didácticas son adecuadas a los contenidos y cuando lo aprendido tiene una aplicación directa en su puesto de trabajo.

ID: **243**

¿ES POSIBLE PREDECIR EL ICTUS CON TÉCNICAS ‹BIG DATA›?

AUTORES: ESCOBAR RODRÍGUEZ, GERMAN ANTONIO[1]; PALOMINO GARCÍA, A[2]; HERNÁNDEZ RAMOS, FJ[3]; CABALLERO GARCÍA, A[4]; VELARDE GESTERA, JM[5]; JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, MD[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO[12346], DRIMAY S.L.[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las técnicas de análisis de big data y los modelos de inteligencia artificial se aplican cada vez más a los sistemas de salud. La principal causa se debe a la creciente disponibilidad de la información recopilada y accesible. También es favorable el avance en las técnicas y metodologías necesarias en el proceso de análisis y la disponibilidad de las tecnologías para ejecutarlas.

OBJETIVOS Ante esta situación proponemos la aplicación de metodologías “Big Data” para construir modelos predictivos de riesgo de accidente cerebrovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS Hemos analizado una cohorte de pacientes que sufrieron un ictus a los cuales se les ha realizado un seguimiento entre el 2002 y el 2017, aplicando ‘big data’; Técnicas de análisis de grandes cantidades de datos como aprendizaje automático (Redes Neuronales, Máquina de Vectores de Soporte, Árboles de Decisión y Random Forest). Para ello hemos contado con los datos estructurados de las historias clínicas electrónicas de estos pacientes.

RESULTADOS Hemos estudiado los diagnósticos de 2051 pacientes con accidente cerebrovascular entre los cuales 278 sufrieron un segundo accidente cerebrovascular en ese período. No se detectó ningún patrón o tendencia más allá de lo conocido actualmente en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, colesterol elevado, diabetes, etcétera). Creemos que la estructura de las bases de datos de salud utilizadas es muy diferente de la que se necesita para aplicar ‘Big Data’, porque contienen una gran cantidad de datos pero con pocos atributos o variables. En nuestro caso, tenemos dos atributos principales (tiempo, primer diagnóstico) y subatributos (diagnóstico secundario) asociados con un elemento (paciente).

CONCLUSIONES Hemos investigado sobre el accidente cerebrovascular. El subconjunto de elementos (pacientes) con los que hemos trabajado es cercano a dos mil, pero los atributos necesarios no son muy numerosos. Las técnicas de Machine Learning no proporcionaron mejoras en el conocimiento establecido. El acceso a los datos, la protección de datos, el predominio de texto libre en las historias clínicas o la propiedad intelectual limitan el acceso a diferentes tipos de bases de datos y a la información relevante relacionadas con el riesgo de accidente cerebrovascular (hábitos nutricionales con el tiempo, contaminación del aire, temperatura media, etc.) y determinan los resultados obtenidos, no la confiabilidad del método actualmente.

ID: 244

EFECTIVIDAD DE UN PAQUETE DE MEDIDAS DE MEJORA EN LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: RODRÍGUEZ GONCET, CONSUELO[1]; SÁNCHEZ RUBIO, M[2]; CRUZ SALGADO, O[3]

CENTROS DE TRABAJO: HHUU VIRGEN DEL ROCÍO[1], HHUU VIRGEN DEL ROCÍO[2], HHUU VIRGEN DEL ROCÍO[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En el año 2006 se diseñó e implantó un sistema de notificación de eventos adversos propio siguiendo los principios de confidencialidad, anonimato, voluntario y no punitivo y se elaboró el diagrama de flujos del circuito y los formularios de notificación de caída y se difundió por todas las unidades y servicios. En principio fue con formato papel y desde el año 2012 se incorpora la notificación on-line a través de la intranet del Hospital. En la actualidad existe un circuito propio y único llamado NOTIFICA, en el que, se monitoriza las caídas producidas en nuestro ámbito.
Este trabajo aborda y valora la utilidad de un paquete de medidas de mejora implantadas en nuestro hospital, por la comisión de Seguridad Clínica, para ayudar y asesorar a los profesionales en la prevención de caídas en pacientes ingresados. Las mejoras fueron:

- Tríptico para la prevención de caídas, siguiendo las recomendaciones de la Guía FASE
- Seminarios informativos en los servicios que notifican de forma recurrente las caídas.
- Cambio material (suelo) y colocación de utensilios (agarraderas)
- Curso para el personal ofertado a través la Intranet hospitalaria.

OBJETIVOS Evaluar el conocimiento y la utilidad de un paquete de medidas implantadas en el hospital en las unidades y servicios donde las caídas es un problema recurrente.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo transversal, donde se administró un cuestionario de elaboración propia anónimo, que valoraba aspecto como: conocimiento, utilidad y grado de implicación del personal sanitario. Su difusión se hizo a través de una lista de distribución de los coordinadores de cuidados del hospital mediante enlace enviado posteriormente a grupos de Whatsapp profesional.
Constaba de 17 preguntas cerradas fáciles de contestar, con repuestas binarias algunas y otras en las que se utilizó escala Likert de 1 a 10, siendo 1 ninguna utilidad – 10 máxima utilidad.

RESULTADOS Los profesionales que contestaron fueron 82 entre enfermeras/os 51.22%, TCAES 29.27%
La media de edad fue 48.8 años.
Los servicios o unidades con más encuestas contestadas fueron: Neurocirugía, Neurología y Neurofisiología
Conocían el tríptico para la prevención de caídas 24.39%
Un 43.90% conocía donde encontrar la información para facilitarla a familiares
El 31.72% puntuaron la escala Likert como muy útil el tríptico
Con la información recibida el personal considera muy útil para que la familia pueda poner en marcha medidas de prevención un 20.73%
La enfermería y TCAES se creen muy responsable frente a una caída en su servicio 40.24%
Un 15.85% piensa que las infraestructuras hospitalarias son muy responsables en las caídas

CONCLUSIONES El cuestionario del estudio es una herramienta de valoración, de fácil uso y de ágil aplicación.
El sistema de notificación propio implantado dispone de una estructura de gestión consolidado y cuenta con un análisis que involucra a las estructuras hospitalarias con liderazgo.

ID: 245

LA FRAGILIDAD EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA MORBIMORTALIDAD A CORTO Y MEDIO PLAZO.

AUTORES: VALDES ARIAS, COVADONGA[1]; BALTAR MARTIN, JM[2]; DEL RÍO GARCÍA, L[3]; ÁLVAREZ GUTIÉRREZ, JM[4]; FERNÁNDEZ RUBIO, L[5]; ANDRADE LOPEZ, AC[6]

CENTROS DE TRABAJO: FINBA[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[23456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La fragilidad es un síndrome biológico caracterizado por la disminución de la reserva funcional y de la resistencia del organismo al estrés. Es un estado asociado al envejecimiento que aumenta el riesgo de incapacidad y produce una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbimortalidad. En el año 2016 la prevalencia de ERC es del 25% en mayores de 64 años y del 22% en mayores de 75.

OBJETIVOS Evaluar la prevalencia de pacientes frágiles en una unidad de hemodiálisis de un hospital público analizando la supervivencia y las variables predictores de mortalidad a medio plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS En marzo del 2016 se estudió la fragilidad según el modelo establecido por Fried que implica la presencia de 3 de 5 criterios: pérdida de 5 kg de peso no intencionada en el último año, fuerza presora< 20% del límite de normalidad ajustado por sexo y peso, baja resitencia-cansancio identificado por dos preguntas de la escala CES-D, velocidad de la marcha< 20% del límite de normalidad ajustado por sexo y altura para recorrer 4,5 m y nivel de actividad físico en calorías por debajo del quintil inferior ajustado por sexo. Los pacientes respondieron al cuestionario de calidad de vida SF-36 y al EUROQOL. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas y la valoración de su situación funcional con la escala de Barthel y Karnofsky. Los pacientes fueron seguidos prospectivamente hasta junio de 2020 recogiendo sus ingresos hospitalarios, estancias, caídas y fracturas.

RESULTADOS Participaron 56 pacientes. La media de edad fue de 70,6±13,7 (62% varones) y el tiempo en TRS, 48±77 meses. El cuestionario de salud SF-36 reveló datos pobres en los aspectos físicos (37±10) pero muy buenos en los mentales (51±10). Un 29% cumpliría criterio de fragilidad y un 27% sería pre-frágil. Los pacientes frágiles tuvieron más edad (79±9 vs. 68±14: p=0,001); mayor número de fármacos diarios (11±3 vs 9±3: p=0,03) y mayor número de comorbilidades (3±1 vs. 2±1:p=0,013). Al año los pacientes pre-frágiles tuvieron mayor número de estancias hospitalarias y fracturas. Además este grupo es el que tiene un mayor descenso al año en la Escala de Karnofsky (85±16 vs.73±17: p=0,007) y es el grupo que más aumenta su comorbilidad (2,4±1 vs. 3±1: p=0,049). La supervivencia al final del seguimiento, junio de 2020, fue del 52%. Mediante el modelo de regresión de Cox se observó que el Riesgo Relativo de Morir (RRM) aumentó al aumentar la fragilidad del paciente: RR= 2,1(IC 95% 1,09–4) p=0,026 y se multiplicó por 4 si el paciente sufrió alguna fractura; RR= 4,4(IC 95% 1,43–13,54) p=0,010.

CONCLUSIONES Parece existir un grupo de pacientes en hemodiálisis que si bien no son los que más tiempo llevan de tratamiento sustitutivo ni los de mayor edad pero que sufren un rápido deterioro de su estado funcional. Detectar los subgrupos con mayor riesgo de caídas ayuda a los clínicos a identificar las áreas de actuación necesarias para aumentar la supervivencia de los pacientes en hemodiálisis y evitar la morbilidad asociada a las fracturas.

VALORACIÓN DE DESNUTRICIÓN Y SARCOPENIA DE LOS SUPERVIVIENTES COVID19

ID: **247**

AUTORES: MONTOYA ALVAREZ, TERESA[1]; SILVA RODRIGUEZ, MJ[2]; CRUCES VEGA, E[3]; MARTINEZ MARTINEZ, A[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Existen evidencias de que la edad avanzada y la pluripatología aumentan la morbimortalidad por COVID-19.La edad avanzada per sé y las patologías crónicas como DM2 y ECV asocian una alta prevalencia de Desnutrición y Sarcopenia, independientemente del índice de masa corporal (IMC). Por otro lado, los análisis de los pacientes COVID-19, sugiere que el IMC aumentado se asocia con un peor pronóstico, lo que apuntaría a la Obesidad Sarcopénica como factor de riesgo subyacente. La hiperrespuesta inflamatoria sistémica generada por COVID-19 asocia una situación de hipercatabolismo que añadida a una estancia hospitalaria prolongada han generado Desnutrición y pérdida severa de la Masa y de la función del Músculo Esquelético (MME) de los pacientes.
La pérdida de MME se asocia a mayor patología Músculo-Esquelética, mayor riesgo de caídas, disminución de la capacidad funcional, dependencia, así como mayor número de ingresos y complicaciones hospitalarias; Además presentan peor función pulmonar y evolucionan más frecuentemente a Fibrosis Pulmonar.
Expertos en Nutrición alertan de que la Sarcopenia ocasionada en los supervivientes de COVID-19 se asociará a un mayor riesgo de Discapacidad y Enfermedad en el corto, medio y largo plazo.

OBJETIVOS Se propone, en nuestro centro que ha atendido a más de 500 pacientes con ingreso hospitalario prolongado (>7 días) o UCI realizar screening de Desnutrición y de Pérdida MME tras el alta hospitalaria y un tratamiento personalizado y según recomendaciones de las sociedades científicas.

MATERIAL Y MÉTODOS Proponemos esta vía clínica, en desarrollo en nuestro centro hospitalario, para el Diagnóstico, Seguimiento.

- Antes de cada cita en Endocrinología:El paciente se realizará analitica con perfil nutricional y rellenará, mediante el portal web, los formularios de Registro dietético de tres días, Escala Must y NRS 2000 que valoran el estado nutricional, Escala SARC-F que evalúa el riesgo de sarcopenia y la escala de Disfagia EAT10.

Según puntuación de Escalas MUST, NRS, SCAR-F la vía solicita Bioimpedancia que permite analizar el compartimento MME y Dinamometría para análisis de la Fuerza. Según puntuación de Escala EAT 10 la via solicita consulta con Otorrino.

- Se propone una valoración tras el alta y al mes para evaluar las medidas terapéuticas tomadas y posterior seguimiento según respuesta a los 3,6,12 meses.

RESULTADOS En análisis en la actualidad, Escala MUST, NRS 2000 disponibles. Escala SARC-F y EAT10 en desarrollo, se rellenan en papel en consulta.

CONCLUSIONES - La valoración nutricional y el tratamiento específico de la Desnutrición de los supervivientes COVID-19 es necesaria para prevenir fragilidad y complicaciones secundarias.

- Proponemos realizar un seguimiento con escalas MUST, NRS 2000 y SARC-F universalmente validadas para el screening de desnutrición
- El desarrollo informático del proceso fomenta la participación de los pacientes en su proceso de salud y la automatización con la consiguiente mejoría de la eficacia en tiempo y recursos.

ID: 248

ESTUDIO DEL GASTO FARMACÉUTICO EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

AUTORES: VALDES ARIAS, COVADONGA[1]; BALTAR MARTIN, JM[2]; RODRIGUEZ-FERRERAS, A[3]; DEL RIO GARCIA, L[4]; ÁLVAREZ GUTIERREZ, JM[5]; FERNÁNDEZ RUBIO, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: FINBA[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[23456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los estudios para analizar los costes en hemodiálisis son complejos y muchos autores utilizaron metodologías indirectas, calculando costes a partir de procesos clínicos que no tienen por qué corresponder necesariamente con los costes reales del tratamiento. Por otro lado diversos autores sugieren la existencia de un incremento de los costes durante los últimos años debido a las innovaciones en las técnicas y por la mayor edad de los pacientes que implica mayor comorbilidad y coste para tratarla tanto en personal como en fármacos como la eritropoyetina, darbopoetina, hierro intravenoso, quelantes, paricalcitol, y calcimiméticos entre otros otros.

OBJETIVOS Analizar el gasto farmaceútico de los pacientes en hemodiálisis para buscar posibles medidas de ahorro.

MATERIAL Y MÉTODOS En una unidad de hemodiálisis de un hospital público se recogieron los costes de los fármacos utilizados por los pacientes durante un mes cogiendo el precio de venta al público (PVP). Se recogieron de la farmacia hospitalaria los agentes estimulantes de la eritropoyesis, hierro, y cinacalcet y de la extrahospitalaria todos los fármacos que tenían prescritos. A su vez la calidad de vida de los pacientes(CVRS) fue analizada con los cuestionario de salud SF-36 y el Euroqol. También se recogieron las variables relativas a la enfermedad renal.

RESULTADOS Participaron 60 pacientes. La media de edad fue 70,7±13,8 (62% varones) y el tiempo encterapia renal sustitutiva (TRS) 44,11±72 meses. La media del gasto mensual en farmacia hospitalaria fue de 268,56± 247,36 y la de farmacia extrahospitalaria 274,7±259,55 euros. Se encontró que al aumentar el tiempo en TRS aumentaban los costes farmacológicos en ambos consumos, independientemente de la edad y la comorbilidad, y siendo estadísticamente significativas las diferencias en le coste entre los pacientes que llevaban de 1 a 3 años en TRS en farmacia hospitalaria 214,56±147,42 versus los que llevaban más de tres años 356,36±172,59; p=0,049 y en el gasto total entre los que llevaban menos de un año 435,67±266,58 euros versus los que llevaban más de tres años en TRS 659,98±213,01 euros p= 0,033.

CONCLUSIONES La eritropoyetina es casi universal en esta población de pacientes y su coste supone la mayor parte en el apartado de farmacia hospitalaria.
El trastorno mineral y óseo asociado a la enfermedad renal implica por su parte el mayor gasto farmacéutico en el apartado de costes de farmacia extrahospitalaria dada la incorporación desde hace años de diversos tratamientos de alto coste.
El tiempo en diálisis incrementa la necesidad de éstos fármacos tan costosos. Parecen necesarios más estudios que analicen cómo detener el incremento en estos fármacos según aumenta el tiempo en TRS estudiando si implantado estrategias precoces para tratar estas patologías podrían evitarse mayores gastos a largo plazo.

ID: 249

TERAPIA ANTICOAGULANTE Y FIBRILACIÓN AURICULAR. CALIDAD DEL TRATAMIENTO EN EL ÁREA VIRGEN DEL ROCÍO. ESTUDIO TAYFA

AUTORES: GIMÉNEZ-MIRANDA, LUIS[1]; MORENO-VERDEJO, F[2]; CALABUIG-SEVILLA, M[3]; ABDEL-KADER-MARTÍN, L[4]; RODRÍGUEZ-MARTORELL, J[5]; MEDRANO-ORTEGA, FJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO[1456], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. LINARES[2], UNIVERSIDAD DE SEVILLA[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Terapia Anticoagulante Oral (TAO) se emplea frecuentemente en Fibrilación Auricular No Valvular (FANV), teniendo una recomendación fuerte si el riesgo embólico es elevado. Se trata de una terapia preventiva que no está exenta de riesgos potenciales (principalmente eventos hemorrágicos por sobredosificación). Existen dos grupos farmacológicos principales; los Antagonistas de la Vitamina K (AVK), con amplia experiencia de uso pero estrecho margen terapéutico y necesidad de monitorización y los Anticoagulantes Orales de Acción Directa (ACODs) de más reciente introducción, con indicaciones más concretas, ciertas restricciones pero sin necesidad de monitorización. La información existente en España sobre TAO en FANV es escasa y fragmentaria y no existen estudios poblacionales andaluces que evalúen su empleo.

OBJETIVOS 1) Conocer en el área sanitaria Virgen del Rocío la prevalencia actual de pacientes con FANV que reciben TAO y los fármacos que utilizan.
2) Evaluar la calidad y adecuación del tratamiento realizado.

MATERIAL Y MÉTODOS Diseño. Estudio observacional, descriptivo de base poblacional en el que se incluyeron todos los pacientes adultos del área sanitaria Virgen del Rocío con FANV que recibieron TAO durante el año 2018. Fuentes de información: Base de Datos TAONET y base de datos de Farmacia. Variables. Edad, sexo, TAO, duración del tratamiento. En pacientes con AVK: modalidad de control, tiempo en rango terapéutico (TTR). En pacientes con ACOD: fármaco, servicio prescriptor.

RESULTADOS De los 11337 pacientes en TAO, 7850 lo estaban por FANV; 6591 (84,0%) tratados con AVK y 1852 (23,6%) con ACOD (593 pasaron pasaron de AVK a ACOD durante 2018). La prevalencia de FANV en TAO fue 1,4% (7850/557576, BDU-2017). Existían controles de INR de seis meses disponibles en 4958 de los pacientes con AVK, 2005 (39.7%) tenían TRT> 60%. 4,1% de los pacientes con TRT< 60% cambiaron a ACOD. Los pacientes que mantuvieron tratamiento con AVK mostraron mayor TRT que aquellos que cambiaron a ACOD (40,8% vs 31,8%, p=0,022; test Chi cuadrado).

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de FANV en TAO en nuestro área es actualmente elevada, sugiriendo reducción de la FANV oculta.
2. Menos de la mitad las FANV con AVK consiguen un control adecuado.
3. La utilización de ACOD es escasa, inferior a la de nuestro entorno sin adecuarse a las indicaciones autorizadas en nuestro país.
4. Teniendo en cuenta el control anticoagulante subóptimo obtenido con AVK en este y otros estudios poblacionales y las evidencias sobre el coste-efectividad de los ACOD, se podrían cuestionar las restricciones existentes actualmente para el uso de ACOD.

ID: **251**

INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES: CUERPO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE DURANTE UN PROCEDIMIENTO EN ADULTOS

AUTORES: MONTESINOS VILLALBA, MARIA CRISTINA[1]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DE MONTILLA[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El portal estadístico del Ministerio de Sanidad y Consumo nos permite acceder infinita información sanitaria de utilidad a través de su aplicación para el análisis y explotación del RAE-CMBD.
Los indicadores de Seguridad del paciente están basados en los datos que aporta el CMBD y entre ellos Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en adultos.

OBJETIVOS Analizar la incidencia de este indicador de seguridad del paciente en los hospitales de la Comunidad de Andalucía y cómo influye en la Estancia media y mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realiza un análisis descriptivo del indicador haciendo uso de la ficha técnica del indicador y de la aplicación RAE-CMBD, atendiendo al criterio de agrupación de la categoría diagnostica mayor, al año 2017 y a la Comunidad de Andalucía.

RESULTADOS Este indicador usa como criterio de cálculo, denominador del indicador y exclusiones los siguientes datos:

- Altas incluidas en el denominador con código CIE10ES: T81500A T81501A T81502A T81503A T81504A T81505A T81506A T81527A T81528A T81529A T81530A T81531A T81532A T81533A T81507A T81508A T81509A T81510A T81511A T81512A T81513A T81514A T81515A T81516A T81534A T81535A T81536A T81537A T81538A T81539A T81590A T81591A T81592A T81593A T81517A T81518A T81519A T81520A T81521A T81522A T81523A T81524A T81525A T81526A T81594A T81595A T81596A T81597A T81598A T81599A T8160XA T8161XA T8169XA (Complicación de cuerpo extraño dejado accidentalmente en el interior del cuerpo después de intervención quirúrgica).
- Total de altas en pacientes de edad >= 15 años.
- Casos en el denominador y numerador con código de diagnóstico principal de cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en un episodio quirúrgico.
- Altas con estancia menor de 1 día en pacientes no fallecidos durante el ingreso.

CONCLUSIONES En el año 2017 se produjeron 3.462.476 altas de este indicador con una estancia media de 7,21 días, con una edad media de 61,85 años y una mortalidad de 5,03%. Las categorías diagnósticas mayor que mayor incidencia presentan son:
CDM
DESCRIPCIÓN
TOTAL ALTAS
EST. MEDIA
EDAD MEDIA
MORTALIDAD %
19

Enfermedades y trastornos mentales
67.005
25.10

48.05
0.94
25

Traumatismo múltiple significativo
5.439
18.71
54.59
9.91
23

Otras causas de atención sanitaria
42.499
10.71
62.40
7.20

Los indicadores de calidad tienen una importante función en relación con la seguridad del paciente en el ámbito asistencial ya que permitirán identificar casuísticas y realizar comparativas tanto por servicios como por hospitales de la misma categoría. Se deben tener en cuenta para la toma de decisiones y la implementación de acciones dirigidas a la mejora de la calidad asistencial que redunden en la Seguridad del paciente.

ID: 252

APOYO A NUESTROS PROFESIONALES Y SUS FAMILIARES PROTAGANISTAS Y HEROES

AUTORES: ZAFRA LLORENTE, SUSANA[1]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Ante la condiciones especiales vividas durante el COVID-19 todo criterio de recursos respecto a nuestros profesionales es un valor esencial en periodos de transformación, vinculando cuestiones ajenas a las personales. Los trabajadores de la salud debidamente capacitados son capaces de transformar en gestos claros tras la preocupación de la enfermedad, empatía y compasión. La pandemia COVID-19 requiere una readecuación de los distintos criterios de asignación tradicionales y en escenarios de desafíos significativos donde el beneficio de adaptación ha sido impecable en nuestros profesionales.

OBJETIVOS

- Atender las necesidades profesionales y personales.
- Gestionar es estrés provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal.
- Atención psicológica por profesionales colegiados para ayudar a regular la gestión emocional.
- Preservar las relaciones profesionales con las personales.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Apoyo a todos nuestros profesionales desde RRHH, mediante metodologías como carta muy especial para los hijos de 5 a 12 de todos los trabajadores.
- Equipo psicológico y atención telefónica.
- Reuniones antiestrés.
- Fisioterapia y ejercicio matutino.
- Talleres de meditación y gestión del estrés.
- Modificación de menús oferta de desayunos, para contribuir a subir el ánimo.
- Hilo musical durante las horas de descanso.

RESULTADOS Los resultados son fruto de un alto nivel de profesionalidad diferenciado en el capital humano del que disponemos. Nuestros profesionales con sus actitudes acordes a las condiciones, han sabido manejar el aprendizaje contaste de ser trasmisores de seguridad en nuestros pacientes. Han sabido ser la espina dorsal de la eficiencia, y la humanización. Todo esto con la finalidad de cubrir la necesidades de los pacientes, siendo sus familiares ante la ausencia de los mismos.

CONCLUSIONES Manejo y soporte competente de los profesionales ante lo desconocido. Capacidad de controlar el miedo y la ansiedad y convertirlo en profesionalidad.

ID: 253

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN PERIODOS DE PANDEMIA

AUTORES: PARRADO CUESTA, MARIA SOLEDAD[1]; CASTAÑEDA GARCÍA, MB[2]; GONZÁLEZ PÉREZ, ME[3]; ORTIZ DE SARACHO BOBO, J[4]; RIAÑO ALVAREZ, A[5]; SUÁREZ GUTIÉRREZ, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia producida con motivo de la COVID-19 ha obligado a todas las organizaciones a adaptarse rápidamente a dicha situación. Es evidente que, en el ámbito sanitario, esta adaptación conlleva una mayor relevancia en cuanto ha sido parte fundamental en la gestión y resolución de la misma, a la vez que se constituía en un elemento clave para el ciudadano en cuanto éste ponía en el sistema sanitario todas sus expectativas.
Conocer, por tanto, los resultados de dicha adaptación resulta fundamental para establecer estrategias de mejora que permitan seguir avanzando en el logro de resultados satisfactorios.
Una de las acciones llevadas a cabo fue la consulta telefónica, que vino a sustituir, casi de manera inmediata, la tradicional consulta presencial. Analizar los resultados de la misma, nos permitirá conocer no sólo como nos vemos sino, lo más importante, como nos ven. Y será este conocimiento, precisamente, el que nos permita desarrollar las estrategias antes mencionadas orientándolas adecuadamente hacia el usuario. En definitiva, el usuario, el paciente, como nuestro centro y razón de ser.

OBJETIVOS Conocer:
- Satisfacción parcial con algunas de las características de la consulta telefónica.
- Satisfacción global con la consulta telefónica.
- Satisfacción del cliente tras una experiencia concreta (pandemia).
- Identificar Necesidades y Expectativas del cliente.
- Identificar fortalezas y debilidades.

MATERIAL Y MÉTODOS Encuesta de 29 ítem alojada en Microsoft Forms, realizada para pacientes con consulta entre el 16 y el 31 de marzo de 2020, seleccionados de manera aleatoria y sin considerar el tipo de consulta realizada.
Población: 15449.
Tamaño de la muestra: 941
Nivel de Confianza: 95%
Margen de error: 2,66% (para 820 autorizadas y 512 con consulta telefónica)

RESULTADOS Se obtiene un índice de respuesta del 87%. El perfil de usuario es Mujer (65%), con edad comprendida en los 41 y 60 años (41%), con nivel de estudios primarios o secundarios (68%) y escasa utilización de las TIC en salud (28%).
El 87% de las consultas telefónicas son realizadas por el médico y el 44% reciben 2 o más llamadas.
El motivo principal de la llamada es el seguimiento de la enfermedad (48%).
El 75% considera la consulta telefónica altamente efectiva para seguimiento, resultados y control medicación.
El 78% recomienda la consulta telefónica.
El 31% considera que debería realizarse consulta telefónica para resultados, seguimientos y medicación.
Un 13% opina que deben realizarse consultas telefónicas pero teniendo en cuenta condicionantes como la edad del paciente, el estado físico o la patología

CONCLUSIONES

La implantación de la telemedicina sería bien recibida si se acompaña de criterios claros de garantía de seguridad al paciente:
1) se garantiza que la primera consulta será siempre presencial
2) se facilita la video llamada para el facultativo
3) Agilidad en resultados y seguimientos reducción de listas de espera
Además, se eliminarían traslados y tiempos de espera innecesarios en consultas médicas

ID: 254

NUEVAS TECNOLOGÍAS EN MEDICINA. INTEGRACIÓN DE UNA CONSULTA VIRTUAL COLABORATIVA (CVC) DE NEFROLOGÍA EN UN HOSPITAL.

AUTORES: BALTAR MARTÍN, JOSE MARIA[1]; GALLARDO PÉREZ, A[2]; DEL RÍO GARCÍA, L[3]; ALCURIA LEDO, L[4]; SERAS MOZAS, M[5]; PÉREZ CANGA, JL[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El presente estudio surge de la necesidad de mejora continua en la coordinación con Atención Primaria a través de la implantación de consultas no presenciales y de la protocolización de procesos asistenciales de nefrología y que se debe de postular como una buena alternativa para evitar desplazamientos de los pacientes a los centros sanitarios.

OBJETIVOS Mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema y reducir el tiempo de espera y el número de consultas presenciales en un plazo no superior a 12 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS El estudio se desarrolló siguiendo diez pasos:

1. Diseñar el circuito OMI (Organización Médica Informática)-SELENE.
2. Constituir el equipo de trabajo y asignación de roles entre el responsable del proyecto SIAI (Sistema de Información Asistencial Integrado) dependiente de la Dirección General de Planificación del Servicio Público de Salud de la Provincia , la Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área , la Coordinación de Atención Primaria y el referente de la sección de nefrología.
3. Elegir los procesos asistenciales: Enfermedad Renal Crónica (ERC) e Hipertensión Arterial (HTA) y elaborar una plantilla con un conjunto básico de datos.
4. Diseñar un cronograma para su implantación.
5. Elaborar una encuesta para conocer las necesidades formativas de los profesionales.
6. Formar un grupo de trabajo para diseñar un plan formativo anual y establecer protocolos comunes.
7. Organizar un curso de formación acreditado sobre ERC y HTA.
8. Establecer indicadores de actividad para comprobar la efectividad de la Consulta Virtual Colaborativa (CVC).
9. Poner en marcha la CVC inicialmente con un único responsable en una sola agenda y posteriormente extender el modelo al resto de zonas básicas de salud del área y al resto de consultas de nefrología.

RESULTADOS Desde febrero de 2019 hasta el 11 de junio de 2020 se han valorado 100 CVC. La edad media fue de 75 ± 13 (37-95). Un 46 %tenía una edad por encima de 80 años y un 48% eran varones.
En relación a los procesos un 75% era ERC, un 13% HTA y un 12 % otros. Sobre la resolución un 75% fue alta , un 23% cita en nefrología y un 2% otros. Atendiendo a los meses , en el año 2019, 6 CVC fueron en febrero, 4 en marzo, 8 en abril, 5 en mayo, 8 en junio, 8 en julio, 4 en agosto, 8 en septimebre,7 en octubre, 6 en noviembre, y 5 en diciembre. En el año 2020 se hicieron 10 en enero, 10 en febrero, 2 en marzo, 1 en abril, 5 en mayo y 2 en junio.
El coste de implantar las CVC fue cero porque no ha supuesto ningún recurso adicional a los existentes pero sí hay que resaltar el capítulo de ahorros, dado que se pueden medir los costes estimados para la organización de los pacientes que no han tenido que acudir a una consulta presencial hospitalaria.

CONCLUSIONES A falta de aplicar los indicadores propuestos vinculados a la actividad y los que el servicio de salud defina, consideramos que la CVC va a suponer un ahorro en coste y tiempo para el sistema y una mejora en la calidad asistencial de los pacientes.

ID: 258

APP AGENDA DEL EQUIPO DIRECTIVO EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACTUALIZACIÓN EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA COVID19

AUTORES: FERNÁNDEZ PERIS, CESAR[1]; CARRILLO MURCIA, I[2]; GUILABERT MORA, M[3]; GÓMEZ JUAN, J[4]; VICENTE RIPOLL, MA[5]; ARANAZ ANDRES, J[6]

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ[1235], FISABIO[4], SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL, IRYCIS[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La aplicación móvil "Agenda de seguridad del paciente" permite a los equipos directivos programar sus actividades en materia de seguridad del paciente, conforme a la norma ISO/UNE 179003:2013 y a la literatura especializada. Esta app se implantó en junio de 2015 y, hasta la actualidad, ha sido instalada en más de 800 dispositivos. La pandemia COVID19 ha hecho necesario el replanteamiento sus actividades pre-programadas.

OBJETIVOS Desarrollar una nueva versión de la app en la que se han incorporado actividades periódicas adicionales relacionadas con el control de los procedimientos y protocolos de actuación acordes con lo aprendido durante la crisis de la COVID19 y las recomendaciones para afrontar de forma efectiva los retos que supone la atención a pacientes COVID19.

MATERIAL Y MÉTODOS Partiendo de la estructura existente para la app, se propusieron nuevas actividades periódicas en los siguientes apartados: "identificación y análisis de los procesos de gestión de riesgos"; "acciones formativas en seguridad del paciente"; "comunicación, información y documentación"; "consecuencias de eventos adversos"; "auditorías"; y "cultura de seguridad positiva".
En total, se añadieron 23 actividades adicionales, repartidas en los apartados mencionados anteriormente. Por ejemplo, se incluyó la organización de rutas de seguridad para pacientes y profesionales, el establecimiento de áreas asistenciales seguras, calidad y seguridad en modelos de consulta no presencial, gestión del stock de productos sanitarios y de protección, establecimiento de prioridades durante crisis sanitarias, etc.
La actualización de la app se realizó de modo que los usuarios existentes no perdieran las configuraciones realizadas hasta la fecha. Básicamente, las configuraciones consisten en activar o desactivar los recordatorios para ciertas actividades y en la adición de actividades específicas para los centros.

RESULTADOS Se ha finalizado la actualización de la app y ha sido aceptada por Apple para su publicación en App Store con fecha 12 de julio de 2020. Es importante recalcar que todas las aplicaciones móviles cuya temática está relacionada con la COVID19 son objeto de un proceso de revisión más estricto por parte de Apple, que asegura su calidad y fiabilidad. Esta app fue evaluada externamente por la Agencia Andaluza de Calidad Sanitaria y acreditada como App Saludable.

CONCLUSIONES La aplicación móvil "Agenda de seguridad del paciente" está ahora preparada para que los equipos directivos puedan programar todas las actividades requeridas en materia de seguridad del paciente COVID19 Y NO COVID19 en el escenario sanitario actual.

ID: 259

DESARROLLO DE LA APP SER + CONTRA COVID PARA PROFESIONALES ASOCIADOS A LA SITUACIÓN DE CRISIS OCASIONADA POR LA COVID-19

AUTORES: VICENTE RIPOLL, MARIA ASUNCION[1]; FERNÁNDEZ PERIS, C[2]; LÓPEZ-PINEDA, A[3]; PÉREZ-JOVER, MV[4]; PÉREZ-PÉREZ, P[5]

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ[124], FISABIO[3], AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por SARS-CoV-2 se convirtió en un importante problema de salud pública en marzo de 2020. Debido a la alta tasa de hospitalizaciones por COVID-19 en poco tiempo máxime en algunas zonas del país, los trabajadores de la salud y otro personal involucrado estuvieron sujetos a una carga de trabajo extraordinaria y una gran angustia emocional.

OBJETIVOS Ofrecer una respuesta dinámica y accesible para identificar el nivel de estrés agudo que se soportaba y orientar sobre la búsqueda de recursos para mitigarlo.

MATERIAL Y MÉTODOS Se diseñó una aplicación móvil que a partir de una autoevaluación fue capaz de proporcionar recursos de apoyo psicológico necesarios para prevenir y mitigar el estrés agudo asociado a la situación de crisis ocasionada por la COVID-19. Los recursos de apoyo se diseñaron específicamente de acuerdo con las necesidades detectadas y las acciones propuestas a través de una revisión basada en evidencia y una conferencia de consenso on-line con médicos de diferentes especialidades, enfermeros, psicólogos clínicos y personas responsables de la calidad y la seguridad del paciente. La aplicación móvil se desarrolló para las dos plataformas globales: Android e iOS, y en dos idiomas: español e inglés. La aplicación fue evaluada externamente por la Agencia Andaluza de Calidad Sanitaria y acreditada como App Saludable.

RESULTADOS La app se iniciaba con una breve presentación que explicaba su propósito y proporcionaba acceso a una sección de información de la app. Una vez que se completaba la introducción, la app se estructuró en tres módulos principales. El primer módulo, 'Consejos y recomendaciones', mostraba una lista de recursos que pueden ser útiles para los trabajadores sanitarios que atendían a pacientes infectados con COVID-19. Estos recursos incluían carteles, documentos y videos. El segundo módulo, 'Autoevaluación sobre la capacidad de hacer frente a la crisis COVID-19', presentaba un test de 10 preguntas que trataba de evaluar si los profesionales estaban abrumados por la situación que estaban experimentando. Sobre la base de los resultados de este test, la app proponía una serie de pautas o recomendaciones, que incluyen consejos y recursos digitales. El tercer módulo, 'Visitar sitio web', redirigía a los usuarios al sitio web del proyecto, "Segundas víctimas de la COVID-19" donde se podían consultar en más detalle todos los recursos desarrollados sobre esta temática.
La versión de Android se publicó por primera vez en Google Play el 1 de abril de 2020; mientras que la versión de iOS se publicó por primera vez el 11 de mayo de 2020. Hubo 472 descargas totales de aplicaciones durante ese período (Android 361, iOS 111).

CONCLUSIONES La recuperación de los profesionales para estar preparados en caso de un posible nuevo brote es un requisito para asegurar calidad y seguridad de pacientes COVID19 y no COVID19. Herramientas como esta que facilitan una medida rápida del nivel de estrés agudo pueden contribuir a este objetivo.

ID: 260

PAPEL DE LA ENFERMERÍA DE UN SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA COVID19

AUTORES: CAZALLA FONCUEVA, ANA MARIA[1]; MARIN COLLADO, RM[2]; NOGALES BUENO, G[3]; DELGADO SOTO, C[4]; PEREA CRUZ, E[5]; SOLIS LOPEZ, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los trabajadores sanitarios y no sanitarios dedicados a la atención de pacientes con sospecha o infección por COVID19, o expuestos a entornos probablemente contaminados por el virus, deben recibir información, formación y entrenamiento adecuado y suficiente, basados en todos los datos disponibles según el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

OBJETIVOS Formar e informar a los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre Prevención y Control de la Infección COVID19 en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS Método: Descriptivo
Material:
-Talleres Formación
-Material Informativo
-Procedimientos
-Consulta telefónica de Enfermería

RESULTADOS Talleres de Formación
Los talleres "Uso seguro de los EPI, secuencia de puesta y retirada supervisada" e "Higiene de Manos" fueron simultáneos y se impartieron 54 ediciones desde el 03 de febrero al 29 de Abril del 2020 con un total de 753 asistentes.
El taller "Toma de Muestras Nasofaríngeas para detección Infección COVID19" se imparte desde el 15 de Mayo y aún sigue abierto, se han formado un total de 24 profesionales de Enfermería de Unidades Quirúrgicas.
Material Informativo:
Se realizó Carteles de Colocación y Retirada de los EPI plastificada en formato A3, se entregó en Unidades COVID19 y se colgó en la Intranet para disposición de Unidades.
Se grabaron dos vídeos: Uno de Colocación y Retirada de EPI y otro de EPI en procedimientos que generan aerosoles. Se visualizaron en talleres formativos y se colgaron en Intranet.
Consulta telefónica de Enfermería:
Se planificaron turnos de atención telefónica de 8:00-15:00h y de 16:00-20:00h.
Se realizó documento de unificación de respuestas.
Las dudas planteadas fueron:

- Sobre EPI (Tipo de Mascarillas, tipo de batas, gafas, caretas, guantes).
- Donde encontrar la información solicitada (páginas del Ministerio, Intranet del Hospital).
- Profesionales con signos/síntomas de enfermedad no deben acudir a trabajar y deben notificarlo a su cargo intermedio que lo comunicará a Preventiva.
- Información sobre Medidas Higiénico-sanitarias en Aislamiento Domiciliario.
- Procedimiento a seguir por los profesionales sensibles.
- Procedimiento a seguir por las Embarazadas.

CONCLUSIONES

- La Enfermería de Preventiva han tenido que mantenerse constantemente informados para dar respuesta actualizada a los profesionales.
- La formación e información a los profesionales se inició de forma precoz en Unidad asignada para pacientes COVID19 y se fue adaptando en una formación en cascada para llegar a más profesionales y además se incorporó actualizaciones que el Ministerio de Sanidad iba publicando.
- La consulta telefónica de Enfermería fue muy demandada a pesar de los cambios constantes que se iban produciendo desde el Ministerio y que causaban incertidumbre en los profesionales.

ID: **262**

DETERMINACIÓN DE SARS-COV-2 EN EL AIRE DE LA UCI Y PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN CON PACIENTES COVID-19.

AUTORES: ESCUDERO AUGUSTO, DOLORES[1]; BARRERA, JA[2]; BOGA, JA[3]; BALBOA, S[4]; VIÑAS, S[5]; MARTÍN, G[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS[13456], ANAQUA S.L. Y LABORATORIOS INNOAGRAL S.L.[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Estudiar la presencia de SARS-CoV-2 en el aire de las áreas hospitalarias donde se tratan pacientes con Covid-19 tiene gran importancia de cara a mantener la seguridad de los profesionales sanitarios y evitar su contagio.

OBJETIVOS Analizar la presencia de SARS-CoV-2 en el aire de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y planta de hospitalización dedicadas a tratar pacientes con Covid-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio realizado a finales de Mayo 2020. Las tomas de aire se realizaron durante un tiempo de 2-4 horas en 2 unidades de la UCI y en una planta de hospitalización dedicada a la atención de pacientes con Covid-19. La UCI estaba equipada con presión negativa de -10 pascales y disponía de un intercambio de 20 ciclos/h de aire. La planta de hospitalización no disponía de renovación de aire. Las muestras de aire se obtuvieron mediante dos métodos: 1) Equipo de muestreo SAS Bioser Mod. Microbio 0111302 con un caudal de aire de 500 l/300seg y placa rodac de 55 mm de diámetro sobre la que posteriormente se obtuvieron muestras con hisopo prehumedecido y 2) Rampa de filtración con filtro de membrana de polietersulfona FILTER-LAB® de 0,1 micras de porosidad y 47 mm de diámetro conectado al sistema de vacio del hospital mediante un vacuometro a 60 kPa. La presencia de SARS-CoV-2 se analizó mediante la detección del genoma viral utilizando una RT-PCR cuantitativa múltiple. Los ácidos nucleicos fueron purificados mediante MagNa Pure 96 System (Roche, Ginebra, Suiza) a partir del medio de transporte de los hisopos o del eluido obtenido tras incubar los filtros durante media hora a 37ºC. Las extracciones fueron sometidas a una reacción de amplificación suplementado con una mezcla de cebadores y sondas taqman MGB dirigidos contra dos dianas, los genes ORF1ab y N. Las amplificaciones y su posterior análisis se llevaron a cabo usando el Applied Biosystems 7500 Real-time PCR System.

RESULTADOS Se obtuvieron un total de 7 muestras de aire (Tabla 1). El análisis mediante RT-PCR cuantitativa no mostró en ningún caso detección del genoma de SARS-CoV-2 en las muestras recogidas por los dos métodos descritos. Tabla 1:

Muestras aire	PCR
Box 50 UCI (obtención mediante sistema placa/hisopo)	-
Box 33 UCI (obtención mediante sistema placa/hisopo)	-
Box 56 UCI (obtención mediante filtro)	-
Box 50 UCI (obtención mediante filtro)	-
Box 38 UCI (obtención mediante filtro)	-
Box 37 UCI (obtención mediante filtro)	-
Habitación planta hospitalización Neumología (obtención mediante filtro)	-

CONCLUSIONES No se ha podido demostrar la presencia de SARS-CoV-2 en el aire de la la UCI ni en la planta de hospitalización.

ID: **263**

AUTORES: MACIAS MAROTO, MARTA[1]; BALDOMINOS UTRILLA, G[2]; PINTADO DELGADO, C[3]; HERAS GOMBAO, T[4]; ALVAREZ HERNANDEZ, J[5]; VILLA DIAZ, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 26 de mayo de 2006 se crea la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR). Casi 10 años más tarde, en febrero de 2017, tras analizar la actividad de esta Unidad y su impacto en la seguridad del paciente, se detectó la necesidad de elaborar un Plan de Mejora de la estrategia del Hospital.

OBJETIVOS Mejorar la cultura de seguridad del paciente en el hospital entre los profesionales
Aumentar la eficiencia de la UFGR a través de acciones en seguridad del paciente para mejorar el impacto en la reducción de riesgos

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una propuesta de mejora en el seno de la UFGR con el apoyo de la Dirección, siendo la primera acción la modificación de su estructura. Se realizó un mapa de riesgos general del hospital basado en las notificaciones de seguridad del paciente y los resultados de las evaluaciones de los objetivos. Se potenció la función y figura de los Responsables de Seguridad por servicios, creada en 2013, mediante sesiones informativas semestrales y el apoyo individualizado en la gestión de las notificaciones de seguridad del paciente. Se estableció además que planificaran anualmente objetivos de seguridad por servicio. Se programaron planes de formación anuales adaptados a las necesidades. Se estableció la revisión y creación de nuevos protocolos e implementación de prácticas seguras basadas en la evidencia o en recomendaciones locales.

RESULTADOS Los resultados de la puesta en marcha de la estrategia de seguridad del paciente revisada y liderada por la UFGR fue la siguiente:

- Se modificó la estructura estanca de la UFGR de 22 miembros, a una organización basada en una comisión permanente de 12 miembros y grupos de trabajo flexibles, que en la actualidad son 7 con un total de 50 miembros. Desde 2017 la UFGR ha liderado la puesta en marcha de 56 objetivos de seguridad del paciente.
- Actualmente hay 90 responsables de seguridad del paciente por servicios, y de un cumplimiento de objetivos del 52% en el año 2016, se ha avanzado hasta el 89% en 2019. Los responsables de seguridad impartieron en 2019 un total de 60 sesiones formativas, con un alcance del 32,2% de los profesionales sanitarios.
- De 2017 a 2019 se elaboraron/revisaron 15 nuevos protocolos.
- Las notificaciones de seguridad del paciente se han incrementado en un 51% respecto a 2017. Derivadas de esas notificaciones se han establecido un total de 1.311 medidas correctoras en los tres años del análisis, con un incremento de la gestión del 13%.
- Se ha protocolizado la gestión completa de los eventos centinela, derivando desde 2017 en la realización de 12 análisis causa-raíz.

CONCLUSIONES El establecimiento de un plan de mejora de la estrategia de seguridad del paciente ha tenido un impacto muy relevante en los resultados de la cultura de seguridad y en la reducción de riesgos para el paciente. Esto ha posibilitado la creación de una red de seguridad del paciente que es necesario potenciar para mantener e incluir a todos los profesionales.

ID: **264**

APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA: EL PLAN PARA AFRONTAR UNA CRISIS SANITARIA

AUTORES: BUENO CAMPAÑA, MARÍA MERCEDES[1]; LORENZO MARTÍNEZ, S[2]; BERNARDINO SANTOS, M[3]; CASTILLA CASTELLANO, V[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Aprovechando la situación vivida durante la pandemia COVID -19 en el hospital, la Dirección del hospital promovió el análisis de lo ocurrido para la preparación del centro para una posible nueva oleada.

OBJETIVOS Elaborar un plan de acción a partir de la experiencia vivida, para afrontar con rapidez y flexibilidad cualquier situación que ponga a prueba la capacidad del sistema sanitario alineados con el plan estratégico del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS Ámbito: hospital de 402 camas del SERMAS. Periodo de estudio: junio 2020.
Se definieron tres ejes como esquema de trabajo: Infraestructuras, Recursos Humanos y Logística (o Sistemas de apoyo).
Para el análisis se formaron grupos multidisciplinares de debriefing, que se estructuraron siguiendo el proceso de atención continuada con representantes de los ámbitos implicados:

- Atención extrahospitalaria/Urgencias
- Urgencias/Hospitalización/Quirófanos
- Hospitalización/Unidad de Cuidados Intermedios/UCC-REA

Se buscó la cooperación ente los distintos ámbitos que participan en el proceso, evitando al máximo el desarrollo de planes paralelos en compartimentos estancos, entendiendo que, si bien necesarios, han de verse como partes de un todo, integrados en el plan general. Servicios como Admisión, Medicina Laboral, Preventiva, Laboratorio o Diagnóstico por imagen pivotan sobre todos ellos.

RESULTADOS El grupo se constituyó el 8/6/2020 y el plan se publicó el 17/7. Se formaron 6 grupos de trabajo. En total se realizaron 10 reuniones para identificar áreas de mejora y su posible despliegue en una futura situación similar.
El análisis de lo hecho ha puesto de manifiesto la necesidad de mejorar las capacidades de trabajo en equipo, la gestión de la incertidumbre, la comunicación a todos los niveles y la resiliencia como herramientas fundamentales para lograr estos objetivos. La necesidad de entrenamiento también en aspectos técnicos es otro de los aspectos a considerar.
Tomando como base estos principios, se ha desarrollado un plan en el que la atención al paciente se inicia en el ámbito extrahospitalario (Atención Primaria, demanda individual o en la Instituciones como residencias de ancianos), hasta completar el escalón más alto de atención en la unidad de Cuidados críticos, sin olvidar la gestión de la muerte, como potencial etapa final.

CONCLUSIONES El análisis de la situación permitió identificar las necesidades de la organización, conocer los recursos disponibles en términos de Infraestructuras, Recursos Humanos y Logística, información con la que se ha elaborado el plan de acción.
El análisis ha puesto encima de la mesa el potencial extracurricular de la plantilla, con el que se ha diseñado un plan de formación en habilidades técnicas y no técnicas, incluyendo la autoprotección y la gestión de la incertidumbre.
La inversión de tiempo en el análisis de la experiencia vivida ha posibilitado identificar soluciones ágiles y eficaces para los diferentes escenarios que se planteen en función de los retos a los que nos podamos enfrentar.

¿TENEMOS SARS-COV-2 EN LAS SUPERFICIES AMBIENTALES DE LA UCI?

ID: **265**

AUTORES: ESCUDERO AUGUSTO, DOLORES[1]; BALBOA, S[2]; ALBILLOS, R[3]; LEOZ, B[4]; MARTÍN, G[5]; BOGA, JA[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La contaminación ambiental por SARS-Cov-2 en UCI puede aumentar el riesgo de contagio a los profesionales sanitarios, por lo que determinar la presencia de SARS-Cov-2 tiene trascendencia de cara a mejorar la seguridad de los mismos.

OBJETIVOS Analizar la contaminación ambiental por SARS-CoV-2 en superficies de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con pacientes Covid-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio prospectivo durante los meses de marzo y abril 2020. UCI de adultos dedicada exclusivamente a la atención de pacientes con Covid-19 durante el estudio. Se realizó detección del genoma de SARS-CoV-2 mediante RT-PCR cuantitativa en diferentes superficies ambientales de la UCI que estaban en contacto estrecho con pacientes y profesionales sanitarios La UCI estaba equipada con presión negativa de -10 pascales y disponía de un intercambio de 20 ciclos/h de aire. La recogida de muestras se realizó mediante 2 métodos: a) hisopo prehumedecido de los usados para toma de exudado nasofaríngeo y b) toallitas humedecidas utilizadas en el control microbiológico ambiental de la industria alimentaria para obtener una mayor muestra ambiental. La recogida de muestras se realizó sin un horario fijo, a lo largo de todo el día.
Determinación de PCR y serología por técnica ELISA a trabajadores de la UCI en estudio.

RESULTADOS Se obtuvieron un total de 102 muestras ambientales (72 con hisopo prehumedecido y 30 con toallitas) de respiradores, monitores, bombas de perfusión, ambú, esfingomanómetro, barandillas de la cama, mesetas de trabajo, contenedores de equipos de protección individual, ratón/teclado de ordenador, teléfonos, suelo, zapatos de trabajadores, manillas de puertas y otras zonas de contacto estrecho y permanente con pacientes Covid-19 y con los profesionales sanitarios que los atendían. El análisis PCR no mostró detección del genoma de SARS-CoV-2 en ninguna de las muestras ambientales recogidas.
A finales de abril se chequearon un total de 237 trabajadores de la UCI incluido el personal de limpieza a los que se les realizó PCR y serología por técnica ELISA siendo todos negativos.

CONCLUSIONES No se ha podido demostrar la contaminación ambiental por el SARS-CoV-2 en las superficies de la UCI.

ID: **266**

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA NORMATIVA PARA EL ACCESO REMOTO A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

AUTORES: FERNÁNDEZ LOBATO, ROSA[1]; GONZÁLEZ REVALDERÍA, J[2]; GARRIDO GUMIEL, N[3]; GARCÍA VELASCO, C[4]; ANDRÉS MOLINERO, MA[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DE GETAFE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La reciente pandemia por COVID-19 ha obligado a desarrollar sistemas de comunicación a distancia con pacientes y familiares tanto para realización de consultas médicas como para informar de la evolución de los pacientes ingresados.

OBJETIVOS Establecer una sistemática de actuación que, ajustándose a la normativa, permita la realización de consultas a distancia (video consultas, consultas telefónicas), remisión segura de resultados e informes a pacientes e información a familiares de pacientes ingresados sobre su evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS Se constituyó un grupo de trabajo formado por la Asesoría Jurídica, Unidad de Calidad, Servicio de Admisión y Dirección Médica. Se analizó la normativa actual relacionada con el manejo de datos de salud y el Código Deontológico Médico.

RESULTADOS Se establece un protocolo de actuación que contempla que, como norma general, todas las actuaciones que se realicen deberán quedar registradas en la Historia Clínica del paciente, incluidas las informaciones a familiares.
- Vídeo consulta: Se utilizarán las herramientas corporativas seguras que ponga a disposición la Consejería de Sanidad, principalmente a través de Zoom.
- Consultas telefónicas realizadas desde el hospital: Se establecen actuaciones según sea un paciente nuevo o un paciente en seguimiento. Se contemplan actuaciones específicas en caso de pacientes incapaces, pacientes que deleguen la información en otra persona y pacientes que no deseen realizar la consulta por teléfono. A su vez, cada Unidad asistencial del hospital tendrá definidas las consultas que se realizarán preferentemente por este sistema y agendas específicas para las mismas.
- Consultas telefónicas realizadas por pacientes: Se define un sistema de realización, registro en historia clínica y forma de captura de las mismas.
- Envío de datos en informes a pacientes: Se definen los sistemas de acceso a través de Carpeta Salud (Consejería de Sanidad), correo postal o correo electrónico (en este caso con sistema de encriptación).
- Información a familiaSe especifica una plantilla común para homogeneizar el contenido de la información, independientemente del facultativo que la proporcione, y un sistema de identificación del familiar designado por el paciente para recibir la información.
Se establece un sistema de difusión del protocolo al personal del hospital.
En todos los casos se definen indicadores de actividad, eficiencia, seguridad del paciente y calidad percibida.

CONCLUSIONES El sistema llena una laguna existente en la actuación de los facultativos con las nuevas formas de acceso a pacientes. Se ha difundido en el hospital por intranet y correo corporativo. La guía de actuación ha sido muy favorablemente recogida por sus destinatarios haciendo, estos, especial énfasis en su adecuación dada la especial sensibilidad que poseen los datos relacionados con la salud.

ID: **267**

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

AUTORES: RODRÍGUEZ FOUZ, CORAL[1]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Servicio de Admisión del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol mantiene un sistema de gestión de calidad que analiza los puntos críticos en la prestación de sus actividades y mide la satisfacción del usuario con el objetivo de satisfacer sus expectativas y necesidades.

OBJETIVOS

- Medir el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a los mostradores de citación del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
- Analizar la satisfacción con los nuevos sistemas de identificación de llegada de pacientes (QUENDAS), de señalización de las consultas y de avisos de citas por SMS.
- Establecer áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo de corte transversal mediante encuesta estructurada y anónima a los usuarios atendidos en los mostradores del Servicio de Admisión, entre los días 25 y 29 de noviembre de 2019.
La encuesta constaba de 9 preguntas con cuatro posibles respuestas en relación a:

1. El trato dispensado
2. La información facilitada
3. El tiempo que tuvo que esperar a ser atendido
4. El tiempo empleado en la atención
5. La atención telefónica
6. La facilidad de uso de las máquinas expendedoras de tickets
7. La señalización de las salas de espera
8. La señalización de los mostradores de Admisión
9. La utilidad del aviso de cita por SMS

Por último, se incluía una pregunta abierta sobre lo que cambiaría para mejorar la atención recibida.
Análisis de los datos recogidos en Excel.

RESULTADOS Se repartieron 1223 encuestas, se recibieron y analizaron 504 (tasa de respuesta de un 41,2%).
Los usuarios se muestran satisfechos o muy satisfechos en un 90% con el trato e información recibidos, en un 89% con el tiempo empleado en la atención y en un 86% con la señalización de los mostradores.
En cuatro ítems ese porcentaje está alrededor del 80%: el tiempo de espera para ser atendidos, la facilidad de uso de las máquinas expendedoras de tickets, la señalización de las salas de espera y los avisos de cita por SMS.
El ítem que muestra un menor porcentaje de satisfacción es la atención telefónica: un 60%.
En la pregunta abierta, un 27% de los usuarios anotaron algún comentario. Los comentarios se analizaron y compararon con los de la encuesta realizada en el año 2017: los referidos a la necesidad de más recursos humanos e informáticos descendieron de un 16,2% a un 6%. También disminuyeron los referidos a la necesidad de mejorar la amabilidad, la comunicación y la información (de un 5,2% a un 1,6%), de lo que se deduce que las acciones de mejora adoptadas dieron resultado.
En relación al nuevo sistema de identificación de llegada de pacientes un 5,4% de los encuestados hicieron propuestas de mejora.

CONCLUSIONES

El análisis de los diferentes niveles de satisfacción mostrados y, especialmente, de las sugerencias y comentarios facilitados en la pregunta abierta resulta siempre de gran utilidad para formular acciones de mejora.

La medición del grado de satisfacción de los usuarios con las actividades que el Servicio les ofrece es una herramienta útil para la mejora continua.

ANÁLISIS DEL PERFIL DEL CUIDADOR DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS

ID: **268**

AUTORES: VALDES ARIAS, COVADONGA[1]; BALTAR MARTIN, JM[2]; DEL RIO GARCIA, L[3]; ÁLVAREZ GUTIERREZ, JM[4]; FERNÁNDEZ RUBIO, L[5]

CENTROS DE TRABAJO: FINBA[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[2345]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La realidad del envejecimiento de la sociedad conlleva el incremento de enfermos crónicos y el mantenimiento de los cuidados de esos pacientes recae muy a menudo en familiares, repercutiendo de una manera directa en la disposición de su tiempo, trabajo, economía y salud.

OBJETIVOS Analizar la calidad de vida relacionada con la salud, el apoyo social y la sobrecarga percibida en los cuidadores de pacientes de diálisis. Los resultados se compararán con los obtenidos en una muestra de cuidadores de la misma unidad y de iguales características estudiados en el año 2002.

MATERIAL Y MÉTODOS En marzo de 2016 se seleccionó una muestra aleatoria, estratificada por edad y sexo de 16 díadas pacientes-cuidadores. Los pacientes contestaron el Cuestionario de Salud SF-36 y sus familiares al SF-12 que permiten obtener puntuaciones sumarias de las dimensiones físicas (PCS) y mentales (MCS). El familiar contestó además la Escala de sobrecarga de Zarit que mide el grado de sobrecarga experimentado por cuidar del paciente. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos habituales en pacientes renales y también los relativos a la salud de los cuidadores y a la tarea de cuidar. Paciente y cuidador también contestaron a la Escala de Apoyo Social Funcional Duke-Unk. Todos estos datos fueron comparados con los ya obtenidos de 16 cuidadores en el 2002 donde se llevó a cabo el estudio con el mismo procedimiento.

RESULTADOS La edad media de los pacientes ha aumentado en el 2016 (71 ± 13) frente al año 2002 (68± 11). A su vez los datos de calidad de vida reflejan que los pacientes de ahora tienen peores resultados en los aspectos de la salud física (34 ± 12 vs. 46 ± 17) p=0,008, si bien tienen mejores datos en los aspectos mentales (54 ± 10 vs. 45 ± 17). En relación a los cuidadores también se encuentra un aumento en la edad del familiar con respecto a la pasada década (64 ± 14 vs. 60 ± 15) y en relación a los datos de la calidad de vida hay ligera mejoría en el 2016 tanto en los aspectos físicos (52 ± 9 vs.48 ± 11) como mentales (53 ± 8 vs. 51± 11). Sobre la sobrecarga percibida por cuidar los datos reflejan sobrecarga leve en ambas etapas (30 ± 7 vs. 33 ± 11) siendo la preocupación por el futuro del paciente el aspecto que más reflejan los familiares. Las variables asociadas a menor MCS (peor estado de salud mental) del familiar fueron una mayor sobrecarga (r = 0,40; p< 0,034) y un menor nivel de apoyo social (r =0,83; p< 0,001). A su vez los pacientes más jóvenes perciben más sobrecarga por cuidar a los pacientes (r = 0,40; p< 0,038) y menor apoyo socio-familiar (r = 0,47; p< 0,006)

CONCLUSIONES La edad de los pacientes en diálisis aumenta a la par que el de sus cuidadores. La salud mental de los familiares que cuidan se ve más afectada en aquellos que experimentan una mayor sobrecarga, un menor apoyo social y tienen que cuidar de pacientes con peores estados de salud mental. Por su parte la sobrecarga experimentada depende a su vez del apoyo social percibido y de la edad.

ID: 269

NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS PARA HACER FRENTE A LA PANDEMIA EN SUDAMÉRICA.

AUTORES: MARTIN-DELGADO, JIMMY[1]; MULA-LEAL, A[2]; SERPA, P[3]; CAMPOS DE ANDRADE LOURENÇÃO, D[4]; MIRA, JJ[5]; , [6]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y SANITARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIA[12], UNIVERSIDAD DE SANTANDER[3], UNIVERSIDAD DE SAO PAULO[4], DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE-SAN'T JOAN[5], [6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La rotura del stock de Equipos de Protección Individual (EPI) para evitar contagios del personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2 han sido un problema común en todos los países. Pero los sistemas de salud en Sudamérica son más débiles que otros con economías más fuertes y financiación para la atención sanitaria. Los datos publicados no han incluido un análisis de la situación en países de Sudamérica.

OBJETIVOS El propósito de esta investigación fue dilucidar si ha existido escasez de EPI desde la perspectiva de los profesionales de primera línea en Sudamérica.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio transversal en el que se utilizó un cuestionario en línea, desde el 4 de abril al 7 de mayo, en tres países de Sudamérica. La encuesta incluyó 18 preguntas. Las preguntas fueron agrupadas en relación con la existencia de EPI. A través de un muestreo intencional la encuesta fue enviada a los diferentes grupos profesionales involucrados en la atención de pacientes COVID-19. La participación fue voluntaria y anónima.

RESULTADOS Se incluyeron 1082 participantes, de los cuales el 36% (389) eran de Colombia, el 32,5% (352) de Brasil y el 31,5% (341) de Ecuador. Los médicos representaban el 49,4% (534) y las enfermeras el 24,3% (263). La mayoría de los participantes trabajaban en hospitales públicos 49,7% (538), hospitales privados 25,4% (273) y atención primaria 13,4% (145). El 70,4% (755) de los participantes trabajaban en unidades en las que se aplican técnicas que generan aerosoles (Cuidados Críticos, Urgencias y Hospitalización). Al menos el 70% del personal informó de la falta de disponibilidad de EPI. Las carencias más comunes fueron los trajes de protección especial cerrados 59,4% (643) y las mascarillas N95 55,5% (600). Los profesionales que trabajaban en actividades en las que existe la posibilidad de aplicar técnicas que generan aerosoles reportaron más carencias de EPI ($p< 0.05$). Hasta el 51,4% (556) de los participantes dijeron no tener suficiente entrenamiento sobre cómo usar el equipo de protección personal.

CONCLUSIONES En Sudamérica los profesionales de la salud pueden tener más dificultades que en otros entornos, ya que siete de cada diez reportan no disponer de los recursos necesarios para evitar contagios durante la atención a los pacientes con COVID-19.

HOTEL SANITARIZADO COMO UNIDAD DE APOYO EXTRAHOSPITALARIA DURANTE LA EPIDEMIA COVID-19

ID: **270**

AUTORES: SHORT APELLANIZ, JORGE[1]; GOMEZ MARTIN, O[2]; DEL OLMO RODRIGUEZ, M[3]; CHAVERO MENDEZ, B[4]; RUEDA NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, E[5]; CRESPO TORRES, MV[6]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ[15], RED HOSPITALES PÚBLICOS MADRID QUIRONSALUD[236], RED HOSPITALES PÚBLICOS MADRID QUIRONSALUD[3], HOSPITAL GENERAL DE VILLABA[4],

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Ante la situación epidemiológica de pandemia determinada por la infección por COVID-19, se hizo imprescindible la puesta en marcha de nuevos dispositivos y recursos, que complementaran a los hospitales y contribuyeran a garantizar la adecuación de la atención y de los cuidados a los pacientes que sufren la infección, al tiempo que se alivia la presión asistencial sobre la red hospitalaria y se asegurara las condiciones necesarias para contribuir a la contención de la infección.
Para ello se planificó la habilitación de un hotel sanitarizado adecuado que permitiera prestar cuidados a pacientes no dependientes

OBJETIVOS Principal: Garantizar la cobertura sanitaria en las áreas de referencia de una red de hospitales terciarios de forma eficaz y eficiente, aliviando la presión asistencial y contribuyendo a la contención de la infección.

MATERIAL Y MÉTODOS Cuando la capacidad de los hospitales se ve limitada, para lograr el objetivo principal nuestra red habilita diversos recursos, como el Hotel Sanitarizado (HS), dirigida a pacientes estables sin posibilidad de alta hospitalaria (imposibilidad de aislamiento en domicilio o a falta de 2 días de tratamiento). Para ello, se logra la cesión del Hotel City House Florida Norte y en 24h se dota de medios técnicos y humanos de hospitalización. Se termina de definir los criterios de traslado (ya que algunos venían dados por la Consejería de Sanidad) y los criterios de alta. Las direcciones de Atención al Paciente y Continuidad Asistencial filtran las solicitudes procedentes de nuestros hospitales.
Experiencia del paciente y familiaTrato humano; Digitalización y humanización: tabletas para video/llamadas. Establecimiento de llamadas al exterior y del exterior a cada una de las habitaciones. Información a familiares telefónica. Circuito de entrega de efectos personales, prensa y eventos digitales.
Continuidad asistencial: Comunicación con Primaria y residencias, cuidados y citas al alta
Prevención del burnout y seguridad profesional: turnos médicos fijos mañana/tarde o guardia con equiparación diaria de carga laboral según altas, manual de acogida de médicos en turno noche, escucha activa de Dirección con resolución eficaz de necesidades, catering y vestuarios (conciliación familiar), zonas de descanso, parking, EPIs y serología.

RESULTADOS El HS desarrolla su actividad entre el 23/3 y el 27/4/2020 con 342 admisiones, 322 altas y 20 traslados por empeoramiento a un hospital, cumpliendo expectativas de eficiencia, ya que se disminuyó 2 días (aprox) de estancia hospitalaria en 181 pacientes de la FJD, 15 H. La Luz, 6 H. Sur, 40 HRJC, 25 HUIE, 11 en HQSP Pozuelo, 2 Ruber Internacional, 19 en Ruber Juan Bravo, 29 HG Villaba, 1 de Clinica Moncloa. Además, se aceptaron 5 pacientes de IFEMA y 3 de Atención Primaria.

CONCLUSIONES Alto nivel de satisfacción de pacientes y familiares, así como la experiencia para los profesionales sin casos de burnout y resultados de eficiencia en gestión, permitiendo tener más camas libres en el hospital para nuevos pacientes

ATENCIÓN EN DUELO A PACIENTES Y FAMILIARES DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS

ID: **271**

AUTORES: ALVAREZ VILLECHENOUS, MONICA[1]; RODRIGUEZ BLANCO, L[2]; SEGURA VALVAERDE, M[3]; GARCIA DE ARENOSA, A[4]; DI STASIO, E[5]; BACA GARCIA, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA[1], HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA[2], HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA[3], HOSPITAL DE ALCALÁ[4], HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA[5], HOSPIATL FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la pandemia por coronavirus muchos de los fallecidos murieron solos en los hospitales. Los ritos funerarios desaparecieron, lo que suponía un cambio cultural en la forma de despedirse de los seres queridos. Desde los servicios de salud mental se propuso una línea de intervención para prevenir duelos complejos y asistir a las familias dado que las características de las despedidas suponían un factor de riesgo para desarrollar duelos patológicos.

OBJETIVOS El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el programa de intervención propuesto desde salud mental para la intervención temprana en duelo, con carácter preventivo.

MATERIAL Y MÉTODOS En un primer momento los clínicos de la unidad llamaban a los familiares de los fallecidos para dar el pésame y ofrecer un apoyo por parte de psicología clínica. Posteriormente esta labor la asumió el dispositivo de atención al paciente. Si se demandaba el servicio, mediante email se hacían llegar los datos al servicio de salud mental y algún psicólogo clínico del equipo se hacía cargo del caso. Se realizaba una entrevista inicial por teléfono donde se evaluaban las necesidades de la familia en ese momento, las características de la despedida y posibles factores de riesgo para un duelo complicado.
También se realizó acompañamiento de familiares de pacientes ingresados en UCI realizando apoyo en "última despedida". En este caso eran los compañeros del servicio de UCI quienes solicitaban una interconsulta.
Dentro del programa de atención a pacientes hospitalizados por Covid. Nos encontramos con varios casos de matrimonios o padres e hijos que residían juntos, ambos habían contraído el virus y habían ingresado en el hospital. En algunos casos uno de ellos no sobrevivía y el familiar debía de sufrir el duelo hospitalizado, contagiado y sin sus familiares. En estos casos era el propio personal que atendía al familiar desde las plantas de Covid o desde la UCI quien nos solicitaba apoyo.

RESULTADOS En total se atendió en nuestro hospital a 24 familiares de pacientes ingresados o fallecidos de los que en torno al 60% necesitó seguimiento.
Estos resultados son exclusivos de uno de los hospitales del grupo en los que se puso en marcha el proyecto. Sin embargo, son otros tres los hospitales que han llevado a cabo esta intervención y de los que se aportarán resultados.

CONCLUSIONES Al comienzo de la pandemia todos los esfuerzos estuvieron centrados en que el sistema no colapsara y atender la urgencia vital que esta suponía. Desde servicios como los de salud mental trabajamos en las consecuencias emocionales que esta situación anómala estaba provocando. La respuesta de familiares y pacientes fue positiva, agradeciendo la atención y el apoyo recibido. Lo que refleja que una intervención temprana centrada en la prevención, puede suponer una ventaja en muchos aspectos, como la optimización de recursos, la humanización en los cuidados de pacientes y familiares, la prevención de patología mental mayor y la mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes.

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19

ID: **273**

AUTORES: CERCAS DUQUE, ADRIANA[1]; BLANCO GARCÍA, A[2]; CIGÜENZA GUTIÉRREZ, M[3]; GARCÍA CAÑETE, J[4]; MORENO GARCÍA, J[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 9 de febrero fue el primer día que figura un caso de coronavirus en el territorio español. A partir de esta fecha todos los centros sanitarios tuvieron que trabajar por afrontar una situación de crisis sin precedentes en las últimas décadas.
La asistencia sanitaria iba a cambiar y por ello era preciso establecer planes de gestión bajo el marco de la seguridad del paciente y de los profesionales que los atendían.
Ante este escenario de crisis sanitaria causada por la pandemia Covid-19 servicios como urgencias desarrollaron planes para el manejo seguro de la salud de los ciudadanos.

OBJETIVOS Garantizar el mayor nivel de seguridad de las personas atendidas y profesionales en el servicio de urgencias durante la pandemia COVID 19

MATERIAL Y MÉTODOS Se formó un grupo de expertos compuesto por dos médicos y tres enfermeros del servicio de urgencias.
Se mantuvieron reuniones diarias en dos turnos durante los meses de marzo, abril y mayo, y durante las mismas se llevó a cabo un análisis de la situación de la urgencia teniendo en cuenta indicadores como la ocupación, los casos positivos de COVID, los casos negativos y los casos pendientes de resultado de la prueba de laboratorio, el personal con el que se contaba y los equipos de protección individual disponibles.
Con el análisis situacional mediante la extracción de conocimiento y la educción con los expertos se desarrolló un plan de acción de carácter dinámico para la gestión de la urgencia tras la experiencia vivida.

RESULTADOS Se ha obtenido un plan de gestión del servicio de Urgencias para afrontar la situación de pandemia COVID-19. Este plan está distribuido en las siguientes etapas de respuesta:
Etapa de inicio
Etapa de pico
Etapa de normalización
En cada una de ellas se definen los espacios de atención a pacientes con resultado COVID positivo y con resultado negativo, es decir, se implementan dos circuitos diferenciados de atención a la población.
Además se recogen diversas actuaciones llevadas a cabo durante las etapas como son la incorporación de una enfermera referente para el manejo de las muestras de lavados nasofaríngeos, o como las acciones formativas hacia los profesionales sanitarios durante toda la pandemia

CONCLUSIONES Durante los meses más acuciantes de la pandemia todas las personas atendidas en el servicio de urgencias han sido tratadas desde la máxima profesionalidad y bajo el marco del plan de gestión elaborado por el grupo de expertos, el cuál ha procurado una atención eficiente para la salud de la población desde el primer momento y ha conseguido mantener dos circuitos diferenciados de manera que toda aquella persona que acudiera a la urgencia estuviera atendida siempre bajo el mayor nivel de seguridad.
Este plan además podrá ser objeto de trabajo ante nuevos escenarios en los que se de una situación similar a la acontecida.

ID: 274

PROYECTO DE ANIMACIÓN A LA LECTURA: BOOKCROSSING Y BIBLIOTECA DE PACIENTES

AUTORES: TOLEDANO REDONDO, SALVADOR[1]

CENTROS DE TRABAJO: BIBLIOTECA DEL HOSPI[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En la habitación de un hospital el tiempo se mide de forma diferente. Pocas cosas se suelen ofrecer sobre todo a los pacientes adultos, como alternativa para pasar el tiempo que va a suponerles su estancia en el centro.

OBJETIVOS

- Fomentar la lectura y favorecer que a través de ella, los pacientes puedan convertirse en protagonistas de su propia historia.
- Mejorar los cuidados asistenciales del paciente y sus familiares.
- Contribuir al entretenimiento y disfrute del tiempo libre de los pacientes y familiares.
- Potenciar valores como la solidaridad y el compartir.
- Concienciar de la importancia de "reciclar y reutilizar".
- Implicar al personal y pacientes del Hospital en la donación e intercambio de libros.

MATERIAL Y MÉTODOS Este Proyecto de Animación a la Lectura se planteó desde su inicio para ser "ejecutado" en dos fases:

- En una primera fase implantamos en nuestro centro sanitario el modelo de la iniciativa de ámbito internacional BookCrossing. La adaptación que hicimos del mismo nos permitió obtener un gran número de libros y establecer los mecanismos que aún hoy permiten que éstos sean distribuidos por todo el Centro. El "intercambio de libros" posibilita cerrar el circuito de entrada-salida de los mismos. Con tal fin se establecieron unos puntos de entrega y recogida que previamente se dieron a conocer a todos los usuarios (profesionales también incluidos).
- Una vez que se consiguió un volumen suficiente en calidad y cantidad de material bibliográfico, nos propusimos afrontar la segunda parte de este proyecto: La Biblioteca de Pacientes.

RESULTADOS A día de hoy los libros forman parte del "paisaje" más alegre de este hospital y deambulan a sus anchas por todo el centro hospitalario; pasamos ya de los 20.000 libros "liberados" en BookCrossing (https://www.bookcrossing.com/memberstats?display=40).
La Biblioteca de Pacientes (www.bibliopacientes.es), aún en fase de prueba, cuenta con cerca de 3000 libros catalogados y ya tiene entre los profesionales a más de 100 personas registradas como usuarios. El servicio de préstamo funciona con normalidad. Se han creado secciones nuevas dentro de la web donde se pueden visualizar revistas digitales (del Aula Infantil y de Salud Mental) y Hospicuentos elaborados por el personal del hospital para los niños ingresados. Existe también un espacio dedicado a información de referencia para los pacientes (Guías, Apps, Web's y Videos)

CONCLUSIONES Se ha facilitado la lectura, tanto a profesionales como, lo que es más importante, a pacientes y familiares, haciendo algo más llevadero su paso por el hospital. Se ha generado un espacio de información médica fiable que puede resultar de utilidad para pacientes y familiares. Ante la situación que la pandemia del Covid-19 ha generado, hemos hecho un alto en la distribución de 'libros libres' por el hospital (BookCrossing) y potenciaremos la Biblioteca de Pacientes (préstamo personalizado de libros catalogados) que permite la puesta en cuarentena y consiguiente control de los libros.

ABORDAJE TELEMÁTICO DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA DISFAGIA EN TIEMPOS DE COVID.

ID: **276**

AUTORES: CUTILLAS RUIZ, RAQUEL[1]; GARCIA FERNANDEZ, C[2]; MATEOS SEGURA, C[3]; BENAVIDES GABERNET, M[4]; BLAZQUEZ PECCIS, C[5]; RODRIGUEZ OSORIO CAMPOS, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACION JIMENEZ DIAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La disfagia orofaríngea es secundaria a una alteración en las fases oral y/o faríngea de la deglución. Afecta la seguridad, el bienestar y calidad de vida de los pacientes. Reconocida por la OMS como discapacidad médica asociada a morbilidad, mortalidad y aumento de costes de la atención. Sus consecuencias directas son neumonía aspirativa y malnutrición. Durante la pandemia por COVID-19, han incrementado los casos de disfagia. La etiología en pacientes Covid es multifactorial. Relacionada con la ventilación mecánica y la intubación por el trauma laríngeo, debilidad muscular, disminución de sensibilidad laríngea... También secundaria a patología neurológica asociada;polineuropatía, miopatía del paciente crítico, accidente cerebrovascular, encefalitis y síndrome de Guillain-Barré.
Para valorar, seguir y adecuar el tratamiento rehabilitador a pacientes con disfagia hemos desarrollado un sistema de "telemedicina".

OBJETIVOS Describir el sistema de valoración, seguimiento y tratamiento rehabilitador para atender a pacientes diagnosticados de disfagia orofaríngea mediante telemedicina.

MATERIAL Y MÉTODOS Se expone el trabajo, de marzo a junio del 2020, para atender a pacientes con disfagia, disminuyendo el riesgo de contagio a pacientes no covid y profesionales que participan en la valoración y el tratamiento.

RESULTADOS Las líneas de actuación desarrolladas han sido las siguientes: Realización de historias clínicas mediante llamadas, videollamadas y formularios clínicos enviados al paciente a través del portal web del hospital. Incluyen anamnesis, registros dietéticos, hábitos de nutrición, signos de alarma de disfagia y percepción de salud. Se establece comunicación con familiares de pacientes sin capacidad de participación en las vías de comunicación utilizadas.
Se pauta la vía de nutrición más segura y características de la dieta (tipo, consistencias, volúmenes), se explican signos de alarma de posibles complicaciones y se pauta terapia en logopedia.
Los tratamientos elaborados por logopedas del hospital se realizan de forma telemática disminuyendo desplazamientos y riesgo de contagio para pacientes y profesionales. Se facilitan por mail documentos con pautas y ejercicios individualizados a los pacientes y/o familiares apoyados en vídeos para faciliar su comprensión. Se establecen llamadas y videollamadas (mediante el sistema informático hospitalario) para valorar la ejecucción del tratamiento. Se contacta semanalmente para revisar ejercicios,medidas higiénico-dietéticas, vigilar signos de alarma y potenciar la adherencia al tratamiento.
Se facilita la comunicación a través del "diálogo web", con el médico y logopeda en caso de duda o por la aparición complicaciones

CONCLUSIONES Durante la alerta sanitaria por COVID-19 la disfagia ha estado presente en Rehabilitación y ha aumentado por la morbilidad secundaria a la infección.
La telemedicina ha permitido realizar seguimiento y tratamiento de pacientes evitando desplazamientos al hospital y riesgo de contagio para pacientes y personal sanitario

ID: **277**

OPTIMIZACIÓN DE CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN COVID-19 ¿ES LA NEUMONIA CRITERIO SUFICIENTE?

AUTORES: CARRASCO ANTÓN, NEREA[1]; CARDAMA SECO, N[2]; APARICIO JIMÉNEZ, P[3]; ALCÁZAR PERAL, JM[4]; ZAMARRO ALIAS, B[5]; PETKOVA SAIZ, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la pandemia por SARS-CoV2, la asistencia en los Servicios de Urgencias se vio afectada por la sobrecarga de pacientes afectados. Teniendo en cuenta la limitación de recursos durante el pico de la pandemia, la identificación de los pacientes que pudieran requerir hospitalización por tener mayor riesgo de mala evolución se convirtió en un objetivo para poder guiar los protocolos.

OBJETIVOS Describir los pacientes evaluados en un Servicio de Urgencias por sospecha de enfermedad COVID-19 dados de alta con seguimiento telefónico ambulatorio y su evolución en los siguientes 30 días. Identificar aquellos que requieren hospitalización tras el alta y los factores de riesgo asociados para validar los criterios de hospitalización aplicados en nuestro protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio prospectivo del 26 de marzo al 30 de abril de 2020, incluyendo los pacientes dados de alta de urgencias con sospecha de enfermedad por COVID-19 y solicitud de seguimiento telefónico según protocolo. El seguimiento telefónico se realiza cada 48 horas hasta el día 14 de evolución de síntomas, y al día 14 y 30 desde el alta de urgencias. Se recogen datos demográficos, analíticos, radiográficos, microbiológicos, tratamiento al alta de urgencias y la evolución clínica y se categorizan según probable caso COVID o no. Se realiza análisis de los datos recogidos de los pacientes seleccionados como probable COVID y comparación entre el grupo de pacientes que requiere hospitalización y el que no.

RESULTADOS Fueron incluidos 393 pacientes, de los cuales excluimos 63 por ser evaluados como casos no COVID. El seguimiento medio fue de 33 días. De los 330 incluidos, 43,3% eran hombres, la edad media 53,1 años, el tiempo de evolución de enfermedad fue 10,8 días. Se realizó PCR en 142 pacientes (43%) siendo positiva el 70%. Un 83,4% presentó infiltrados pulmonares, 31% reingresó en urgencias y 21 (6,4%) requirió hospitalización. El 54% presentaba persistencia de síntomas a las 2 semanas del alta y el 31,8% a las 4 semanas. Dentro del subgrupo de pacientes hospitalizados (estancia hospitalaria 3,8 días), ninguno requirió ingreso en UCI ni falleció. Se identificaron como factores de riesgo significativos el sexo masculino, fiebre, linfopenia, plaquetopenia y la elevación de LDH y ferritina. No se encontraron diferencias en comorbilidades, tratamiento basal, ni en la presencia de neumonía.

CONCLUSIONES A pesar de la gravedad de esta enfermedad, no todos los pacientes precisan hospitalización. En nuestro estudio incluimos un 83% de neumonías, y tan sólo el 6,4% requirió ser hospitalizado, ninguno en situación de gravedad. El seguimiento telefónico podría servir para identificar de manera precoz una evolución tórpida. Nuestro estudio no demostró que la presencia de comorbilidades o neumonía sea un criterio necesario de ingreso. Es posible que determinadas alteraciones analíticas puedan permitir una mejor predicción de pacientes de mayor riesgo y necesidad de hospitalización.

ID: **279**

¿CÓMO CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIOAMBIENTE Y DEL SISTEMA SANITARIO EN EL TRATAMIENTO DE LA EPOC?

AUTORES: SOLÉ ANGELATS, ALEXANDRA[1]; GONZÁLEZ-ROJAS GUIX, N[2]; AMPUDIA VICENTE, A[3]

CENTROS DE TRABAJO: BOEHRINGER INGELHEIM ESPAÑA S.A.

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS [1]7 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Cada año más de 15 millones de inhaladores se utilizan y desechan en España para tratar patologías respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma. Estos tratamientos aportan beneficios importantes para los pacientes: reducen la carga sintomática y las agudizaciones. Sin embargo, el uso de propelentes en algunos dispositivos y el desecho de los materiales plásticos que los componen generan un impacto medioambiental negativo. Destacar que el 21% de las emisiones de CO2 del sector sanitario están asociadas a productos farmacéuticos. En este sentido, como recoge la Comisión Europea, es importante desarrollar estrategias para reducir el efecto sobre el medioambiente causado por productos farmacéuticos, como disponer de inhaladores más respetuosos con el medioambiente. En esta línea, se ha desarrollado una versión recargable del dispositivo de inhalación Respimat®, que puede reutilizarse hasta con 6 cartuchos mensuales.

OBJETIVOS El objetivo del modelo es estimar el impacto medioambiental y económico, derivado del cambio de la versión desechable a la versión recargable de Respimat®, así como del impacto del cambio de los tratamientos inhalados LAMA/LABA (agentes antimuscarínicos de larga duración (LD)/beta2 adrenérgicos de LD) a tiotropio/olodaterol (T/O) Respimat® recargable en España y por Comunidad Autónoma (CCAA).

MATERIAL Y MÉTODOS Se ha desarrollado un modelo presupuestario que estima el impacto medioambiental anual de tiotropio (T) y T/O Respimat® recargable frente al formato desechable, derivado del uso de la recarga, a nivel de nº de inhaladores y huella de carbono (emisiones de CO2 y su equivalencia en kilometraje (km) de conducción de un automóvil), basado en las ventas de Respimat® IQVIA 2019, en España y CCAA. Además, para T/O Respimat® recargable se ha estimado el impacto económico (farmacológico, €PVPIVA), debido al diferencial de precio entre el formato "inhalador recargable + cartucho" y "cartucho de recarga". También se ha estimado el impacto anual medioambiental (nº inhaladores) y farmacológico (€PVPIVA) de tratar 1.000 pacientes con T/O Respimat® recargable en lugar de ser tratados con otro LAMA/LABA. En todos los impactos se ha considerado un uso máximo de la recarga: 6 cartuchos por inhalador.

RESULTADOS En España, el uso de Respimat® recargable frente al desechable podría suponer un ahorro anual de hasta 1,6 millones de inhaladores. Esta reducción equivale a 1.070 toneladas anuales de emisiones de CO2 o a 4,3 millones Km de conducción. En el caso del tratamiento con T/O, el potencial ahorro farmacológico se estima en más de 5 millones € para el Sistema Nacional de Salud (SNS). Finalmente, si 1.000 pacientes con EPOC tratados con LAMA/LABA cambiasen a T/O Respimat® recargable, se estima una reducción anual de 10.000 inhaladores y 78.100€.

CONCLUSIONES El dispositivo Respimat® recargable se convierte en la opción más sostenible en el mercado de los inhaladores, contribuyendo tanto a la sostenibilidad medioambiental como a la del SNS español.

ID: 280

EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DEL ESTUDIO EIRA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ARAGONESA

AUTORES: MÉNDEZ LÓPEZ DE LA MANZANARA, FÁTIMA[1]; AGUILAR LATORRE, A[2]; JIMENEZ ARCEN, P[3]; MARTINEZ PECHARROMAN, M[4]; MAGALLÓN BOTAYA, R[5]; MASLUK, B[6]

CENTROS DE TRABAJO: INSTITUTO INVESTIGACIÓN SANITARIA ARAGÓN[12346], CENTRO DE SALUD ARRABAL[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Actualmente las enfermedades crónicas representan una enorme carga personal, social, económica y uno de los mayores desafíos para los sistemas sanitarios. La educación para la mejora de hábitos saludables y estilos de vida, es fundamental para lograr un buen control de las enfermedades crónicas y una mejor calidad de vida de los pacientes. Las intervenciones multiconductuales en permiten obtener mejoras en la morbimortalidad y promueven la participación de ciudadanos y profesionales en la intervención.

OBJETIVOS El estudio pretendió evaluar la efectividad de una intervención dirigida a la población aragonesa entre 45-75 años con 2 o 3 malos hábitos con el fin de reducir el consumo de tabaco, mejorar la adherencia a la dieta mediterránea, aumentar el nivel de actividad física, y finalmente aumentar su calidad de vida en comparación con una atención habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS Ensayo clínico aleatorio por conglomerados en atención primaria, entre enero 2016 y diciembre 2019, en España. Para este estudio se analizó únicamente la población aragonesa. Participaron pacientes de 45-75 años con â‰¥2 estilos de vida no saludables. Se realizó una intervención de promoción de salud en los 3 estilos de vida de forma simultánea, a nivel individual, grupal y comunitario. El grupo control recibió atención habitual. Como variables de resultado se consideraron: variables analíticas y clínicas, cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea, índice de calidad de dieta (DQI), cuestionario IPAQ, sedentarismo, fumar â‰¥ 1 cigarrillo/día, y escala EQ-5D-5L.

RESULTADOS Se incluyeron a 392 pacientes aragoneses (12,79% de la población total del estudio EIRA [95% CI = 11,98 a 13,65]); 254 en el Grupo Intervención (GI) y 138 en el Grupo Control (GC).
Ambos grupos eran similares en situación basal. Tras analizar la efectividad por protocolo, se mostró resultados significativos en las variables analíticas de triglicéridos [p=0,568 GC; p= 0,05 GI], Hemoglobina glicosilada [p:0,838 GC; p=0,026 GI], ITB izquierdo [p=0,970 GC; p= GI], ITB derecho [p=0,355 GC; p= 0,002 GI], CAVI izquierdo [p=0,482 GC; p= 0,032 GI], calidad de la dieta (DQI) [p=0,464 GC; p=0,000 GI], y el tratamiento con estatinas [p=1,000 GC; p= 0,007 GI].
En relacón a las características de los centros se observaban diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad media de los profesionales (p=0,000), años trabajados de los profesionales (0,000), población incorporada en el centro (p=0,000), edad media de la población atendida (0,003), el número de profesionales, el cupo de pacientes y el tiempo medio por visita de médicos y enfermeras, (en todos los casos p=0,000).

CONCLUSIONES La intervención compleja multirriesgo únicamente mejoró de forma significativa los valores analíticos de triglicéridos, Hemoglobina glicosilada, ITB izquierdo, ITB derecho, CAVI izquierdo, calidad de la dieta (DQI), y el tratamiento con estatinas. Las caracteristicas de los centros de salud pueden influenciar en la calidad de la asistencia.

ID: **282**

EVOLUCIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS: 10 AÑOS DE MEJORA CONTINUA

AUTORES: BAYÓN CABEZA, MARIANELA[1]; MARTÍ ARGANDOÑA, M[2]; ALONSO SAFONT, T[3]; MARTÍNEZ PATIÑO, D[4]; BECERRIL ROJAS, B[5]; BARBERÁ MARTÍN, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde 2007 la Cartera de Servicios de Atención Primaria de nuestra comunidad autónoma incluye como prioritario el Servicio (Sº) de atención a pacientes con necesidad de cuidados paliativos, que define el proceso de atención a estos pacientes. Se estructura en 7 indicado1 de cobertura (COB) que cuantifica el nº de personas con al menos 3 de los siguientes criterios: mala respuesta a tratamientos, evolución oscilante, pronóstico de vida limitado, impacto emocional y familiar, repercusión en estructura cuidadora o alta demanda de recursos. Incluye 6 criterios de buena atención: identificación del motivo del estado terminal (C1), evaluación inicial por patrones M. Gordon (C2), evaluación mensual de síntomas Sistema ESAS (C3), evaluación mensual del dolor (C4), plan de actuación inicial / mensual (C5/C6). Las intervenciones se registran en la Historia Clínica Electrónica y se evalúan anualmente con lenguaje SQL. El proceso de evaluación se revisa antes de obtener los resultados. Los contenidos científico-técnicos de la Cartera se revisan cada 2-3 años para adaptarla a la evidencia científica

OBJETIVOS Describir la evolución de los resultados del Sº de atención paliativa desde el año 2009
Medir el impacto de las mejoras introducidas en el Sº y en el proceso de evaluación

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en 262 CS de la comunidad. La población diana de 2019 fue 17.000 personas con enfermedad terminal (aplicando la prevalencia de 0,23% de población total: 7.200.000). Se presentan los resultados agrupados de los 262 CS en frecuencias absolutas y relativas

RESULTADOS En 2008 la CO fue de 8,4% (1.225 / 14.533), de ellos, el 29% (357) tenían motivo diagnóstico (C1), el 36% valoración inicial (C2), el 24% ESAS (C3) y el 43% plan inicial (C5). Ninguno tenía valoración del dolor (C4) ni seguimiento mensual (C6). En 2016 se mejoró registro y evaluación con el Episodio CIAP A99.01 (paciente con necesidades paliativas) y subió la COB a 63,1%. Se ajustó el seguimiento (C6) por el nº de meses vividos en el año y se alcanzó el 45,8%. (8,2% en 2012). En 2018 se adapta el Sº a la estrategia de atención a pacientes crónicos de la comunidad, se fusionan los indicadores de plan inicial y seguimiento, se añaden intervenciones y se modifican periodicidades: mensual para valoración ESAS y dolor. En 2019 se alcanzó una COB del 105% (17.323 pacientes atendidos), de ellos el 70% (12.095) tenían C1 y el 38% (6.640) C2. Los indicadores C3, C4 y C5 disminuyeron por incremento de las coberturas y mayor exigencia de periodicidad y nº de intervenciones. Se obtuvo 17,5%, 17,2% y 13,4% respectivamente

CONCLUSIONES La actualización periódica del Sº de atención a pacientes con necesidad de cuidados paliativos y su evaluación, han contribuido a la mejora del servicio prestado desde su puesta en marcha, tanto en cantidad como en calidad. Los resultados actuales muestran el continuo y excelente trabajo realizado por los profesionales de atención primaria y su compromiso con esta población tan vulnerable

DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA MUERTE GESTACIONAL

ID: **283**

AUTORES: MARTÍNEZ-SERRANO, PALOMA[1]; SOLÍS-MUÑOZ, M[2]; PALMAR-SANTOS, AM[3]; PEDRAZ-MARCOS, A[4]

CENTROS DE TRABAJO: UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA[2], UAM[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pérdida gestacional supone una situación dramática y no esperada en la vida de los padres, que pueden estar en riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático, por lo que suponen un grupo de alto riesgo de duelo complicado. La muerte gestacional provoca, así mismo, un impacto importante en los profesionales que les atienden, que se encuentran sometidos a una gran carga emocional.
La investigación llevada a cabo en España en relación al tema ha sido escasa, y no se ha contado con documentos a modo de protocolos o recomendaciones que guíen la actuación de los profesionales hasta hace relativamente poco tiempo. Sin embargo, su adecuación no es tan generalizada como debiera.

OBJETIVOS Elaborar un decálogo de buenas prácticas en la pérdida gestacional

MATERIAL Y MÉTODOS En el contexto de la Tesis Doctoral de la autora principal, se llevó a cabo una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico que profundizó en la experiencia ante la muerte fetal tardía de madres padres y profesionales en la Comunidad De Madrid. Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con 11 madres y padres, y grupos focales con 18 profesionales. Se realizó un análisis de contenido. Dicha investigación fue financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad de España (Plan Nacional I+D+i 2008-2011. Expediente PI10/01980), y cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Fondo FEDER).

RESULTADOS Los resultados de las dos vertientes de la investigación se publicaron en 2018 y 2019 en la revista Midwifery. Se resalta la necesidad de individualizar y normalizar la actuación durante las distintas fases del proceso: diagnóstico, parto, estancia hospitalaria y seguimiento posterior, así como el acompañamiento en los siguientes embarazos. Para ello es necesario contar con documentos a modo de guías de actuación, o decálogo de buenas prácticas, que contemplen el aspecto humano en la atención a los padres, y que guíen la actuación con el fin de facilitar la elaboración de un duelo saludable para los padres. Por otro lado, el adecuado afrontamiento del caso por parte de los profesionales requiere de elementos a integrar en el decálogo de buenas prácticas.

CONCLUSIONES Un mayor conocimiento de las necesidades de madres y padres, así como de las limitaciones y necesidades de los profesionales, permite planificar y prestar cuidados de calidad que contribuyan al inicio, y posterior evolución, de un proceso de duelo saludable en los padres.
Se presenta un Decálogo de Buenas Prácticas donde se recogen los principales elementos que intervienen en el proceso de atención a las madres y padres que sufren una pérdida gestacional, donde se integran aspectos relacionados con ambos, así como otros en relación a los profesionales.

ID: 284

LA ASISTENCIA HABITUAL EN LOS CENTROS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: DEFINIENDO PRIORIDADES

AUTORES: BAYÓN CABEZA, MARIANELA[1]; MARTÍNEZ PATIÑO, MD[2]; CEDRÚN LASTRA, C[3]; ROSADO OLARAN, JI[4]; CONDE SÁNCHEZ, P[5]; SÁNCHEZ-CELAYA DEL POZO, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[12], DIRECCIÓN ASISTENCIAL NORTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[3], CENTRO DE SALUD CANAL DE PANAMÁ. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[4], CENTRO DE SALUD SANCHINARRO. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA[5], GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La situación de pandemia por SARS-CoV-2 ha obligado a reorganizar el trabajo en los centros de salud (CS), centrando la atención en los pacientes con COVID. La Gerencia Asistencial de Atención Primaria ha elaborado planes de actuación para organizar y facilitar el abordaje clínico de los servicios habituales durante la etapa de transición de la pandemia y ante la aparición de un rebrote.

OBJETIVOS Definir recomendaciones para ordenar la actividad asistencial no COVID en Atención Primaria de forma progresiva y priorizada.

MATERIAL Y MÉTODOS En mayo de 2020 se forma un grupo de trabajo multidisciplinar (médicos de familia, pediatras, enfermeras, odontólogos, fisioterapeutas, matronas, trabajadores sociales…) con profesionales asistenciales, directores, referentes, técnicos, Salud Pública, y sociedades científicas. Se elabora una propuesta inicial de recomendaciones basadas en las intervenciones recogidas en la Cartera de Servicios, poniendo el foco en la promoción del autocuidado y en los pacientes crónicos. Para cada recomendación se define la actividad a realizar, la población diana, su periodicidad y su prioridad (plazo de tiempo estimado para realizar la actividad: muy alta: 0 - 2 meses, alta: 2 - 5 meses, media: 6 - 11 meses, baja: 12 meses en adelante). Se determinan también lugar y modo de realización (centro/domicilio/vía telemática) y el profesional más indicado. La propuesta se somete a consenso del grupo para aportaciones y aprobación.

RESULTADOS Participaron 30 profesionales que emitieron 174 recomendaciones para ser realizadas en fases de control epidemiológico. 54 estaban dirigidas a la atención infantil: 47 de prevención y 7 de patologías crónicas, 2 para adolescentes, 14 para la mujer (7 para embarazadas), 53 de adultos (16 prevención, 26 para crónicos y 11 para otros problemas), 4 para el mayor sano, 5 para el mayor frágil y 9 para personas con deterioro funcional grave/total o necesidades paliativas; 11 de salud bucodental, 7 de fisioterapia, 5 de trabajo social y 10 de intervenciones grupales y comunitarias. 37 recomendaciones (21%) se identificaron con prioridad muy alta, 71 con alta (41%), 37 con media y 17 con baja. La prioridad muy alta se identificó en: vacunación infantil y de adultos de riesgo, atención al recién nacido, pacientes crónicos con nivel de intervención alto/crónicos complejos, con deterioro funcional grave/total o necesidades paliativas; mayor polimedicado; determinación del INR; deshabituación tabáquica en acción, riesgo de maltrato y problemas agudos no demorables. En el caso de rebrote las actuaciones con prioridad muy alta serán las que se realicen en fase de mitigación y en la fase de contención (sin control epidemiológico) se recomienda realizar también las de prioridad alta.

CONCLUSIONES Las recomendaciones que fueron elaboradas por consenso del grupo han sido difundidas y valoradas como útiles para retomar la actividad en la fase de transición y para afrontar un nuevo rebrote. También se han valorado como un buen guion de trabajo a medio y largo plazo.

ID: 285

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA FIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LAS BASES DE DATOS DE LOS HOSPITALES DE LA AGENCIA

AUTORES: SALCEDO SÁNCHEZ, MARÍA CARMEN[1]; ARMENTEROS PÉREZ, PJ[2]; URBANO SILVA, MI[3]

CENTROS DE TRABAJO: AGENCIA SANITARIA ALTO GUADALQUIVIR. HOSPITAL DE MONTILLA[1], HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ALCALÁ LA REAL[2], HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La identificación inequívoca de los pacientes es uno de los puntos clave para la correcta asistencia sanitaria. Garantizar la integridad de la información y evitar errores en la introducción y modificación de los datos identificativos es esencial para garantizar la seguridad en la asistencia sanitaria del paciente.
Según la Guía SAFER de Identificación del Paciente "Las tecnologías por sí solas no pueden garantizar la identificación precisa del paciente" de ahí que los profesionales deban velar por la correcta identificación y que sea necesario que la Organización implemente mecanismos de corrección de errores que permitan la fiabilidad en los datos, verificando que la información sea correcta.

OBJETIVOS Implementar prácticas seguras para la depuración y corrección de los datos básicos de identificación de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS En los hospitales de la Agencia existe un Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria Kewan/klinic. Cada Hospital dispone de una Base de Datos de pacientes única y centralizada con identificador único de paciente (NUHSA). Para el alta de nuevos usuarios se consulta la Base de Datos Única (BDU) y se capturan los registros coincidentes. Cuando el registro no existe o no es localizado en BDU se genera un identificador único en orden secuencial (AG).
Con el objetivo de implantar recomendaciones y prácticas seguras en la introducción de datos de pacientes se definieron dos líneas estratégicas, la primera enfocada en la detección y corrección de registros y la segunda enfocada en ofrecer una guía de buenas prácticas para la creación de pacientes nuevos.
La primera fase de este proceso ha sido el desarrollo de un software específico denominado "Duplicate" que permite la realización de búsquedas en la base de datos de pacientes utilizando algoritmos lógicos, dando como resultado registros de posibles pacientes duplicados. Por otro lado, se han comprobado todos los registros creados con un identificador distinto del NUHSA en los hospitales de la Agencia para detectar fuentes probables de error de identificación.

RESULTADOS Desde la implantación de Duplicate y hasta diciembre de 2019 se han resuelto un total de 17.159 duplicados en los 8 hospitales, del total de 532.146 registros de pacientes creados. Por otro lado se han realizado consultas a las bases de datos de pacientes para detectar y corregir registros con datos erróneos, en total se han revisado y corregido 49.858 registros de los cuales el 14,96% eran registros susceptibles de generar duplicados en nuestra base de datos.

CONCLUSIONES Con la Pandemia del nuevo Coronavirus, la identificación inequívoca de pacientes y de los casos positivos supone uno de los pilares fundamentales para la correcta asistencia sanitaria, por lo que se pone en valor el desarrollo de una guía de buenas prácticas fundamentada en las recomendaciones que ofrece la Guía SAFER de identificación de pacientes y la implementación de mecanismos que velen por la prevención, detección y verificación de errores.

TRANSPORTE SANITARIO Y COVID: RETOS Y SOLUCIONES

ID: **286**

AUTORES: FERNAN PEREZ, PATRICIA[1]; ROBLEDO TIRADOR,, MD[2]; PINGARRON LÓPEZ, JA[3]; QUINTELA GONZÁLEZ, Z[4]; MARTINEZ GÓMEZ, J[5]; COLOMER ROSAS, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El transporte sanitario (TS) urgente y no urgente (TSU y TSNU) es esencial para la asistencia a pacientes que no pueden desplazarse por sus medios. El TSU se origina en el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) y el TSNU atiende los procesos programados.
La epidemia COVID generó cambios que afectan al TS:

- Anulación/reorientación de servicios: cese de consultas, rehabilitación,…disminuyendo la necesidad de TSNU.
- Gestión Centralizada de camas de servicios de urgencias y críticos, que se vertebró en torno a nuestro servicio de urgencias extrahospitalaria, reorganizándose el TS para cubrir los nuevos requerimientos.
- Puesta en marcha de nuevos recursos: hospital de campaña (HC), hoteles medicalizados, que requerían TS en grandes colectivos y coordinación.

Consecuencias: reducción de actividad del TSNU (60%) y TS (15%), e incremento de la necesidad de traslado de pacientes COVID19 generando sobrecarga sobre el operativo de emergencias habitual que evidenció la exigencia de reorientar el TS.

OBJETIVOS Garantizar un TS seguro para los pacientes COVID19 y NO COVID, que demandan atención de urgencia o emergencia. Minimizar las posibilidades de contagio cruzado entre los pacientes trasladados, y de contagio de los profesionales. Adaptar el TS a las nuevas necesidades.

MATERIAL Y MÉTODOS Creación de Equipo Gestor de TS que realizó:

- Análisis de situación, modelización (escenarios), análisis diario de información y nuevas demandas.
- Desagregación de actuaciones según tipo de paciente (COVID/ NO COVID), necesidades (urgencia, emergencia) y asignación de traslado.
- Coordinación con empresas de TSU y TSNU, Protecciones civiles (PC) Unidad Militar de Emergencias (UME)
- Desarrollo de aplicaciones informáticas, TIC, web.
- Diseño de procesos flexibles para la rápida incorporación de cambios.

Optimización de recursos propios y de empresas de TS, incorporación de PC, UME, otros.
Reorganización del TSNU.

RESULTADOS Se reorganizó el TS, Circuitos:

- Traslado Interhospitalarios (TIH) de Soporte Vital Avanzado,
- TIH de Soporte Vital Básico a centros públicos, privados, residencias, HC, y
- Otros.

De marzo a mayo 2020:

- Los pacientes COVID19 supusieron el 13% de las altas de urgencia y el 61% de las hospitalarias en TS.
- TIH: más de 6000 pacientes, > 60% al HC y 20% a centros privados.

- Se trasladaron 9457 pacientes de residencias a hospitales.
- Reorientación del TSNU: especial atención a pacientes en diálisis, y a complementar actividad con TIH originados por la gestión centralizada de camas.

CONCLUSIONES

En situaciones de crisis como la actual la reorientación de la utilización de TS, por cambio en las necesidades aporta efectividad y eficiencia al sistema sanitario y mejora la seguridad de pacientes y profesionales.

La gestión centralizada de los recursos de pacientes críticos y hospitalarios mejora la eficiencia de los traslados.

Disponer de un sistema centralizado de información (web TS) es esencial para implementar ágilmente los cambios en información, comunicación, gestión y anticipar errores.

RECOMENDACIONES PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME CLÍNICO

ID: **287**

AUTORES: LLAMOSAS FALCÓN, LAURA S.[1]; FERNÁN PÉREZ,, P[2]; DÍAZ PÉREZ, C[3]; MARTÍNEZ GOMEZ, J[4]; COLOMER ROSAS, A[5]; BUSCA OSTOLAZA, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: H DOCE DE OCTUBRE[1], SUMMA[23456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Informe Clínico forma parte de la documentación que se genera en la atención sanitaria. En nuestra organización, por el tipo de atención, urgente o emergente, no hay una historia clínica continuada, sino un informe clínico que incluye todo el proceso. La correcta comprensión, por parte de otros facultativos y pacientes, de la información recogida es de vital importancia para una atención médica de calidad, al igual que constituye una herramienta para garantizar la seguridad del paciente cuando esta se cumplimenta de forma correcta.

OBJETIVOS Estudiar la situación actual de la organización respecto a la correcta cumplimentación del informe clínico. Redactar y difundir entre los profesionales de la organización, recomendaciones para la correcta cumplimentación de los informes clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre documentación clínica, su definición y contenidos mínimos con los que debe contar al igual que las pautas que existen tanto a nivel internacional como nacional referente a su correcta cumplimentación. Se realizó un estudio de la situación de la organización, analizando el número de notificaciones recibidas por errores o problemas en la cumplimentación así como las consecuencias que estas traen. Finalmente, se reunió a un panel de expertos para la redacción de las recomendaciones que fueron difundidas.

RESULTADOS Durante el año 2019 se han recibido en el Departamento de Atención al Usuario 48 notificaciones de errores o problemas, destacando: variabilidad y falta de cumplimentación de distintos apartados; fallos en la identificación del paciente; infra registro de antecedentes personales; registro erróneo de datos; escasa información para la conciliación de medicación; amplio uso de siglas y abreviaturas; registro de datos subjetivos. Las consecuencias de tales errores son: variabilidad de la calidad de la asistencia; fallo de la confidencialidad y protección de datos; problemas de seguridad del paciente, dificultad para la implementación de mejoras de la asistencia tras evaluación de los informes; falta de trazabilidad en la asistencia sanitaria. Entre las recomendaciones que se consensuaron están: realizar una doble comprobación de datos de filiación; los datos no se pueden modificar o añadir información a posteriori por las implicaciones legales, en caso de que se detecte un error, se debe notificar con datos a subsanar; no emplear datos subjetivos; evitar el uso de siglas y abreviaturas; no reflejar observaciones no clínicas; especificar a qué informes se hace referencia.

CONCLUSIONES Debe ser una prioridad para la organización el fomentar la importancia de la correcta cumplimentación de los informes clínicos. Es necesario promover entre los profesionales la cultura de seguridad del paciente y así poder evitar los errores y problemas identificados.

ID: 288

ATENCION AL DOLOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO: ¿ESTÁN ALINEADOS LOS OBJETIVOS CON EL CONTEXTO?

AUTORES: FERNAN PEREZ, PATRICIA[1]; COLOMER ROSAS, A[2]; DE PAZ DE PAZ, F[3]; MARTÍN GONZÁLEZ, M[4]; AGUILAR VIVAR, EM[5]; SANTIAGO GARCÍA, ML[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Uno de los síntomas más frecuentes que se atienden en los servicios de urgencias extrahospitalarios es el dolor que aparece en múltiples patologías de diferente nivel de gravedad, y con distinta intensidad. La ética de actuación, a la vez, del tratamiento de la patología de base nos hace pensar que se atiende correctamente el dolor. No obstante la evidencia muestra que, en general, este problema de salud frecuentemente está infravalorado e incorrectamente tratado.
Desde hace varios años en nuestro servicio hemos desplegado objetivos y realizado actividades diversas enfocadas a mejora la atención al dolor con desiguales resultados .

OBJETIVOS Analizar si los objetivos planteados son factibles en base a nuestro contexto.

MATERIAL Y MÉTODOS Material: resultados de los años previos y Objetivos para el año 2019.
Grupo de trabajo formado por Comisión del Dolor y Departamento de Calidad.
Se han llevado a cabo dos reuniones:
1.Exposición de resultados de los objetivos del bienio anterior incluyendo los que no se habían alcanzado y actuaciones pendientes.
Se realizó un DAFO para reevaluar la situación en el momento actual por integrar más elementos de análisis que si sólo se identificaban las causas de no consecución de objetivos.
2.Se contrastaron los resultados del DAFO con los objetivos planteados y se revisó su adecuación a nuestro medio y factibilidad.

RESULTADOS Se identificaron:
- 10 Debilidades, las más relevantes: manejo de cambios en la analgesia en pacientes tratados por otros profesionales, manejo del dolor infantil, tratamiento del dolor crónico o terminal, cultura de no prescripción de analgesia, escaso uso de la EVA y tratamiento en base a escala.
- 6 Fortalezas, las más relevantes: elevado nivel de protocolización y competencia en el tratamiento del dolor agudo, presencia de equipo de Paliativos en el centro coordinador, arsenal terapéutico y plan de formación.
- 4 oportunidades relativas al marco estratégico, nuevas tecnologías, sensibilización social.
- 2 amenazas relativas a creencias de pacientes (daño, muerte..) y posibles eventos adversos.

Los objetivos se consideraron factibles.
Se habían establecido 9
2 de formación/comunicación; 2 sobre difusión y evaluación de uso de la EVA; elaboración de guía farmacológica, 2 de elaboración de protocolos de atención al dolor (niños, vulnerables, dolor agudo y crónico) y 2 relativos a investigación sobre patologías prevalentes e implantación de EVA.

CONCLUSIONES Los Objetivos planteados responden a las debilidades detectadas de competencia/formación, normalización a través de protocolos y vías clínicas e investigación/estudios en nuestro medio.
No se abordan problemas relativos a la Cultura de no prescripción, ni a la participación de los pacientes (amenazas: mitos y miedos) ni de la seguridad del paciente.
Nuestro estudio evidencia la relevancia de volver a analizar la situación de partida y desde esa

perspectiva revisar si los objetivos que nos planteamos están respondiendo a las necesidades y contexto de nuestra organización.

ID: 289

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS EN EL INFORME CLÍNICO

AUTORES: LLAMOSAS FALCÓN, LAURA S.[1]; FERNÁN PÉREZ,, P[2]; HERNÁNDEZ JARAS, MV[3]; NAVARRO SANTOS, S[4]; COLOMER ROSAS, A[5]; POLO PORTES, CE[6]

CENTROS DE TRABAJO: H DOCE DE OCTUBRE[1], SUMMA[23456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El uso de siglas es extendido, siendo un serio problema de comunicación entre profesionales y pacientes. Su uso puede confundir a profesionales que no estén habituados a ellas y vulnerar el derecho del paciente a conocer su enfermedad. Su incorrecta interpretación puede tener repercusiones en la asistencia y seguridad. Los problemas comunes incluyen abreviaturas y siglas ambiguas, desconocidas y parecidas que conducen a malas interpretaciones y errores médicos. El problema de la comprensión se basa en que cada facultativo establece un criterio en su utilización, sin seguir una normalización, y también que muchas son polisémicas.

OBJETIVOS Estudiar la situación actual de la organización respecto al uso de siglas y redacción de recomendaciones sobre su utilización.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una búsqueda bibliográfica. Se evaluó la situación inicial mediante la revisión de informes clínicos y una encuesta realizada a profesionales. En dicha encuesta se solicitaba que incluyeran las siglas que usen y vean con mayor frecuencia, al igual que su significado, contexto, origen, grado de utilidad y confusión y si deben retirarse o no. Finalmente, se elaboraron unas recomendaciones en consenso con el grupo de trabajo y la comisión de Seguridad Clínica que fueron difundidas.

RESULTADOS Se analizaron 70 historias clínicas, de las cuales 49 presentaban por lo menos una sigla. Un total de 63 siglas con distinto significado fueron identificadas, 35 de ellas utilizadas solo una vez. 23,8% presentaban significado incierto u ambiguo. En la encuesta a profesionales, que participaron 22 personas, 642 siglas con distinto significado fueron identificadas, 65 distintas estaban recogidas más de una vez por significado polisémico y 499 estaban recogidas solo una vez. 420 siglas (65,52%) fueron registradas solo por un profesional, mientras que 94 siglas (14,66%) coincidieron por lo menos 2 profesionales. El máximo número de profesionales que coincidieron en una misma sigla fueron 13 personas. Más de la mitad de profesionales no dieron su apreciación en los apartados de utilidad y confusión (57,6% y 57,8% dejaron los apartados en blanco). Por otro lado, entre las siglas valoradas, 65,4% obtuvieron un puntaje de 5 que equivale a mucha utilidad (patología que se atiende casi a diario, por lo que la sigla agiliza el registro) y 58,7% un puntaje de 1 que equivale a mínima confusión (solo tiene un equivalente generalizado y es de amplio uso). Finalmente se obtuvo un bajo porcentaje de respuesta sobre si deberían retirarse (un 55,3% de profesionales dejaron este apartado en blanco). De entre las siglas valoradas, 95,8% se consideraban que no debían retirarse.

CONCLUSIONES Se debe evitar el uso de las siglas en la documentación clínica, limitando términos imprecisos y ambiguos. En caso de su utilización, se debe mantener una uniformidad consensuada.

COVID-19: INFORMACIÓN A LA CIUDADANÍA

ID: 290

AUTORES: VILLALBA-DÍAZ, ARÁNZAZU[1]; VILLEGAS-TRIPIANA, I[2]

CENTROS DE TRABAJO: AGENCIA SANITARIA ALTO GUADALQUIVIR. HOSPITAL DE MONTILLA[1], AGENCIA PÚBLICA SANITARIA PONIENTE. HOSPITAL DE PONIENTE[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En diciembre de 2019 se comienza a hablar de un nuevo virus, COVID-19 que está afectando a la población china de Wuhan, desde Europa y España se observa con cierta distancia los síntomas y cómo está afectando a su población, en enero de 2020 llega el primer caso a Europa y en marzo la Organización Mundial de la Salud declara la pandemia.
A medida que la pandemia crece, se incrementa las publicaciones sobre COVID-19 y su divulgación, junto con la inquietud de la ciudadanía en conocer más acerca del virus, y la necesidad de tener acceso a la información sobre el COVID-19, para conocer las diferentes medidas de protección.
Por ello, es importante un análisis de la información publicada en las páginas webs de instituciones públicas que proporcionan información sobre la enfermedad del COVID-19, dirigidas exclusivamente a la ciudadanía.
El objetivo general del estudio será visibilizar la información transmitida a la población general sobre COVID-19.

OBJETIVOS Identificar y analizar los recursos publicados para la ciudadanía sobre COVID-19 en las webs de instituciones públicas sanitarias.

MATERIAL Y MÉTODOS Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se analizaron las webs de instituciones públicas sanitarias que incluían secciones de información sobre COVID-19 destinadas a la ciudadanía. Se seleccionaron las consejerías de Salud de cada Comunidad Autónoma, el Ministerio de Sanidad y Consumo, Bibliotecas Virtuales de Salud, así como dos instituciones internacionales, la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la Comisión Europea.
Se analizó tanto el formato utilizado para la difusión como el contenido del mismo y los canales de difusión utilizados.

RESULTADOS Se identificaron y se agruparon por el tipo de información en categorías: prevención, recomendaciones, consejos, guías de actuación, el uso de mascarillas, consejos emocionales, higiene y cuidados..., el formato de la publicación, así como los diferentes tipos de difusión no sólo las páginas webs de las instituciones sino sus redes sociales, aplicaciones móviles y si algunas contaban con otros canales de difusión como Chat para comunicarse directamente y de forma individual con la ciudadanía.

CONCLUSIONES Las instituciones analizadas han asumido la responsabilidad de informar a la ciudadanía sobre la prevención de la pandemia COVID-19, por ello, tienen en sus webs secciones destinadas a ese fin.
Las webs analizadas contienen material informativo electrónico sobre COVID-19 en materia de prevención y protección para toda la población. Las redes sociales juegan un papel fundamental en la difusión de la información.
Se ha optado por la utilización de infografías explicativas y vídeos para garantizar llegar a la máxima difusión posible entre la ciudadanía.

ID: **291**

¿EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN FALLECIMIENTOS POR CÁNCER DE PULMÓN SEGÚN EDAD, SEXO Y TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO?

AUTORES: RODÍGUEZ GALLEGO, ELISA[1]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN

En la sociedad ha aumentado el número de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, entre hombre y mujeres, y mi estudio se centra en si existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres según las franjas de edad. Además, según el tipo de tratamiento radioterápico administrado, se puede estudiar si la supervivencia de los pacientes aumenta o por el contrario fallecen.

OBJETIVOS

- Evaluar si existe una relación significativa entre edad y sexo en pacientes fallecidos por cáncer de pulmón.
- Valorar las diferencias existentes entre el fallecimiento de hombres y mujeres por cáncer de pulmón según la edad
- Estudiar la relación de los fallecimientos por cáncer de pulmón según el tratamiento radioterápico administrado

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se revisan los datos recogidos directamente de la historia clínica en una base de datos de 836 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, en sus primeras consultas con el oncólogo radioterápico.
- Los datos se clasifican según el sexo, edad, tipo de tratamiento radioterápico administrado, si el paciente ha sido fumador o no y si ha fallecido.
- Estos datos se agrupan por franjas de edad y sexo.
- Se estudian dichos datos y se realizan gráficas comparativas.

RESULTADOS

- Entre los 30 y los 59 años, el porcentaje de mujeres que padecen cáncer de pulmón es mayor que el de hombres, dicho resultado se invierte en la franja de edad de 60 a 89 años.
- Según el tipo de tratamiento administrado, el número de varones fallecidos, es mayor que el de mujeres excepto cuando se administra un tratamiento profiláctico.
- el porcentaje de pacientes femeninas no fumadoras que fallecen, es mayor que el de pacientes masculinos no fumadores independientemente de la franja de edad, al igual que las pacientes femeninas fumadoras.

CONCLUSIONES

- Las mujeres que son diagnosticadas de cáncer de pulmón independientemente de si son fumadoras o no, tienen un mayor porcentaje de fallecimiento que lo varones en todas las franjas de edad estudiadas.
- Los varones tiene una mayor probabilidad de fallecimiento independientemente del tratamiento radioterápico aplicado.
- El porcentaje de mujeres que padecen cáncer de pulmón es mayor en la franja de edad de los 30 a los 59, mientras que en los hombre es mayor en la franja de edad entre los 60 a los 89 años.

ID: 292

IMPLANTACIÓN DE ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR COMO MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: MOLINA ORTIZ, JOSÉ ANTONIO[1]; TAFALLA BORDONADA, C[2]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde el Hospital consideramos poner en marcha estrategias de formación para el desarrollo y actualización de cuidados de enfermería. A raíz de esta oportunidad de mejora decidimos implantar recomendaciones basadas en la evidencia enfermera en la valoración del dolor. La valoración del dolor es un indicador que las enfermeras de nuestro hospital evaluaban en determinados pacientes, sobre todo en unidades quirúrgicas, pero no quedaba registrado en la historia clínica electrónica. Tampoco teníamos establecido un patrón de valoración (en qué momento valoramos el dolor), no se valoraba por igual dentro de las unidades ni en el global del hospital y solamente utilizábamos la Escala Visual Analógica, registrando únicamente el valor numérico. Sin embargo no estábamos recogiendo el nivel de dolor de pacientes inconscientes o niños de edad temprana porque esta escala no está indicada para ellos.

OBJETIVOS Evaluación de la implantación de evidencia enfermera en valoración del dolor.
Evaluar la cumplimentación del registro de dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio longitudinal pre-post (junio 2016-diciembre 2017 y datos globales de 2019) en base a la implantación de escalas de valoración del dolor en Hospitalización (adultos y pediatría), Urgencias, UCI y Reanimación.

RESULTADOS El estudio fue realizado a 1003 pacientes. La media de edad fue de 51,68 años, siendo el 37% mujeres y el 63% hombres. Gracias a la auditoría basal previa al estudio observamos que el registro de la valoración del dolor no se estaba realizando a la mayoría de los pacientes, por lo que identificamos las necesidades de cambio, planificamos e implantamos acciones de cambio y realizamos un ciclo continuado de auditorías trimestrales para seguir detectando barreras y situaciones de mejora. En hospitalización de Pediatría se incluyeron la escalas NIPS para niños de 0 a 1 año y la escala FLACC para niños de 1 a 3 años. A partir de 3 años se utilizó la Escala Visual Analógica (EVA). En neonatos se utilizó la escala NIPS. En la UCI y en Reanimación se utilizaron la escala ESCID para pacientes inconscientes y la escala EVA para pacientes conscientes. En hospitalización de adultos se implantó la escala EVA para pacientes conscientes y la ESCID para pacientes inconscientes.
Se realizaron 8 formularios de enfermería para recogida de datos con diversos indicadores de valoración: hora, motivo, región anatómica, etc.
Previo al estudio, la valoración del dolor se realizaba al 51.6% de los pacientes. Tres meses después de finalizar el estudio e implantar las escalas de valoración el registro alcanzó al 98.1% de los pacientes. En el global de 2019 alcanzamos el 99.4%

CONCLUSIONES Gracias a este estudio comprobamos como las enfermeras son proclives a participar en un proceso de implantación de evidencia enfermera, reconociendo los beneficios para el paciente y se muestran reflexivas con el proceso de actualización de evidencia científica promoviendo mejoras que revierten en la calidad de la asistencia sanitaria como puede observarse en la mejora obtenida.

ID: 293

ELABORACION DE DOCUMENTOS DE CONSENSO PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: MOLINA ORTIZ, JOSE ANTONIO[1]; TAFALLA BORDONADA, C[2]; DE ESTEBAN MARFIL, B[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La coordinación entre los dos niveles sanitarios Atención Primaria (AP) y Hospitalaria (AH) sigue siendo una asignatura pendiente. La descoordinación entre AP y AH puede tener consecuencias importantes para la gestión de los pacientes, la situación se agrava en los pacientes que más precisan del trabajo coordinado, los que sufren problemas y enfermedades múltiples con especial 'fragilidad clínica'. A esto se añade la percepción negativa por parte de los usuarios sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios como una serie de compartimentos estancos con trabas y barreras administrativas que conllevan incómodas esperas.

OBJETIVOS Poner en marcha una estrategia integral de trabajo inter-ámbitos enfocado a la atención conjunta de los pacientes del área de referencia, con el fin de que éste sea atendido de la forma más eficiente posible, con mayor resolutividad y con la máxima calidad asistencial.
La asunción de modelos de trabajo cooperativos, estableciendo procedimientos normalizados y consensuados por Continuidad Asistencial del Hospital y la Dirección Asistencial de Atención Primaria.
Garantizar a los pacientes la atención en el nivel sanitario más adecuado, asegurando la fluidez y adecuación de las transiciones asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS Realización de un Procedimiento para la gestión de documentación normativa AP y AH para la elaboración estandarizada, codificación, aprobación, revisión, actualización, distribución y publicación de documentación normativa del Hospital y de los Centros de Atención Primaria dependientes del Hospital y de aplicación en sus distintos rangos: normativa de elaboración propia y carácter interno; normativa de origen externo que requiere una adaptación al centro (disposiciones generadas por la administración comunitaria, estatal); documentación sin carácter de norma pero que resulta necesaria para el funcionamiento interno de la organización y por tanto es de uso obligatorio.
Elaboración y aprobación de documentos de consenso para la gestión de pacientes entre AP y AH.

RESULTADOS Aprobación de documentos de consenso:

- Plan de continuidad asistencial HUM-AP en pacientes afectados por COVID-19.
- Plan asistencial para atención al Paciente Crónico Complejo en Medicina Interna.
- Plan de contingencia en previsión de una segunda ola de infección COVID-19 en pacientes institucionalizados en centros sociosanitarios.
- Normativa de funcionamiento de la Unidad Hospitalaria Multidisciplinar COVID 19 .
- Instrucción técnica de derivación de patología a Servicios: Oftalmología, Dermatología, Hematología.
- Protocolo seguimiento embarazo de bajo riesgo en AP.
- Póster de tubos de muestras para AP.

CONCLUSIONES La atención a la población dentro del modelo sanitario vigente (prevención, promoción, asistencia en la enfermedad y rehabilitación) requiere la organización de un sistema consensuado que asegure la continuidad asistencial y de cuidados entre los distintos ámbitos asistenciales. Establecer documentos de trabajo conjunto interniveles facilita la continuidad asistencial.

ID: 294

OORDINACIÓN ENFERMERA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRA-HOSPITALARIO ANTE LA PANDEMIA:EFECTIVIDAD Y HUMANIZACION

AUTORES: FERNAN PEREZ, PATRICIA[1]; ABEJÓN MARTIN, R[2]; BERMEJO RODRIGUEZ, A[3]; MARTIN GONZALEZ, M[4]; PEREZ OLMO, JL[5]; CASTILLO RUBIO, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Debido a la situación de pandemia por el Covid-19 nuestro servicio de emergencias extrahospitalario (SEE) experimentó desde febrero 2020 un incremento exponencial de llamadas de los ciudadanos, siendo las asistenciales atendidas por los enfermeros del Servicio Coordinador de Urgencias (SCU), poniéndose en evidencia la necesidad de una reorientación de su gestión para evitar el desborde de atención y el colapso de las líneas telefónicas que pusiera en riesgo tanto al paciente con afectación grave Covid-19 como por otras causas.

OBJETIVOS Preservar y garantizar la atención a pacientes con emergencia sanitaria que llaman al 061/112. Agilizar la respuesta a pacientes que llaman por motivo de pandemia. Evitar desplazamientos innecesarios contribuyendo al control. Atender emocionalmente a paciente y familia.

MATERIAL Y MÉTODOS Creación de Equipo Gestor de SCU de la Mesa de Enfermería (ME). Se realizó análisis inicial de situación de recursos humanos, tecnológicos, oportunidades y modelización de escenarios. Desarrollo de aplicaciones tecnológicas y plan de contingencia (recursos humanos y procesos).

RESULTADOS En un tiempo inferior a dos semanas se llevó a cabo:

- Implantación de un “Call Center COVID19”
- Inclusión de 6 nuevos motivos de consulta de pandemia de COVID-19 en árbol lógico de clasificación y asignación de llamadas.
- Desagregación y dimensionamiento de la ME del SCU para pacientes con motivo COVID19 y no COVID19.
- Redimensionamiento de plantilla: incorporación de 25 enfermeros.
- Formación ad hoc (ME covid) para la capacitación de los nuevos enfermeros en la gestión de la atención al COVID-19 que integraba atención emocional, consejo y/o asignación de un recurso para su atención en domicilio.
- Creación de una figura de Coordinación de Enfermeria COVID19 para apoyo a la nueva ME.
- Desarrollo de un perfil avanzado de enfermero en el Servicio Coordinador de Urgencias EPACOOOR para apoyar la regulación a la demanda de la atención sanitaria urgente/emergente.

Actividad desarrollada:
Marzo: Se recibieron entre ambas ME 96064 llamadas, de las que 79698 se atendieron en la ME Covid, (2841 llamadas/ día).
Abril: se recibieron entre ambas ME 30154 llamadas, de las que 23099 se atendieron en ME Covid (770 llamadas/día).
El tiempo medio de atención/llamada ME Covid fue > 4m44s, mientras que la ME no Covid fue < 3m19s.

CONCLUSIONES En situaciones como la pandemia COVID19, la ME del SCU es clave para dar información, consejo, redireccionamiento de flujos de pacientes y recursos y evitar la sobrecarga del sistema sanitario.
El rediseño de la ME del SCU ha mostrado ser efectivo y eficiente para garantizar la atención a los

ciudadanos que llamaban por 061/112. La alta capacidad de atención y su diseño ha facilitado una atención de más calidad y humanizada al disponer de más tiempo para la atención telefónica, resolver dudas, valorar síntomas, informar sobre las medidas a seguir, y contribuir a la optimización del sistema sanitario.

ID: 295

CORRECCIÓN DE LA POSICIÓN DEL LÁSER EN EQUIPOS DE SIMULACIÓN RESPECTO EL CERO RADIOLÓGICO

AUTORES: RODÍGUEZ GALLEGO, ELISA[1]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Es necesario una calibración de los láseres externos utilizados en simulaciones de radioterapia. Es necesario porque en el caso de TAC de simulación es muy importante que estén colocados de forma que marquen el cero en la imagen radiológica. Esto es muy importante ya que esta posición será utilizada más adelante tanto para la planificación dosimétrica del paciente como para la colocación durante el tratamiento.

OBJETIVOS Realizar un protocolo para poder calibrar los láseres de simulación de radioterapia.
Comprobar que los láseres de calibración están dentro de tolerancia y su posible corrección,

MATERIAL Y MÉTODOS Se utiliza el maniquí Cheese phanton.
Colocar las crucetas radiopacas en la parte superior y los laterales del maniquí, para poder identificar en la imagen radiológica donde están las marcas de posicionamiento del maniquí. Se coloca el maniquí con el láser interno del TAC. Y se adquieren las imágenes para determinar el cero radiológico.
Láser Coronal: Se evalúa si el láser está desplazado o rotado en la dirección horizontal y vertical
Láser Transversal: Se evalúa si el láser está desplazado o rotado en la dirección longitudinal y vertical
Láser Sagital: Se evalúa si el láser está desplazado o rotado en la dirección longitudinal y lateral
Con los datos obtenidos se desplaza el maniquí en la dirección contraria a las diferencias de longitud medidas y se realizan las modificaciones en el siguiente orden:
Se corrige el error horizontal del láser coronal moviendo o rotando el maniquí completo.
Se corrige el error vertical del láser transversal, rotando el maniquí y se corrige además el error lateral del sagital.
Se corrige el error vertical del longitudinal subiendo o bajando la mesa.
Se corrige el error longitudinal del láser transversal moviendo el cero de la mesa, mediante un movimiento longitudinal y se corrige además el vertical del sagital.
Se repite el estudio y se vuelven a medir los puntos anteriores para comprobar las modificaciones introducidas. Si los valores obtenidos están por debajo de 0.5mm se dan por buenos los resultados, si hay valores superiores se repite el paso anterior.

RESULTADOS Las medidas de la posición de los láser coronal, transversal y sagital respecto al cero radiográfico se muestran en la tabla1. Se observa que los valores obtenidos en varios de los parámetros están fuera de la tolerancia de 2mm.

CONCLUSIONES Tras realizar las correcciones oportunas, comprobamos que la posición de los láser respecto el cero radiográfica, está dentro de tolerancias.
La precisión del método utilizado tiene una resolución de 0.5mm, que fue el mayor error encontrado en la posición T1 en la dirección longitudinal del láser transversal.
El método resulta ser fiable y rápido para el asesoramiento del técnico encargado de la calibración del posicionamiento de los láser de simulación.

ID: 296

RECURSOS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y DETECCIÓN DE BULOS Y 'FAKE NEWS' SOBRE LA COVID-19

AUTORES: SALCEDO-SÁNCHEZ, MARI CARMEN[1]; HIGUERAS-CALLEJÓN, C[2]; ALVARADO-GÓMEZ, F[3]; HERNANDEZ-MORALES, JA[4]; CAMPILLO-LÓPEZ, MT[5]; TOLEDANO-REDONDO, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: AGENCIA SANITARIA ALTO GUADALQUIVIR. HOSPITAL DE MONTILLA[1], ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA[2], HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN RAMÓN JIMÉNEZ[3], BIBLIOTECA VIRTUAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA[4], COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN[5], HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde el inicio de la actual Pandemia el número de bulos ha proliferado en igual o mayor medida al número de publicaciones científicas referentes al tema y en muchos casos, con mayor velocidad de expansión y un alto grado de credibilidad por parte de los usuarios que la reciben, ya que los medios que utilizan principalmente para su transmisión son las Redes Sociales.
Según el II Estudio sobre Bulos en Salud elaborado por #Saludsinbulos, el 70% de los profesionales sanitarios encuestados no recomiendan a sus pacientes webs o aplicaciones para que consulten sus dudas y contrasten la información y más de la mitad, reclaman formación, tanto para profesionales como para pacientes para lograr distinguir los bulos de la información veraz.

OBJETIVOS Diseñar una plataforma con una selección de recursos de información fiables para la identificación de bulos sobre el nuevo Coronavirus, de forma que ayuden y orienten tanto a profesionales como a ciudadanos, a su detección e identificación.

MATERIAL Y MÉTODOS Se incorporó una plataforma en una Web Institucional que identifican tanto los profesionales sanitarios como los ciudadanos como un portal de confianza, con recursos y servicios de rigurosa información científica contrastada. Cuenta con un número considerable de profesionales de la Información, bibliotecarios y documentalistas especializados en Ciencias de la Salud con amplia experiencia en la búsqueda, selección e identificación de recursos de información fiables y de calidad.
Se realizó una búsqueda y selección de recursos con información contrastada científicamente, se seleccionaron artículos e informes de referencia sobre el tema y se ofrecieron unos tutoriales de ayuda para identificar los Bulos.

RESULTADOS En abril de 2020 se puso en producción la plataforma Covid-19, en ésta se ofrecía información científica actualizada sobre la actual pandemia, entre las secciones destacadas, una específica de Bulos.
Desde la puesta en funcionamiento de la Web y hasta el 30 de junio de 2020, se recibieron un total de 5.443 visitas de las cuales casi el 20% correspondían a la sección específica sobre Bulos.
Por otro lado, se utilizaron las redes sociales Twitter y Facebook para dar difusión a las novedades, consiguiendo duplicar en Twitter tanto el número de Tweets y RT, como el número de visitas al perfil respecto a los meses anteriores. En Facebook, de las 103 publicaciones desde enero de 2020, 73 han sido referidas específicamente a difundir información rigurosa sobre Covid-19.

CONCLUSIONES La comunicación e información sobre Covid-19 es responsabilidad de todos y todas según indica Manuela López Doblas en 'Medios de comunicación y COVID-19: Pautas para una información responsable'
En este sentido, los profesionales de la información debemos realizar nuestra pequeña aportación para ofrecer las herramientas necesarias tanto a ciudadanos como a profesionales para detectar e identificar esta nueva epidemia que la OMS ha denominado 'Infodemia' a través de fuentes de información fiables y de calidad contrastada.

ID: **298**

LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CON LA MODALIDAD E-LEARNING

AUTORES: REGAIRA MARTÍNEZ, ELENA[1]; VÁZQUEZ CALATAYUD, M[2]

CENTROS DE TRABAJO: CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La formación continuada es uno de los pilares básicos sobre los que se sustenta la calidad asistencial y la satisfacción profesional. E-Learning es una modalidad de aprendizaje en un entorno virtual que permite que los profesionales de enfermería puedan formarse de manera flexible, dinámica y participativa para poder asumir los retos actuales y dar respuesta a las necesidades de salud de la población. A pesar de los recursos y esfuerzos invertidos, no se ha prestado suficiente atención a la evaluación de la formación de dichos profesionales.

OBJETIVOS Evaluar la satisfacción de los profesionales de enfermería sobre la modalidad e-learning.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en un hospital universitario de tercer nivel, ubicado en el norte de España, en junio de 2020. Se utilizó una encuesta de elaboración propia diseñada en base a la literatura y remitida a los profesionales participantes como alumnos. Esta encuesta consta de 7 dimensiones, que incluyen 22 preguntas cuyas opciones de respuesta se puntúan en una escala Likert de 4 puntos (1 completamente en desacuerdo y 4 completamente de acuerdo), y una pregunta abierta. Para el análisis de los datos se realizó estadística descriptiva y análisis de contenido.

RESULTADOS 104 enfermeras respondieron la encuesta (94,5%), de las que el 98,3% fueron mujeres, con una media de edad de 34,4 años (DE=11,11). La satisfacción global media de los profesionales de enfermería con la modalidad e-learning fue de 3,4 sobre 4. Entre los aspectos mejor valorados (con una puntuación de 4) destacaron: la organización (65,4%), la flexibilidad del horario (68,3%), el conocimiento de los formadores (72,1%) y la actualización del contenido didáctico (64,4%). El 48,1% respondieron que la formación les había permitido adquirir nuevas habilidades para aplicarlas a su puesto de trabajo y el 45,2% para ampliar sus conocimientos y desarrollar su carrera profesional. La mayoría de los encuestados señalaron la necesidad de fomentar la traslación teórico-práctica para mejorar sus competencias, conocimientos y habilidades. Del análisis de contenido de la pregunta abierta emergió la necesidad de mejorar la comunicación con el alumno.

CONCLUSIONES Los hallazgos de este estudio muestran que la satisfacción de los profesionales de enfermería con la modalidad e-learning es positiva. Esta información se convierte en una herramienta clave para valorar la efectividad del programa ejecutado y para la programación de actuaciones futuras, que garanticen la formación continua de los profesionales sanitarios y permitan mejorar la calidad de sus actuaciones. En concreto, para mejorar las habilidades de los profesionales y la comunicación del docente se plantea introducir metodología docente transmisiva, interactiva y gamificada, a través de un entorno virtual de aprendizaje e-learning orientada a la adquisición de competencias.

ID: 299

IMPLANTACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE TRIAJE MULTILINGÜE ADAPTADO AL SARS-COV2

AUTORES: MORA BANDERAS, ANA MARÍA[1]; JIMÉNEZ CORTES, Y[2]; CORPAS PASTOR, G[3]; RODRIGUEZ MONTALVO, JA[4]; SÁNCHEZ MEGOLLA, D[5]

CENTROS DE TRABAJO: AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL[1245], UNIVERSIDAD DE MÁLAGA[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El triaje es un procedimiento clave utilizado en las unidades de urgencias para la evaluación y clasificación de pacientes según su complejidad y reconocer los posibles casos de infección por SARS COV 2, El número de pacientes extranjeros atendidos en la urgencia de la Agencia Sanitaria Costa del Sol (ASCS) es muy elevado, en 2019 del 28,2%. La barrera lingüística, el tiempo y la complejidad de los procesos tales como la infección por SARS-Cov2 patología aun poco conocida, con una sintomatología variada y alta complejidad, pone a prueba a las unidades de urgencias para proporcionar cuidados seguros.

OBJETIVOS Elaborar un cuestionario de triaje adaptado a pacientes con sospecha de SARS-Cov2. Mejorar la comunicación con pacientes extranjeros con sospecha SARS-Cov2 Conocer el grado de satisfacción de los profesionales con esta herramienta.

MATERIAL Y MÉTODOS Para elaborar el cuestionario de triaje se recogieron los signos y síntomas publicados en la literatura, añadiendo aquellos que tanto pacientes como profesionales infectados por SARS- Cov2 manifestaban .Se solicitó la colaboración del Departamento de Traducción e Interpretación de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Málaga para su traducción. Se adaptó la herramienta para urgencias, se dio formación y se elaboró un cuestionario de satisfacción para profesionales.

RESULTADOS Diseño de un cuestionario de triaje multilingüe adaptado al SARS-Cov2 con 21 signos y síntomas: fiebre, vómitos. diarrea, dolor articular, pérdida de olfato, pérdida de gusto, dolor de garganta, tos, dificultad para respirar, dolor torácico, dolor de cabeza, mucosidad, dolor abdominal, mareos, visión borrosa, dificultad para la movilidad, dificultad para hablar, manchas o lesiones en la piel, cansancio y malestar general, pérdida de conocimiento y/o episodios de desorientación.
Se ha traducido a un lenguaje coloquial en 28 idiomas: inglés, árabe, alemán, búlgaro, chino, francés, griego, italiano, kazajistaní, noruego, portugués, persa, ruso, turco, ucraniano, albanés, esloveno, húngaro, tagalo, bosnio-croata, coreano, estonio, holandés, indonesio, serbio, sueco, lituano y rumano.
Se ha formado al 100% de los profesionales que manifiestan un elevado nivel de satisfacción, garantizándoles una adecuada y correcta comprensión con el paciente, rápida clasificación y capacidad de intervención.
El cuestionario ha sido cedido al Centro de Acogida de Emergencia y Derivación y a otros centros de la Cruz Roja.

CONCLUSIONES Los problemas de comunicación siguen siendo una las causas de errores en la atención sanitaria, que se incrementa si añadimos la barrera lingüística y la complejidad de procesos tales como este. Herramientas que faciliten una comunicación veraz, segura y rápida, nos permiten una clasificación segura y adecuada del paciente, pudiendo iniciar las medidas de prevención y aislamiento de forma precoz y contribuye a reducir la situación de estrés tanto del paciente como del profesional.

ID: 300

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN COMO BASE PARA LA REVISIÓN DEL PLAN DE IGUALDAD (DATOS CUANTITATIVOS)

AUTORES: GAMELL ALVAREZ, LLUIS[1]; QUILEZ VICENTE, Y[2]; ARRIETA SEGURA, I[3]; JULIÀ LLURBA, O[4]; CRAYWINCKEL MARTI, G[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL SANTA CREU I SANT PAU

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS 17 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La necesidad de revisar el Plan de igualdad (2009) plantea la conveniencia de hacer un diagnóstico de situación, entendido como el estudio detallado de la situación de mujeres y hombres en el hospital. Este análisis recoge en una primera fase datos cuantitativos que permiten conocer la situación para identificar discriminaciones por razón de género i sirvan de base para establecer prioridades, definir objetivos y acciones.

OBJETIVOS

- características de la plantilla i condiciones laborales.
- acceso a medidas de conciliación de la vida familiar, profesional i laboral.
- brecha salarial.

MATERIAL Y MÉTODOS En base a la plantilla personal equivalente (PPE) del año 2019 se ha realizado un análisis de la composición de la plantilla de mujeres y hombres en función de I) contrato, II) jornada, III) antigüedad, IV) edad, V) carrera profesional. Conciliación de la vida familiar, profesional i laboral en base : I) condiciones laborales igualitarias (jornada y temporalidad contractual) y II) ordenación del tiempo de trabajo para favorecer la conciliación (permisos, excedencias, adaptaciones horarias...) De acuerdo con lo que establece la "Guia per elaborar el registre salarial y calcular la bretxa salarial del Departament de Treball i Afers Socials i Familiars de la Generalitat de Catalunya" se ha calculado la brecha salarial con datos del año 2019.

RESULTADOS Composición de la plantilla: 72% m y 28% h, facultativos (54% mujeres) pero con tendencia a incrementar porcentaje de mujeres (60% médicos residentes). El 87% enfermeras son mujeres. No diferencias por tipo de contrato pero si por jornada ya que las mujeres con contratos temporales y con jornada parcial (29%) están por encima de los hombres (20%).
Medidas de conciliación familiar: el 100% de excedencias para cuidado de familiar , el 84% de las excedencias por nacimiento o adopción, al 95% de las reducciones de jornada por cuidado familiar y el 92% de las reducciones de jornada por cuidado de hijo menor de 12 años las solicitan mujeres.
Brecha salarial: La diferencia promedio del salario entre hombres y mujeres es del 12%, que se explica básicamente, por clasificación profesional y antigüedad. Por grupo profesional la brecha en los facultativos es de un 9%, y en enfermeras de un 2%. El salario más alto es 5 veces mayor que el salario más bajo.

CONCLUSIONES La progresiva feminización del sector sanitario continua, de forma que los grupos profesionales altamente feminizados se mantienen y los que lo eran menos, progresivamente, incrementan su feminización.
La temporalidad en los contratos y la jornada de trabajo a tiempo parcial se cierne ligeramente más en las mujeres que en los hombres.
De forma muy mayoritaria son las mujeres quienes acceden a las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral.
La brecha salarial entre hombres y mujeres no es significativa y se explica por un modelo retributivo que prima la antigüedad. La relación entre salario máximo y mínimo (5 veces) está dentro de los estándares recomendados.

ID: **301**

LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA ASISTENCIA A DISTANCIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

AUTORES: PLANS BERISO, ELENA[1]; ZONI MATA, A[2]; DÍAZ GARCÍA, RS[3]; GARZÓN SÁNCHEZ, A[4]; MARTÍN DE LA MOTA, D[5]; DÍAZ REDONDO, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia de COVID-19 ha sido un desafío para el sistema sanitario y ha supuesto incorporar de forma rápida modalidades asistenciales como la atención a distancia o teleasistencia. En este tipo te atención, el reto es mantener la calidad de la atención sanitaria, la relación médico-paciente, la seguridad y la ética según los criterios deontológicos y la ley de protección de datos personales. Actualmente, no existe evidencia científica de que las herramientas para el establecimiento de la teleasistencia sean efectivas.

OBJETIVOS Conocer la percepción de los profesionales de un hospital de tercer nivel sobre la teleasistencia durante marzo y abril de 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS Se desarrolló una encuesta 'ad hoc' con 14 preguntas: 8 preguntas de opción múltiple, 3 con respuestas cuantitativas y 2 con respuesta abierta. Se pasó la encuesta por correo electrónico a los responsables de cada servicio para que la distribuyeran. Un total de 199 médicos de 31 servicios que estaban aplicando teleasistencia participaron. Se realiza un análisis descriptivo de los resultados de la encuesta utilizando Excel y SPSS 26.

RESULTADOS El servicio con mayor participación es Ortopedia y traumatología (77%), seguido de Farmacia (45%), Medicina de aparato digestivo (45%) y Pediatría (36%). El 61% (n=19) de los servicios disponían de experiencia previa a la pandemia en consulta programada NO presencial. El 87% (n=27) de los servicios tuvieron al menos un médico que respondió haber realizado más de 50 consultas a distancia. El medio usado por todos fue el teléfono (otros medios utilizados fueron el correo electrónico, la videollamada, correo postal y aplicaciones móviles -APP eoncosalud-). El 52% (n=16) servicios han realizado mayoritariamente consultas de revisiones de resultados o seguimiento. Los servicios que han descrito un mayor porcentaje de consultas telemáticas que requirieron cita presencial para poder resolverse fueron Dermatología (73%), Rehabilitación (52%), Ginecología y obstetricia (43%) y Oncología médica (36%). Las principales dificultades fueron: "el paciente no contesta" y la "dificultad para la comprensión y comunicación con el paciente". La satisfacción de los profesionales es reportada como buena o muy buena en el 56% de los profesionales encuestados.

CONCLUSIONES El hospital ha llevado a cabo la organización de la asistencia telemática en un corto período de tiempo y a pesar de ello, la satisfacción percibida por profesionales respecto a la atención telemática ha sido buena o muy buena en más de la mitad de los encuestados. Mayoritariamente se han sentido seguros en relación a la resolución clínica de la atención telemática.
Una vez implementado el protocolo de atención no presencial en todas las consultas será necesario analizar la satisfacción de pacientes y profesionales así como los puntos fuertes y áreas de mejora y las principales diferencias respecto a las consultas presenciales.

ID: 303

CERTIFICACION DEL PROTOCOLO COVID19: UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA MEJORA

AUTORES: PLA MESTRE, ROSA[1]; ZONI MATTA, A[2]; QUESADA CUBO, V[3]; IZQUIERDO MEMBRILLA, I[4]; LOPEZ FRESNEÑA, N[5]; GARCIA DE SAN JOSE, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GREGORIO MARAÑON

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia Covid-19, ha producido una situación crítica en el conjunto del SNS y en particular en la atención hospitalaria. Durante los momentos álgidos del pico epidémico, se tomaron decisiones y se implementaron medidas para gestionar con la máxima seguridad posible, el incremento explosivo de la demanda, pero una vez superada esta situación es imprescindible recapitular , incorporar lo aprendido y establecer una sistemática que permita mantener y mejorar la implantación de buenas prácticas y mantener actualizados los procedimientos de trabajo, en la medida en que vamos adquiriendo más conocimientos y experiencia en el manejo de la epidemia. Las exigencias de un proceso de certificación pueden ayudar a avanzar más rápido en la sistematización y monitorización de los procesos y aportan el valor añadido de una evaluación externa e independiente que puede aflorar aspectos necesarios y no abordados

OBJETIVOS Implantar una sistemática de evaluación y mejora continua en la gestión de los protocolos COVID19 en un hospital de tercer nivel, a través de un proceso de certificación

MATERIAL Y MÉTODOS Durante los meses de mayo y junio el Comité de Crisis de la pandemia COVID establecido en el hospital para la gestión de la misma reviso el plan de contingencia y el mapa de riesgos del hospital, incorporando los derivados del COVID19, para cada uno de ellos se identificó si se disponía de una intervención, protocolo o medida preventiva desarrollada y se validó o desarrollo si no existía.
Paralelamente se elaboró un check-list que recogía las principales medidas de prevención para la transmisión COVID que incluía aspectos estructurales(cartelería, indicaciones de flujos y distancias de seguridad) , medios para llevar a cabo higiene de manos, cartelería informativa y conocimientos del personal sobre los procedimientos adecuados de trabajo. Personal del Servicio de Medicina preventiva y Gestion de Calidad audito con esta herramienta todo el centro, aprovechando la visita para reforzar los conocimientos del personal en precauciones estándar y específicas e higiene de manos.
Se desarrolló un sistema de información “online”, para monitorizar la situación epidemiológica en el hospital y se definieron los indicadores básicos de seguimiento.

RESULTADOS La fase I de la auditoria (revisión documental) se llevó a cabo el 29 y 30 de junio y la fase II (visita a las instalaciones por el equipo auditor), el 6 y 8 de julio. No se detectaron no conformidades y se establecieron 4 observaciones que ya se han abordado. Durante el próximo año se llevara a cabo una auditoria externa con carácter trimestral

CONCLUSIONES La sistematización a la que obliga el proceso de certificación es un catalizador para ordenar todo el esfuerzo realizado. La programación sistemática de auditorías (internas y externas) es un elemento más para conseguir mantener el estado de alerta durante la fase de transición a la normalidad

ID: 305

PLAN DE CONTENCION COVID-19 DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD

AUTORES: MADRIGAL CANO, ELSA[1]; ARANDA SÁNCHEZ, B[2]; CLOTAS SANCHO, L[3]; GONZÁLEZ GOINZALO, S[4]; BEJARANO DE CASTRO, L[5]; FUSTÉ AGULLÓ, G[6]

CENTROS DE TRABAJO: TARRAGONA-7

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En nuestro ámbito de atención primaria se ha experimentado las consecuencias del Covid-19 en una residencia de la tercera edad, teniendo que implantar acciones de contención para minimizar los efectos negativos de la pandemia en estos residentes.

OBJETIVOS Describir el manejo desde atención primaria en una residencia afectada por la pandemia Covid-19

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo de las acciones llevadas a cabo por los profesionales sanitarios de atención primaria en la residencia para evitar propagación y efectos negativos de la pandemia COVID-19. Residencia con 153 usuarios, en la que se diagnosticaron 32 Covid + a finales de marzo, implantando las siguientes medidas de mejora:

1. Medidas organizativas

   1.1. Sectorización de la residencia en diferentes edificios y plantas
   - Positivos diagnosticados (edificio A- planta A1)
   - Sintomáticos, pendientes de diagnóstico (edificio A- planta A2)
   - Asintomáticos y negativos (edificio B)

   1.2. Creación de circuitos de zonas limpias y sucias no confluentes.
   1.3. Equipos de profesionales diferentes para los edificios A y B.

2. Formación:
   2.1. Formación a los profesionales de la residencia para el uso de EPIs e higiene de manos.

3. Gestión del material:
   3.1. Suministro i recuento de material de protección.
   3.2. Pedido y custodia del material sanitario y farmacológico para el tratamiento de los síntomas.

4. Medidas asistenciales:
   4.1. Seguimiento diario de los residentes, por personal de medicina y enfermería de atención primaria.
   4.2. Actualización diaria de curso clínico y tratamiento farmacológico.
   4.3. Colaboración en los cuidados básicos de los residentes.
   4.4. Realización de test de detección PCR i aislamiento de contactos.
   4.5. Confinamiento de la residencia para evitar la propagación de contagios.

5. Check-list diario:
   5.5. Registro diario informatizado del plan de contingencia, especificando los residentes aislados preventivamente, con sintomatología compatible y casos confirmados; así como número de profesionales activos y aislados, e información referente a temas organizativos y estructurales.

RESULTADOS

A pesar del plan de actuación, la velocidad de propagación y los efectos del virus fue difícil de contener, obteniendo a mitad de abril:

- 35 exitus (16 COVID +, 12 sintomáticos sin PCR, 7 sin sintomatología)
- 67 residentes COVID-19 +

A principios de junio:

- Un incremento de 17 exitus (15 COVID +, 2 sintomáticos)
- Un incremento de 15 COVID +

Actualmente:

- 71 residentes han negativizado PCR
- 30 residentes no afectectados por COVID +
- Realización de serologías para determinar los niveles de anticuerpos.

CONCLUSIONES

La implantación de un plan de contingencia ha favorecido la disminución de la incidencia de nuevos contagios y una evolución favorable de los COVID +, a pesar de que se trata de personas de edad avanzada institucionalizadas y con patologías crónicas previas.
La experiencia vivida durante la pandemia nos permite detectar necesidades específicas y hasta ahora no cubiertas en pacientes institucionalizados.

ID: 307

IMPACTO DE LA ASISTENCIA DE PACIENTES COVID-19 EN LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN MADRID

AUTORES: MARTÍN VEGA, ALBERTO[1]; VILLÁN-VILLÁN, Y[2]; RAMÍREZ-GARCÍA, E[3]; PARRA RAMÍREZ, P[4]; BLÁZQUEZ GONZÁLEZ, JA[5]; TORRES SANTOS-OLMO, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Comunidad de Madrid ha estado en el centro de la pandemia por SARS-CoV-2 con alrededor del 30% de los casos en España.

OBJETIVOS Describir el impacto de la asistencia de los pacientes COVID-19 en un Hospital terciario universitario, sobre la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente por los profesionales del centro

MATERIAL Y MÉTODOS Los incidentes relacionados con la seguridad del paciente se notifican a través de un Sistema informático propio del Hospital que empezó a funcionar en 2014, de forma anónima y por cualquier profesional del centro. En el sistema se registran todas las circunstancias relacionadas con el evento y sus consecuencias reales o potenciales de daño al paciente. Para evaluar el impacto de la asistencia de pacientes COVID-19 se compararon las notificaciones en el periodo comprendido entre el 25/02/2020 (primer paciente diagnosticado en el centro) hasta el 21/06/2020 (fecha fin del confinamiento), frente al mismo periodo de los 2 años anteriores.

RESULTADOS En el periodo de estudio de 2018 y 2019, se produjeron 531 y 509 notificaciones respectivamente. En 2020 las notificaciones se redujeron a 237, 53% y 55% menos con respecto a 2018 y 2019. En relación con el año 2019, en 2020 se observó un descenso del 81% en las notificaciones relacionadas con medicación/vacunas, (71% sobre 2018) y del 90% de sangre y hemoderivados (67% sobre 2018). Por el contrario, aumentaron porcentualmente, las relacionadas con accidentes del paciente (700%) y con infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (300%) sobre 2019. La ratio incidentes/eventos adversos pasó de 14,2 en 2018 y 7,6 en 2019 a 10,9 en 2020. No hubo variación en la notificación por categorías profesionales, siendo la enfermería el estamento con mayor número de notificaciones.

CONCLUSIONES El impacto de la asistencia de pacientes COVID-19 en la notificación de incidentes se produjo en dos sentidos: 1. Disminución en el número de incidentes notificados a menos de la mitad y 2. Cambio en la distribución del tipo de incidentes notificados tanto respecto de 2018 como de 2019.

RESIDENCIAS INTEGRADAS EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS

ID: 308

AUTORES: GÓMEZ GÓMEZ, ANA MARÍA[1]; VÁZQUEZ CAMPO, MI[2]; PULGARÍN SOBRINO, SU[3]; IGLESIAS CASAS, GR[4]; BERMEJO ANSIA, PA[5]; CABANELAS GONZÁLEZ, BE[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEXO HOSPITALARIO OURENSE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En nuestra Comunidad Autónoma, se declara la situación de emergencia sanitaria lo que obliga a adoptar una serie de medidas que fueron propuestas con el fin de contener y mitigar el crecimiento de la infección evitando la saturación del sistema.
De acuerdo con esta realidad en el Área Sanitaria, se puso en marcha una residencia integrada con capacidad para 90 residentes, para la atención a las personas mayores usuarias de estos servicios, que habían dado positivo por coronavirus y precisaban de atención sanitaria.
Este Centro fue el primer centro en abrir sus puertas en la Comunidad.

OBJETIVOS OBJETIVO PRINCIPAL:

- Establecer un protocolo de actuación que permita dar una respuesta eficaz ante un caso de infección por SARS- CoV-2 en las residencias sociosanitarias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evitar contagios y transmisión del virus SARS- Coronavirus-2.
- Establecer circuitos de circulación "limpio sucio".
- Establecer metodología de trabajo segura para el paciente y para los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS La aplicación de una buenas prácticas en la gestión del coronavirus es clave para trasladar a trabajadores y pacientes las garantías necesarias para generar confianza.
Por este motivo en la residencia integrada se establecieron una serie de medidas para afrontar el reto de la pandemia, permitiendo un control de la situación en las residencias sociosanitarias de origen permitiendo así el regreso a la "nueva realidad".
Se realizó un abordaje completo de la gestión de riesgos derivados del COVID-19 estableciendo buenas prácticas de limpieza e higiene, gestión de residuos, medidas de protección y formación, trazado de circuitos "limpio-sucio" tanto de personal como de material.

RESULTADOS

- Ausencia total de contagios entre personal trabajador y residentes positivos.
- Incremento del grado de seguridad de los profesionales con las mejoras implementadas.
- Alta a residencia de origen del 94% de los pacientes ingresados en la residencia integrada.

CONCLUSIONES Por este Centro pasaron 66 mayores procedentes de distintas residencias de la provincia.
De estos, 62 regresaron a sus Residencias de origen libres de coronavirus.
El día 22 de mayo la residencia quedó vacía de usuarios, no se clausuró, si no que permanece abierta a disposición del sistema sanitario por si fuera preciso trasladar nuevamente a algún mayor contagiado.
Por tanto podemos concluir que las medidas implantadas fueron efectivas ayudando a superar el reto al que nos enfrentábamos al inicio de la pandemia.

ID: 309

PLAN DE CONTINGENCIA COVID-19: APRENDIENDO DE UNA EXPERIENCIA REAL

AUTORES: QUESADA CUBO, VÍCTOR[1]; GARCÍA DE SAN JOSÉ, S[2]; DÍAZ REDONDO, A[3]; DÍAZ GARCÍA, R[4]; PLANS BERISO, E[5]; LÓPEZ FRESNEÑA, N[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Plan de Contingencia de un Hospital pretende conseguir una respuesta eficaz en caso de un incremento inesperado de la demanda por cualquier causa, no obstante antes de esta pandemia estos planes de contingencia se planteaban para afluencias masivas de pacientes, pero de forma puntual y durante un periodo muy corto de tiempo. La pandemia COVID19 por sus características especiales (demanda creciente en un periodo prolongado y necesidad de aislamiento), han puesto en evidencia debilidades en estos planes de contingencia.

OBJETIVOS Desarrollar un Plan de Contingencia multidisciplinar y multisectorial que integre los planes operativos y que en conjunto brinden una adecuada preparación para el abordaje de la atención sanitaria según la situación epidemiológica, provocando la mínima repercusión para el funcionamiento del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS Para la reelaboración del Plan de Contingencia se utilizó:
1) Plan de catástrofes anterior.
2) Mapa de riesgos transversal actualizado en base a los riesgos biológicos asociados al COVID19
Planes específicos llevados a cabo en los servicios hospitalarios críticos obtenidos de su experiencia durante la pandemia.
El trabajo fue coordinado desde la Subgerencia Asistencial con la participación de los profesionales clínicos y de gestión. Revisión por el Comité de Crisis, aprobación por Dirección y difusión a toda la organización.

RESULTADOS Este Plan establece los siguientes contenidos:
1) Gobernanza: Se establece:
   - Comité de Crisis Permanente. Activar el Plan. Máxima autoridad siendo el interlocutor principal interno y externo.
   - Comités operativos. Responsabilidad científico-técnica encargada del manejo de los casos y la revisión de protocolos:
     - Hospitalización.
     - Cuidados intensivos
     - Quirúrgico
     - Sociosanitario
2) Servicios críticos. Definición, responsabilidades y tareas.
3) Criterios de activación del plan.
4) Fases del Plan. Se han establecido 3 niveles. Activación en base a un sistema de información "online" que incluye indicadores creados ad hoc.
   - Nivel 1: Respuesta adecuada con los recursos disponibles habitualmente.
   - Nivel 2: Recursos propios en situaciones especiales
   - Nivel 3: Movilización de TODOS los recursos materiales y/o humanos.
5) Sectorización hospitalaria. Zonas diferenciadas COVID-19 y NO-COVID-19 y doble circuito.
6) Desactivación del Plan. En base a indicadores y autoridades

7) Evaluación del Plan. Según evidencia científica y realización de DAFO específicos.

CONCLUSIONES

Este Plan expone los principales cambios organizativos a implementar de forma sistematizada durante una futura situación epidémica en un hospital de tercer nivel. Una de sus principales características es su elaboración en base a la experiencia y gestión sanitaria real realizada por los equipos de profesionales implicados. Se despliegan los planes y protocolos específicos puestos en marcha durante el período pandémico para realizar una utilización adecuada de los recursos materiales y personales con el fin último de minimizar el impacto en el centro sanitario.

PROYECTO ACOMPAÑA: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

ID: **310**

AUTORES: MARTI DELGADO, ANA[1]; GÁLVEZ HERNANDO, G[2]; MARTINEZ JIMENEZ, M[3]; CERESUELA ALONSO, C[4]; GASCÓN MARTÍ, M[5]; LÓPEZ PÉREZ, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL VALL HEBRON

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La atención a las necesidades de las personas hospitalizadas durante la COVID-19, es un área importante para hacer que la atención sea centrada en la persona y en sus necesidades.Preguntar al paciente¿qué necesita?Es una forma de abordar e implementar la Atención Centrada en el Paciente.

OBJETIVOS Explorar, conocer y dar respuesta a las necesidades no cubiertas de los pacientes hospitalizados en el Hospital Vall d'Hebron durante la pandemia COVID-19 de acuerdo con lo expresado por ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio prospectivo observacional, que exploró las necesidades de los pacientes hospitalizados durante la COVID-19.La población de estudio fueron personas ingresadas en plantas de hospitalización durante el periodo del 10 de abril al 5 de mayo de 2020. Se creó un equipo de 6 enfermeras para desarrollar el proyecto.Se realizaron visitas diarias a los pacientes y se elaboró una plantilla para recoger datos.Se evaluaron las necesidades de los pacientes en base a cuatro ejes: evaluación de la situación del paciente (se analizó la necesidad de apoyo de Trabajo social y Psicología, evaluación del estatus de ansiedad, barrera idiomática, necesidad de recursos espirituales y necesidad de material para la higiene básica), evaluación del entorno (apoyo familiar), evaluación de necesidades de entretenimiento (se analizó habilidades con las nuevas tecnologías, se ofreció pasatiempos) y evaluación de necesidad de comunicación con la familia (videollamadas diarias).
Las necesidades expresadas por los pacientes fueron reportadas por las enfermeras de atención a la ciudadanía al resto del equipo de administrativos,en una reunión diaria de control.El equipo de administrativos hizo seguimiento de las necesidades generadas.

RESULTADOS El equipo Valle Hebrón Acompaña atendió a 4924 pacientes y gestionó sus necesidades.De todos ellos, 1.303 solicitaron utensilios personales (cepillos de dientes,pasta de dientes,cepillo de pelo,desodorantes,cuchillas,espuma de afeitar,limas,tapones de oídos,champú y ropa interior) y 813 pidieron entretenimiento (libros de lectura,revistas,periódicos,pasatiempos o tablets) y 597 pidieron realizar videollamadas. Además, se hicieron solicitudes para su valoración, 20 a psicología y 48 a Trabajo Social

CONCLUSIONES Se trabajó para combatir el estrés y la perturbación del humor del paciente hospitalizado mediante una serie de actividades transversales e interdisciplinares centradas en la necesidad expresada. Se centraron fundamentalmente en necesidades básicas y de entretenimiento, esto responde a su relación con la pirámide de Maslow y las necesidades no cubiertas. Estas actividades desembocan en la humanización de la atención, personalizando el trato con cada paciente. Garantizar que todo paciente ha tenido un acompañamiento durante su estancia hospitalaria ha ayudado a reducir la sensación de soledad que genera no tener el entorno cerca, mejorando a su vez, la experiencia de los pacientes en el hospital durante el ingreso y proporcionando una atención centrada en la persona.

ID: 311

ACREDITACIÓN HOSPITALARIA DEL PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19

AUTORES: LLORENTE PARRADO, CÉSAR[1]; MEJÓN BERGÉS, R[2]; ROMEA LECUMBERRI, MS[3]; ROMÁN BROTO, A[4]; COSSIO GIL, Y[5]; SALAZAR SOLER, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: H.U. VALL D'HEBRON

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la pasada onda epidémica causada por el SARS-CoV-2, y fundamentalmente a lo largo de los meses de marzo y abril, los hospitales han estado sometidos a una presión asistencial creciente que ha situado su capacidad al borde del colapso. Este escenario, caracterizado por una combinación de incertidumbre, baja evidencia científica y medios insuficientes, ha generado una importante variabilidad de la práctica y de criterios de respuesta entre diferentes centros sanitarios.

OBJETIVOS

- Desarrollar un modelo de acreditación del plan de preparación y respuesta del hospital frente a la COVID-19.
- Evaluar y acreditar la capacidad implementada en el hospital para dar respuesta a las necesidades actuales y futuras en el contexto de la pandemia.
- Identificar áreas de mejora que deben ser reforzadas y buenas prácticas que deben ser puestas en valor y compartidas con otras instituciones.

MATERIAL Y MÉTODOS a) Revisión bibliográfica de planes a nivel internacional, en el ámbito hospitalario, y publicados a partir del mes de febrero de 2020 y de procedimientos y experiencias implementados en el hospital y otros centros del entorno.
b) Diseño y validación de modelo. Se propone un borrador inicial que se valida mediante metodología basada en técnica Delphi, por parte de los referentes de las áreas implicadas.
c) Evaluación y acreditación:

- Autoevaluación. Mediante grupos focales de entre 10 y 14 profesionales, de la Dirección Ejecutiva y de las áreas implicadas, se evalúa el grado de cumplimiento de cada uno de los estándares en el centro.
- Auditorías 'in situ'. Rondas presenciales llevadas a cabo por equipos de 3-4 profesionales sanitarios con el apoyo de la Unidad de Acreditación del hospital. Se incluyen los siguientes ámbitos: urgencias, hospitalización, críticos, área quirúrgica, atención ambulatoria, continuidad asistencial, áreas de apoyo al diagnóstico y tratamiento, y áreas comunes no asistenciales.

RESULTADOS El modelo consta de 208 estándares distribuidos en 9 criterios: liderazgo y estrategia; prevención y control de la infección; organización-atención de profesionales y gestión de competencias; áreas públicas no asistenciales; áreas asistenciales; áreas de apoyo asistencial; logística, tecnología y obras; comunicación y atención al paciente; sistemas de información e investigación. Dentro de cada criterio, los estándares a evaluar se agrupan en dimensiones por temáticas.
La evaluación alcanza un 85,62% de cumplimiento, y se identifican 42 áreas de mejora y 96 buenas prácticas.
Se establece un plan de mejora con 51 acciones programadas para su puesta en marcha en el corto plazo (hasta 2 meses), priorizadas en función de su impacto potencial y factibilidad.

CONCLUSIONES La implantación como herramienta diagnóstica de un modelo de acreditación COVID-19 establece un marco de mejora de la capacidad de respuesta del hospital frente a la pandemia que permite, por un lado, evaluar y estandarizar la práctica, disminuyendo su variabilidad y, por otro, aprender de los errores y detectar buenas prácticas.

ID: **312**

ANÁLISIS DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES ASOCIADAS AL COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: QUESADA CUBO, VÍCTOR[1]; DÍAZ REDONDO, A[2]; LÓPEZ FRESNEÑA, N[3]; GARZÓN SÁNCHEZ, E[4]; PLANS BERISO, E[5]; DÍAZ GARCÍA, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los sistemas sanitarios se han visto sometidos a grandes cambios e incertidumbre durante la pandemia de COVID-19. Los centros sanitarios han tomado decisiones con celeridad asumiendo los riesgos y sus consecuencias. Es importante, una vez que ha pasado el pico epidémico, incorporar herramientas estandarizadas que permitan incorporar lo aprendido a la gestión de riesgos, agilizar la respuesta ante nuevas crisis y aprovechar las oportunidades.

OBJETIVOS Elaborar un mapa de riesgos relacionados con la asistencia sanitaria en las distintas áreas del hospital, incluyendo los riesgos vinculados al COVID-19 y su integración dentro del sistema de gestión de calidad establecido

MATERIAL Y MÉTODOS Para la actualización del mapa de riesgos se partió del ya existente en el hospital, y se añadieron al análisis:

1. Análisis retrospectivo de las matrices de riesgos-oportunidades de servicios seleccionados certificados por la Norma ISO 9001:2015.
2. Los incidentes relacionados con el COVID-19.
3. Realización de un AMFE a nivel macro Mapa de Procesos del Hospital 2020 (procesos estratégicos, operativos y de apoyo). Desagregación del AMFE para cada proceso operativo clave: urgencias, hospitalización médica, atención quirúrgica, atención ambulatoria, y apoyo diagnóstico-terapéutico. Para cada riesgo se ha realizado una matriz de riesgo-impacto-detectabilidad que permite clasificar el factor de riesgo en 4 niveles. En los riesgos clasificados como alto o muy alto se ha comprobado si se disponía de actuaciones definidas para abordarlo y en caso contrario se han diseñado e implementado o se esté en desarrollo.
4. Identificación de oportunidades en cada área de analizada.

El análisis se ha llevado a cabo por miembros del comité de crisis, equipo directivo, servicios clínicos esenciales y del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad

RESULTADOS Los principales riesgos encontrados se relacionan con la reorganización hospitalaria (sectorización y flujos), recursos materiales (retraso en los stocks) y aprendizaje (nuevos protocolos, variabilidad clínica, incertidumbre científica). Se han encontrado, de media, 6 nuevos riesgos por cada subproceso. Se han actualizado o reelaborado 10 protocolos en relación directa con los riesgos asociados al COVID19 (prevención, asistenciales, protección del personal, limpieza, residuos). Se han modificado los consentimientos informados, desarrollado nuevos planes de contingencia y comunicación, un programa específico de apoyo psicológico y un plan de suministros y logística. Las principales oportunidades detectadas están en relación con la mejora de las precauciones estándares y específicas y la incorporación de la asistencia a distancia y del trabajo en remoto.

CONCLUSIONES Mediante este análisis se pretende tener identificados los principales riesgos de cada área del hospital ante una nueva crisis y tener diseñadas de forma proactiva las medidas a aplicar para eliminarlos o paliarlos y por otro lado aprovechar las oportunidades para consolidar nuevas formas de trabajo

ID: **313**

TRAZABILIDAD ENTRE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y LA Hª CLINICA: UN RETO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

AUTORES: MORENO MARTIN, SUSANA[1]; PACHECO BLÁZQUEZ, P[2]; SANCHEZ IBAÑEZ, A[3]

CENTROS DE TRABAJO: H.U. PRINCIPE DE ASTURIAS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Aunque la finalidad principal de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad en la actividad quirúrgica puede provocar daños considerables.
Entre las diferentes complicaciones de la cirugía destacan los incidentes relacionados con la comprobación de la esterilidad del instrumental, su correcto funcionamiento y recuento del mismo.
La Central de Esterilización es un proveedor interno de productos sanitarios.
El 21 de marzo de 2010 entró en vigor el RD 1591/2009, que reglamenta el producto sanitario.
En la Guía de Estándares y Recomendaciones para la CE del MSSSI de 2011 se especifica la necesidad de asegurar la trazabilidad en esterilización.
Las normas europeas armonizadas (incorporadas al Derecho Español) también obligan a trazar todo tipo de interacción entre usuarios y sistemas de información.
La norma UNE-CEN/CLC/TR 14060:2014 trata a cerca de la trazabilidad de los productos sanitarios.

OBJETIVOS Garantizar que el proceso de esterilización se realice cumpliendo los requisitos de eficiencia, seguridad y calidad
Normalizar el proceso de producción y distribución de todo el material e instrumental estéril del centro
Conseguir que cada producto esterilizado tenga su propia identidad
Asegurar la Trazabilidad Hospitalaria
Conseguir la Trazabilidad Clínica

MATERIAL Y MÉTODOS Programa informático de la Central de Esterilización
Programa informático de Hª Clínica Electrónica (HCIS)
Lectores de código de barras
Impresora de Etiquetas identificativas y de trazabilidad

RESULTADOS Mejorar de la vida útil y la seguridad del material y de los equipos
Conseguir el máximo control en la gestión del almacén de todo el instrumental, accesorios, aparatos y material CE
Mejorar el flujo de información entre la CE y el resto de Servicios
Facilitar la gestión y el control de los procesos dentro de las distintas actividades en la CE
Normar la identificación del material quirúrgico esterilizado
Permitir relacionar al paciente operado con el instrumental utilizado y el ciclo de esterilización al que fue sometido el material

CONCLUSIONES La Trazabilidad debe formar parte de todos los departamentos o servicios implicados en el proceso quirúrgico. Con la implantación del nuevo sistema de Trazabilidad Informática que se ha instaurado desde 2019, hemos tenido la oportunidad de mejorar la calidad de la Central de Esterilización.
En definitiva, ha contribuido al aseguramiento de la calidad y la certificación del producto y del proceso. Sin duda, se ha logrado dar una mayor seguridad, consiguiendo así una mejor gestión en todos los ámbitos.
En la actualidad se está trabajando en la conexión del sistema informático de la CE con el sistema

informático de Historia clínica electrónica del centro.
La consecución dicha conexión permitirá la unión de la trazabilidad total del material que se procesa en la central con cada paciente que sea intervenido en el hospital.
Calidad + Gestión + Trazabilidad = Seguridad del paciente

ID: **314**

DETECCION PRECOZ DE NUEVOS CASOS COVID19 Y MEDIDAS DE CONTROL HOSPITALARIAS EN LA FASE DE TRANSICION DE LA PANDEMIA

AUTORES: RUBIO CIRILO, LAURA[1]; MARTÍN RIOS, MD[2]; DE LAS CASAS CAMARA, G[3]; CIMAS BALLESTEROS, M[4]; TARAZONA CHOCANO, BC[5]; DEL NIDO VARO, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA[1], HOSPITAL FUNDACIÓN JIMENEZ DÍAZ[24], HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS[3], HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA[5], ISCIII[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Superado el pico epidémico y en situación de transición de la pandemia es necesario el establecimiento de pautas que ayuden a la detección de casos nuevos y al establecimiento precoz de medidas que eviten la aparición de casos asociados.

OBJETIVOS Definir unos criterios uniformes de actuación en la detección de casos para pacientes que requieren ingreso hospitalario que nos permitan a su vez establecer de forma precoz medidas que eviten la aparición de casos asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS De acuerdo con los protocolos de actuación del Ministerio de Sanidad ("Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19" publicado el 16 de junio del 2020) y con la adaptación de este por parte de la consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid, se han establecido unos diagramas de actuación para el paciente que ingresa. En ellos quedan implícitas las medidas a adoptar con los pacientes en cuanto a los criterios de aislamiento y solicitud de pruebas así como la utilización de equipos de protección individual. La detección precoz debe iniciarse en la urgencia basándose en dos situaciones clínicas de partida: caso sospechoso o caso no sospechoso, siendo la definición de caso sospechoso la recogida en los protocolos mencionados. Se tiene en cuenta además la PCR al ingreso (positiva, negativa o estar pendiente en el momento del mismo). Por último, se tienen en cuenta tres parámetros de decisión; el primero de ellos es la situación clínico-epidemiologica del paciente que distingue entre caso sospechoso, confirmado, probable o descartado. El segundo es el estado que hace referencia a la contagiosidad del paciente (activo, en estudio, cuarentena o no covid/desiaslado); y por último la zona en al que ubicaremos al paciente (zona Covid, zona no Covid o zona intermedia)

RESULTADOS Los flujogramas diseñados, se han integrado en la historia clínica electrónica en forma de formularios; bajo las condiciones lógicas de los flujogramas, el formulario termina dando una respuesta automática que responde a los tres parámetros mencionados: definición de caso, estado del paciente y ubicación. Estos parametros pueden ser ademas modificados de forma manual por el facultativo si hay desacuerdo. El estado del paciente se asocia a un código de colores de forma que todo el mundo pueda conocerlo, sin necesidad de leer toda la historia clínica del paciente. El color rojo para el estado activo, el amarillo para los pacientes en estudio o cuarentena y el verde para los no covid. Por otro lado, el código de color de estado se corresponde con la ubicación del paciente en las diferentes zonas de atención, de forma que activo va a zona covid-roja, en zona intermedia-amarillo van los pacientes en estudio o cuarentena y a zona no covid-verde los pacientes no covid o desaislados.

CONCLUSIONES las herramientas de toma de decisiones disminuyen la variabilidad de las actuaciones, de forma que ante un mismo caso se pueden poner en marcha las mismas medidas de protección evitando así el riesgo de aparición de casos asociados.

ID: 315

AUTORES: OLIVERAS GIL, MONTSE[1]; ELVIRA MEIRE, M[2]; MORENO BELLA, JL[3]; LÓPEZ HERNÁNDEZ, M[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DE VILADECANS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La gestión de la pandemia, en términos asistenciales, ha provocado que, sobre todo, en la fase inicial, no hayamos puesto todo el cuidado en aspectos relacionados con la humanización de la atención que podrían haber sido mejores. Obviamente, no estábamos preparados, pero ahora, es importante realizar un ejercicio de reflexión e incorporar aquellas iniciativas que contribuyan a reducir la incertidumbre, stress, dolor del paciente y sus familias en caso de que nuevamente haya rebrotes
Los profesionales, a pesar de la satisfacción de haber atendido, tratado, cuidado y acompañado a los pacientes en estos momentos, pueden verse afectados por las reclamaciones de las que no eran conscientes ni el impacto que supone en pacientes y familias

OBJETIVOS En términos de humanización, paliar la soledad y el aislamiento del paciente, se resolvió en cuanto se evidenció y se pudo articular un circuito para resolver este déficit. Otros aspectos se identificaron pero no fuimos capaces de paliarlos correctamente. Actualmente, hemos analizado las quejas y reclamaciones de este periodo para tener una visión de las deficiencias y el impacto real. Para encontrar las mejoras e implementarlas

MATERIAL Y MÉTODOS Análisis cuantitativo y cualitativo de quejas orales y reclamaciones escritas en el periodo marzo-julio 2020 relacionadas con la humanización en el trato de pacientes, familiares y/o acompañantes COVID-19
Grupo de trabajo para identificación de acciones de mejora y puesta en marcha

RESULTADOS Claramente se encuentran déficits en:
Información facilitada a pacientes, familiares y acompañantes
Custodia, tanto de objetos de valor como de objetos personales
Quejas relacionadas con información facilitada
32 incidencias
Más frecuente: Tránsito de paciente de Urgencias a Hospitalización
Fines de semana y festivos
Servicios más afectados: MIR, URG, ENFERMERÍA
Custodia de objetos
403 custodias 88% entregadas
35 incidencias
Más frecuente: Tránsito por diferentes ubicaciones, pérdida de la cadena de custodia, exceso de celo en las medidas de prevención.

CONCLUSIONES El grueso de las reclamaciones ha aparecido después de la fase aguda de la pandemia.
Para mejorar la comunicación, se incorporan las siguientes medidas:
Actualización de procedimiento:
Informar diariamente al paciente i al familiar referente, desde el ingreso y hasta la fecha de alta
Obligatoriedad de recoger en el curso clínico a quien se informa y el que.
Realizar reuniones de gestión de incidencias con los servicios más afectados
Continuar registro de incidencias pormenorizado e información a responsables y Dirección

Respecto a la custodia de objetos. Se actualiza el procedimiento que garantiza:
Recomendación de que familiares se lleven los objetos personales. Registro entrega (SAP)
Si no es posible 1. Evitar que se pierda la cadena de custodia (entrega en mano entre enfermería y seguridad con registro y número de custodia)
Cada mañana UAC avisará a familiar/entorno referente para retirada en 24 horas de los elementos custodiados
Difusión y seguimiento

ID: **316**

MODELO DE INDICADOR PARA EL SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

AUTORES: MONTSERRAT I REBULL, F. XAVIER[1]

CENTROS DE TRABAJO: INGECAL[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La implementación de sistemas de gestión de la calidad conlleva la realización de auditorías. Los hallazgos de las mismas indican el estado y operatividad del sistema. Para la organización auditada y para el auditor resulta de utilidad disponer de indicadores para valorar las auditorías.

OBJETIVOS Definir un indicador de fácil aplicación que permita un seguimiento ágil y objetivo del resultado de las auditorías y de su evolución en el tiempo. El indicador proporciona un valor numérico que facilita el mencionado seguimiento. En definitiva, un indicador útil para determinar y seguir la operatividad del sistema.

MATERIAL Y MÉTODOS El indicador lo he elaborado de forma empírica. Se calcula mediante una simple ecuación:
Indicador = (nº no conformidades + 1) x (nº observaciones + 1) + nº oportunidades de mejora – nº puntos fuertes.
Las unidades adicionadas permiten que no se anule el producto por ausencia de hallazgos. Los puntos fuertes pueden suprimirse y ello implica ajustar la posterior interpretación. Esta interpretación se efectúa mediante una escala de valores obtenida empíricamente. Así, he diferenciado 4 intervalos del indicador:
Valores inferiores a cero que son indicativos de un sistema operativo y consolidado;
Valores entre 0 y 25 que son indicativos de un sistema operativo pero mejorable o a optimizar;
Valores entre 25 y 50 que son indicativos de un sistema a mejorar;
Valores superiores a 50 que son indicativos de un sistema de baja operatividad por cambios importantes o por ser de reciente implementación.

RESULTADOS El indicador se ha aplicado de forma experimental en organizaciones del ámbito sanitario, entre otros. En este sector lo he utilizado en casos auditados en una o varias ocasiones, pero en especial en casos auditados anualmente a lo largo de 15 y 20 años, para observar la evolución del indicador. Estas últimas organizaciones corresponden a áreas o unidades de un hospital de alta tecnología, de dos hospitales de referencia y de tres hospitales generales. Unidades como son los laboratorios de análisis clínicos. También se ha aplicado a dos organizaciones de fabricación y producción de instrumentación y reactivos. Asimismo, se ha aplicado en dos centros de investigación biomédica y en una organización de gestión y representación administrativa sanitaria.
Los resultados del indicador representados en gráficos valor/tiempo, proporcionan curvas que describen el estado y evolución del sistema. Se relacionan con episodios de sucesos o cambios y con la operatividad y madurez del sistema.

CONCLUSIONES El indicador es útil. Al auditor le ayuda en su objetividad, en la revisión de sus conclusiones, en su actuación y en el valor añadido al cliente. También puede aplicarse en evaluación de auditores. Permite observar de una organización el estado y evolución, tendencias y comportamientos, la necesidad de variar estrategias y de recursos, el grado de implicación del personal. El indicador se adapta bien en auditorías con medios estandarizados y a circunstancias propias del auditor y del auditado.

ID: **317**

ENTRENAMIENTO EN PERCEPCIÓN EMOCIONAL EN FUTUROS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

AUTORES: VÁZQUEZ CAMPO, MIRIAM[1]; GÓMEZ GÓMEZ, AM[2]; PÉREZ ÁLVAREZ, E[3]; MAROÑO SOUTO, Y[4]; GARCIA CABALLERO, AA[5]; MOURIÑO LÓPEZ, Y[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEXO HOSPITALARIO DE OURENSE[12345], HOSPITAL COMARCAL BARCO DE VALDEORRAS[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La empatía de los profesionales sanitarios con los pacientes y familiares es de suma importancia de cara a mejorar el cumplimiento terapéutico, la fiabilidad diagnóstica, la satisfacción del paciente, reduce el número de errores y demandas, y mejora el bienestar profesional.
Reconocer las expresiones faciales de los pacientes, incluidas aquellas que son menos obvias (microexpresiones) puede ser de gran utilidad para los sanitarios en sus relaciones con los pacientes

OBJETIVOS El objetivo del trabajo es comprobar la aplicabilidad y la eficacia de una herramienta online para mejorar la habilidad de reconocer las emociones faciales en estudiantes del ciclo medio de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

MATERIAL Y MÉTODOS Ensayo Clínico Aleatorizado.
Grupo intervención. Este grupo realizó dos sesiones de autoentrenamiento de 45 minutos con el programa e-Motional Training (www.e-motionaltraining.com). Este programa consta de tutoriales formativos, entrenamiento en percepción emocional a través de partes aisladas del rostro (ojos y bocas), entrenamiento en reconocimiento de microexpresiones (expresiones que duran menos de 250ms) y morphing (las caras van cambiando de forma progresiva desde una expresión neutra a una emoción concreta).
Grupo control, solamente se le realizó las pruebas de evaluación.

Evaluación
Ekman 60 Faces Test. Permite evaluar la percepción emocional y consta de 60 fotografías que representan las seis emociones básicas.

Análisis estadístico
Inicialmente se realizó un análisis descriptivo.
Se realizaron pruebas no paramétricas para determinar la asociación potencial entre las variables de estudio y un análisis Ancova para la determinación del efecto del tratamiento usando los Change Scores En todos los análisis consideramos estadísticamente significativas las diferencias con $p< 0.05$.

RESULTADOS La muestra reclutada estuvo compuesta por 49 estudiantes del ciclo formativo de TCAEs, de los cuales 21 estaban en el grupo de control y 28 en el grupo intervención.
Antes de la intervención las emociones que mejor se identifican son Alegría y Sorpresa y por el contrario los que peor Asco, Tristeza y Miedo.
Tras la intervención observamos que en el grupo control las puntuaciones en las distintas emociones se mantienen o empeoran, siendo este empeoramiento significativo para la emoción de miedo.
Con respecto al grupo intervención observamos una mejoría en todas las emociones salvo en alegría, debido al efecto techo, obteniendo datos significativos en las emociones de ira, tristeza y miedo y sorpresa.
Al comparar las puntaciones de cambio de ambos grupos por medio de un análisis de covarianza

(ANCOVA), se obtiene que las puntuaciones de cambio significativas son asco e ira, mejorando en ambos casos en el grupo de intervención.

CONCLUSIONES Tras este estudio podemos concluir que es factible realizar un entrenamiento en reconocimiento de emociones faciales de forma grupal en estudiantes como parte de su formación rutinaria

MODELO ORGANIZATIVO MULTIDISCIPLINAR DE HOSPITALIZACIÓN COVID

ID: 318

AUTORES: GONZALEZ ANGLADA, ISABEL[1]; GARMENDIA FERNÁNDEZ, C[2]; LORENZO, S[3]; MORENO NUÑEZ, L[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia COVID ha supuesto un antes y un después en nuestro Hospital. Las necesidades asistenciales en hospitalización crecieron un 300% y fue necesario poner en marcha de forma rápida un nuevo modelo asistencial en hospitalización multidisciplinar capaz de absorber toda la demanda y crear un ambiente de trabajo en equipo. Hemos previsto en caso de nuevo rebrote la adaptación del sistema según el modelo previo

OBJETIVOS Describir el modelo de atención en Hospitalización COVID que asegura crecimiento y éxito

MATERIAL Y MÉTODOS El grupo de expertos COVID describe los pasos necesarios para la atención de un futuro rebrote de la pandemia: formación de equipos de hospitalización multidisciplinar COVID y crecimiento según demanda, organización de los equipos y de la hospitalización, coordinación integral.

RESULTADOS Partiendo de 90 camas de hospitalización habituales en invierno, se planifica aumentar un 300% la hospitalización con la siguiente incorporación progresiva de recursos humanos y la transformación en Equipos COVID multidisciplina

- Incremento de 60 pacientes: inicio especialidades médicas: +10 (adjuntos y residentes). Incorporación 1 guardia 12h diurna sobre lo previo
- Incremento de 90 pacientes: Suspensión actividad no urgente. Incorporación segunda guardia 12h diurna
- Incremento de 120 pacientes: Incorporación progresiva de todos los especialistas de área médica. Incorporación guardias residentes especialidades médicas a guardias hospitalización COVID.
- Incremento de 150 pacientes. Incorporación nueva guardia 12h nocturna sobre lo previo
- 180 pacientes. Incorporación a guardia de Hospitalización de guardias localizadas especialidades médicas
- 240 pacientes: Incorporación médicos de especialidades no médicas a los Equipos de Hospitalización. Incorporación a guardia de Hospitalización de todas las guardias de presencia física
- 300-350 pacientes en 10 controles. Incorporación tercera guardia 12h diurna.

Se mantendrá la incorporación progresiva de 10 médicos cada 2-3 dias. Los nuevos incorporados se distribuirán entre los equipos formados previamente. La creación de un nuevo equipo se realizará a expensas de profesionales expertos y menos expertos.
La organización recae en el Coordinador de Hospitalización. Cada equipo de hospitalización estará dirigido por un coordinador de equipo especialista de Medicina Interna, Infecciosas o Neumología. Habrá un Equipo de médicos informadores realizando comunicación telefónica diaria y un Equipo de continuidad asistencial.
La Coordinación en el hospital precisa reuniones y protocol : Grupo de coordinación hospitalaria, Mesa de camas, Reunión Equipos de Hospitalización , Reunión de coordinación de Equipo. Protocolo clínico de actuación para homogeneizar el cuidado; Protocolo de triaje de pacientes con necesidades de soporte vital avanzado; Protocolo de atención al profesional para poder manejar mejor las vivencias estresantes.

CONCLUSIONES El modelo asistencial multidisciplinar COVID en hospitalización ha demostrado su resultado.

GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE HEMODIÁLISIS

ID: 319

AUTORES: ARAMBURU GARCÍA, Mª CARMEN[1]; MEIZOSO AMENEIRO, A[2]; DEL RIO REY, J[3]; PITA BARREIRO, O[4]; CUNHA MERA, M[5]; MARTINEZ ESPIÑEIRA, J[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El área de hemodiálisis trabaja en la implementación de los criterios de las normas ISO 9001 y UNE 179003 analizando los puntos críticos en la prestación de sus actividades, con el objetivo de satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes.

OBJETIVOS

- Medir el grado de satisfacción que tienen los pacientes que acuden a hemodiálisis
- Analizar los resultados obtenidos y establecer áreas de mejora

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo de corte transversal mediante encuesta estructurada y anónima a los pacientes que reciben hemodiálisis entre los días 25 y 29 de noviembre 2019.
El diseño de la encuesta es de 12 preguntas con cinco posibles respuestas (muy satisfecho/a, satisfecho/a, moderadamente satisfecho/a, poco satisfecho/a o insatisfecho/a) en relación a:

1. Atención proporcionada
2. Información
3. Infraestrutura da Unidade
4. Valoración global da Unidade

1 pregunta abierta sobre lo que el paciente cambiaría para mejorar la atención recibida.
Análisis de los datos recogidos en Excel.

RESULTADOS La muestra fue de 21 encuestas repartidas, se recibieron y analizaron 21. Tasa de respuesta de un 100%.
El 95% de los pacientes están muy satisfechos o satisfechos con la atención y trato del personal facultativo. Se mantiene ese porcentaje con la disposición del personal facultativo para resolver dudas.
El 100% de los pacientes están muy satisfechos o satisfechos con la atención y trato proporcionado por el personal de enfermería. Es el 95 % con la disposición del personal de enfermaría para resolver dudas.
El 91% de los pacientes están muy satisfechos o satisfechos con la confianza y seguridad transmitida por el personal de la unidad y con la información recibida sobre su enfermedad. Igual porcentaje con la información recibida sobre o su medicación, dieta y hábitos de vida a mantener.
El 76% están muy satisfechos o satisfechos en relación a su privacidad, un 15% moderadamente o poco satisfecho y un 5% está muy insatisfecho.
El 77% están muy satisfechos o satisfechos en relación a la comodidad de la sala, un 14% moderadamente o poco satisfecho y un 5% está muy insatisfeito.
El 96% están muy satisfechos o satisfechos en relación a la limpieza y orden de la sala.
El 53% de los pacientes están muy satisfechos o satisfechos con las condiciones ambientales de la sala, un 43 % moderadamente o poco satisfechos.

CONCLUSIONES La unidad valorara positivamente los resultados de satisfacción obtenidos.
En relación a los ítems relacionados con la intimidad y comodidad de sala podrán ser mejorados al estar en ejecución el Plan Director de remodelación del hospital.

ID: 320

OPTIMIZACIÓN DE CONTROL DE FÁRMACOS EN UNIDADES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA

AUTORES: MOLINA ORTIZ, JOSE ANTONIO[1]; TAFALLA BORDONADA, C[2]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El control del botiquín de fármacos en unidades hospitalarias debe ser una actividad de calidad y seguridad fundamental dentro de las unidades de enfermería, debiendo establecerse unos criterios de vigilancia de caducidades, preservación y conservación de fármacos, así como el cumplimiento de su administración, estocaje y devolución a Farmacia de excedentes.

OBJETIVOS

- Establecimiento y puesta en marcha de una estrategia de optimización y control de calidad y seguridad de los fármacos en los botiquines de las unidades de enfermería con sistema de dispensación por stock: conservación, caducidad.
- Reducir el riesgo y número de errores de medicación, optimizar las cargas de trabajo y garantizar la disponibilidad de la medicación segura, correcta y eficiente para cubrir las necesidades terapéuticas del paciente en las unidades de enfermería.
- Implantar la realización de controles periódicos sistematizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Elaboración y aprobación de un Procedimiento para la gestión del botiquín en las Unidades de Enfermería que sirva para la toma de medidas de seguridad y calidad en el control y manejo de fármacos (control de caducidades, conservación de fármacos, control de estocaje) en todas las unidades hospitalarias: urgencias, consultas externas, hospitalización y servicios especiales como UCI, quirófano y reanimación.
- Creación de un check list de control de la medicación.
- Establecer un responsable de la revisión del stock, de forma rotatoria entre el personal , a través de una planilla consensuada en la unidad.

RESULTADOS Implantación del Procedimiento para gestión de fármacos y del check list de control de medicación en las unidades con sistema de dispensación por stock y registro de devolución a Farmacia de excedentes de medicación:

- Diario: control de estocaje de fármacos estupefacientes custodiados en caja fuerte o en dispositivo automatizado de dispensación.
- Semanal: control de estocaje y caducidades de fármacos termolábiles conservados en nevera.
- Mensual: control de caducidades y estocaje de fármacos de botiquín general.

CONCLUSIONES La creación de un programa de optimización de fármacos con la realización de controles de verificación de la calidad y seguridad, va a favorecer una mejor organización de espacios en los botiquines y va a facilitar la adecuada conservación de aquellos fármacos fotosensibles y termolábiles, evitando posibles caducidades. La estandarización de devolución a Farmacia de los excedentes de medicación al alta de los pacientes, también va a facilitar la eliminación de depósitos de medicamentos y sus problemas derivados (falta de ubicación, conservación y caducidad)

ID: **321**

PROTOCOLO DE AUTOTOMA DE MUESTRAS PARA PROFESIONALES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2

AUTORES: MORA BANDERAS, ANA MARÍA[1]; RUIZ RUIZ, J[2]; ÁLVAREZ CORTÉS, A[3]; HORTAS NIETO, M[4]; MARTÍN SENDARRUBIAS, MJ[5];

CENTROS DE TRABAJO: AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La toma de muestras en pacientes con sospechas de infección por SARS_Cov2 ha sido uno de los aspectos críticos durante esta pandemia. El realizarla en un entorno seguro y en las condiciones más óptimas que pudiesen evitar una infección cruzada ha sido una de las prioridades. Los profesionales disponen de la capacitación para la realización de la misma, por ello el ofertarles la posibilidad de una "autotóma" en domicilio evitaría los desplazamiento y los riesgos asociados al mismo.

OBJETIVOS Establecer un sistema de "autotóma" de muestras en domicilio para los profesionales sanitarios con sospecha de infección por SARS- COV2 en la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

MATERIAL Y MÉTODOS Se creó un Kit con todos los elementos necesarios para la toma de muestra (tubo, pegatina identificativa, bastoncillo, bolsa de plástico, contenedor de transporte de doble envase (norma UN3373), toallita desinfectante y una hoja de instrucciones elaborada "ad hoc").
Se utilizó el servicio externo contratado por laboratorio para el envío y recogida de la misma.
Se estableció un circuito con la unidad de Prevención de Riesgos Laborales (PRL), Medicina Preventiva (MP) y Laboratorio (LAB). Desde PRL se contactaba con el profesional y se le ofertaba la posibilidad de enviarle Kit a domicilio. Si era aceptada se informaba al servicio de LAB indicando domicilio y teléfono de contacto, y este a través de mensajería lo enviaba en el mismo día y posteriormente recepcionaba la muestra. Una vez se tenía el resultado, desde PRL se contactaba con el profesional indicándole resultado, medidas a tomar y seguimiento.

RESULTADOS Se han enviado 106 Kits a domicilio. En el 100% de los casos las muestras han sido recepcionadas por el servicio de laboratorio sin detectarse ninguna incidencia.
Los profesionales han manifestado espontáneamente su satisfacción con esta medida.

CONCLUSIONES El establecer un servicio de "autotóma" a domicilio para los profesionales sanitarios ha evitado la necesidad de desplazamiento al centro con la complejidad que conlleva en situaciones en las que el profesional se encuentre mal o tenga que coordinarlo con su situación personal, Ha evitado los riesgos asociados al desplazamiento de un posible profesional infectado, ha acortado los tiempos de realización de toma al no tener que solicitar una cita y la permitido una mejor coordinación y respuesta en todo el proceso.

ID: **322**

PUNTOS CRÍTICOS EN LA TRAZABILIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA: EVALUANDO LA HISTORIA CLÍNICA

AUTORES: DÍAZ GARCÍA, ROSA SOLEDAD[1]; QUESADA CUBO, V[2]; PLANS BERISO, E[3]; ZONI MATTA, AC[4]; GARZÓN SÁNCHEZ, A[5]; DÍAZ REDONDO, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La historia clínica (HC) es un documento imprescindible en el ámbito asistencial. Su evaluación se ha llevado a cabo para verificar requisitos legales o detección de marcadores de eventos adversos. Con el objetivo de analizar la calidad y seguridad de la atención, hemos utilizado los estándares de Joint Commission International (JCI), un modelo integral para evaluar aspectos críticos en el proceso asistencial.

OBJETIVOS Evaluar la calidad de la cumplimentación de la historia clínica electrónica (HCE) de pacientes hospitalizados en el hospital materno-infantil de un centro de tercer nivel, según los requisitos de JCI, para establecer áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS Se ha generado un modelo de evaluación que incluye los principales requerimientos de los estándares de atención a pacientes de JCI.
Se realiza un estudio observacional transversal. Se revisa de forma retrospectiva la información de la HCE de pacientes hospitalizados que recibieron el alta durante septiembre 2019 y febrero de 2020.
Se selecciona una muestra aleatoria de los ingresos estratificados por los servicios del hospital. Variables incluidas: datos sociodemográficos, antecedentes y hábitos, evaluación y seguimiento médico, cirugías y procedimientos invasivos, anestesia, registro de alta e informe de alta. Se realiza análisis descriptivo de los datos y comparación de proporciones con SPSS® versión 26.
A partir de los resultados de la evaluación inicial se realizaron intervenciones de mejora que incluyen la autoevaluación de una selección de HC por parte de los mandos intermedios y sesiones formativas a los profesionales sobre aspectos a mejorar.

RESULTADOS

- Se seleccionan 365 ingresos en 2019 y 159 en 2020.
- Se registran las alergias en el campo específico en 12,3% vs. 49%, diferencia 36,7% (IC95% 28,2-45,1) p< 0,01.
- El registro de hábitos tóxicos en mayores de 12 años es 20% vs. 32%, diferencia 12% (IC95% 1,8-22,2) p=0,01.
- En la evaluación y seguimiento médicos, excluyendo los ingresos en obstetricia, se registra el juicio diagnóstico en 37% vs. 85%, diferencia 48 % (IC95% 39,2-56,7) p< 0,01.
- El consentimiento informado de las cirugías está digitalizado en 59% vs.79%, diferencia 20% (IC95% 5,7-34,3) p=0,01. El de técnicas anestésicas, en 74,2% vs. 91%, diferencia 16,8% (IC95% 8,2-25,3) p< 0,01.
- Se realiza una valoración anestésica en las 24 horas previas a una cirugía o prueba invasiva programada en 56% vs. 68%, diferencia 12% (IC95% 0,2-23,8) p=0,052.
- Informe de alta: se registra la vía de administración de los fármacos pautados en 19% vs. 28%, diferencia 9% (IC95% 0,9-17) p=0.02, y su duración en 43,3% vs. 77%, diferencia 33.7% (IC95% 25.4-42) p< 0,01.

CONCLUSIONES Los resultados reflejan una mejoría general en el registro de la HC.
La evaluación del contenido de la HCE, según los estándares de JCI, es una herramienta útil para

evaluar y mejorar la calidad de la HC y de la asistencia sanitaria. La participación de profesionales en la evaluación ha sido muy efectiva para aumentar su implicación en los proyectos de mejora.

ID: **323**

MODELO DE GESTIÓN POR COMPETENCIAS TÉCNICAS Y TRANSVERSALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: GARZÓN SÁNCHEZ, ANA[1]; LÓPEZ FRESNEÑA, N[2]; PLA MESTRE, R[3]; DÍAZ REDONDO, A[4]; ZONI MATTA, AC[5]; GARCÍA DE SAN JOSÉ, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El mayor activo de un sistema sanitario son sus profesionales, por lo que mantener y mejorar su desempeño son clave para ofrecer una atención excelente.
La complejidad de un hospital de tercer nivel, tanto asistencial como estructuralmente, supone que las definiciones clásicas de algunos perfiles profesionales no reflejen la realidad de la superespecialización. Por ello se necesita la descripción de perfiles de competencias técnicas más específicos, además de las transversales.

OBJETIVOS Incorporar una sistemática de evaluación y capacitación de los facultativos en un hospital Materno-Infantil (HMI).

MATERIAL Y MÉTODOS En 2017 el hospital implantó una agenda de mejora basada en el modelo de Joint Comission International (JCI) y uno de los requerimientos que se pusieron en marcha fue la definición de competencias de los perfiles profesionales y los criterios de evaluación del desempeño a aplicar.
Para ello, se realizaron cursos de formación a los jefes de servicio del hospital y se crearon grupos de trabajo para definir los perfiles de competencias técnicas de cada área funcional, así como los criterios de evaluación. Como competencias transversales se consideraron las del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
Para la evaluación se utilizaron: sistemas de información asistencial del hospital, datos de la auditoría de Historias Clínicas y valoración de la formación recibida en el último año. El resultado del proceso es un plan de desarrollo personalizado para cada facultativo.
Se creó un grupo focal con la Dirección General de Recursos Humanos del SERMAS, la dirección del hospital y los jefes de servicio y sección que llevaron a cabo las evaluaciones, para la valoración de la experiencia.

RESULTADOS A junio de 2020, 6 servicios del HMI han definido sus perfiles, de los cuales 3 ya han realizado y completado la evaluación al 100% de su personal (Ginecología y Obstetricia, Cardiología y Traumatología Infantiles).
En estos 3 servicios la impresión de evaluados y evaluadores fue muy satisfactoria incluso en situaciones de conflicto, ya que se vio que este tipo de valoración ofrece un marco estructurado, en base a criterios explícitos, que limitan la subjetividad y facilitan la comunicación.
El resto de servicios del hospital están pendientes de la validación de los perfiles, estando previsto para noviembre de 2020 el 2º ciclo de evaluación para completar todo el HMI.

CONCLUSIONES La implantación de este modelo ha supuesto la identificación de puntos débiles (la dificultad de información objetiva para algunos estándares de la JCI muy exigentes, la gestión de la formación no centralizada de los facultativos…). Pero también ha aportado valor añadido, al definir perfiles que se corresponden con las competencias reales de áreas específicas de trabajo, potenciar la concienciación de los profesionales a la hora de asumir sus competencias como parte de su responsabilidad y la explicitación de objetivos medibles en la evaluación del desempeño.

ID: 324

¿HA INFLUIDO LA PANDEMIA EN LA INCIDENCIA DE CAÍDAS Y DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS?

AUTORES: PUENTE GONZÁLEZ, Mª DOLORES[1]; ARIAS BAELO, C[2]; FUNES MOLINA, C[3]; IZQUIERDO MEMBRILLA, I[4]; PLANS BERISO, E[5]; DÍAZ GARCÍA, RS[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En la situación de pandemia por el Covid-19, en la que se produjo una situación crítica en los hospitales, es importante conocer cómo el aislamiento de los pacientes, la ausencia de acompañantes y la enorme presión asistencial podrían influir en la incidencia de caídas y de úlceras por presión (UPP).

OBJETIVOS General:
Analizar los cambios producidos en los indicadores de incidencia de caídas y de UPP en pacientes hospitalizados durante el periodo de mayor prevalencia de pacientes con Covid-19.
Específicos:
Describir los cambios producidos con respecto a los indicadores.
Analizar las circunstancias por las que se han producido las caídas de los pacientes en este periodo.
Analizar las características de las UPP.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó un seguimiento mensual de los indicadores de seguridad observando su evolución desde enero hasta junio de 2020, a través de los registros de la historia clínica electrónica. Posteriormente, se analizaron los registros de caídas en el mes con mayor incidencia y de las UPP registradas durante los meses de marzo, abril y mayo.

RESULTADOS La incidencia de caídas por mil estancias desde enero hasta mayo fue de 2,65, 2,18 1,96, 2,18 y 3,88, con una media del primer semestre de 2020 de 2,54, siendo la media del primer semestre de 2019 de 1,75.
Respecto a las 101 caídas analizadas, la mediana de edad de los pacientes fue de 79 años, (RIQ 67-86). Más del 75% eran pacientes polimedicados y pluripatológicos. El 77% de ellos tenían movilidad reducida, el 60% inestabilidad motora y la mitad tenían alteración del nivel de conciencia. El 26,7% de los pacientes que se han caído han sufrido alguna lesión.
La incidencia de pacientes con UPP desde enero hasta mayo de 2020 fue de 0,65%, 0,65%, 0,65%, 0,73% y 0,98% con una media de 0,72% en el primer semestre de 2020, siendo la media del primer semestre de 2019 de 0,57%. Se analizaron 184 UPP: El 80% se identificaron en grado I y II y la localización más frecuente fue sacra (45%); además, se observaron localizaciones no habituales como el área facial (4%), las orejas (8%), la zona anterior de las piernas (1%) y el área púbica (2,2%).

CONCLUSIONES Se ha producido un aumento de la incidencia de caídas y UPP durante este periodo y aunque ha sido mayor en el mes de mayo, cuando ya había menos casos Covid, podría no haberse registrado en la historia clínica durante los meses de marzo y abril debido a la presión asistencial en ese momento, infraestimando la incidencia.
Los pacientes que se han caído durante el periodo analizado tenían edad avanzada, en situación de fragilidad y en muchos casos con deterioro cognitivo. La excesiva presión asistencial, falta de acompañamiento y el desconocimiento del entorno pudieron favorecer el aumento de las caídas.
En cuanto a las UPP producidas durante este periodo, aunque puede haber infranotificación del registro, se observaron en localizaciones no habituales como en la parte anterior del cuerpo que puede estar relacionadas con la pronación de los pacientes.

ID: 325

"DIÁLOGO WEB" COMO UNA HERRAMIENTA DE ACCESABILIDAD EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO/PACIENTE EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

AUTORES: DE LAS PEÑAS CABRERA, MARIA DOLORES[1]; SAMPER OTS, PM[2]; PAYANO HERNÁNDEZ, S[3]; ZAPATERO ORTUÑO, J[4]; SASTRE GALLEGO, S[5]; AMAYA ESCOBAR, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL REY JUAN CARLOS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El diálogo web es una herramienta de comunicación abierta disponible en nuestra organización sanitaria desde 2018. A partir de la pandemia por el covid 19, es cuando la hemos incorporado a nuestra práctica asistencial cotidiana. Stephen Powis, Director Médico del NHS en 'Outpatients: the future - adding value through sustainability', afirma que si se quiere mejorar la eficiencia de las instalaciones hospitalarias, la experiencia de los pacientes y los resultados clínicos, hay que seguir unas recomendaciones basadas en los principios de las cadenas de valor. Siendo una de ellas, el definir circuitos y derivaciones, incluyendo ehealth, visitas telemáticas y controles en remoto.

OBJETIVOS Evaluar la implementación del diálogo web en el seguimiento oncológico, resultados de pruebas, toxicidades oncológicas agudas y tardías, cuestionarios de calidad de vida de la EORTC, y otras cuestiones.

MATERIAL Y MÉTODOS A través de la historia clínica electrónica, podemos acceder todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial, en esta herramienta on line, y el paciente, a través del "Portal del paciente", en el apartado de Próximas visitas, aparece una sección de "Conversaciones". Antes de la pandemia, solo lo habíamos utilizado de forma ocasional. En 2019, de enero a abril, solo en 1 ocasión. En 2020, en el mismo período de tiempo, 124 conversaciones, suponiendo un incremento del 12.300%. A la fecha actual, mantenemos 76 conversaciones abiertas. La consulta de Enfermería ha mantenido 10 diálogos web y 66 los médicos.

RESULTADOS De un total de 66 chats o conversaciones mantenidas con los médicos, por sexo, habían participado 47 varones (71.2%) y 29 mujeres, que representa el 43.93%. Por patologías: Cáncer de próstata 46, 69.7%, cáncer de mama 11, 16.66%, cáncer de endometrio 6, 9.09%, una paciente con cáncer de recto, 1.55% y 2 con linfomas, 3.03%. Los motivos de la conversación: consultar por fecha de inicio de tto, 7 pacientes, que representa 10.6%, 2 con cáncer de mama y 4 de próstata; 4 consultaron por toxicidades, 6.06%; cuestiones relacionadas con el seguimiento oncológico, resultados de pruebas diagnósticas, fundamentalmente, 29, que representa el 43.93%; cuestionarios de calidad de vida, en 3 ocasiones, 4.5%; firma de consentimiento informado en 1 caso, 1.51%. Llama la atención, de que hay 20 pacientes, el 30.30%, no dialogan con nosotros. Incluso 1 de ellas, no le parecía una forma adecuada de relación médico/paciente, por su frialdad. El tiempo de respuesta, en el 96.96% es < de 24 horas.

CONCLUSIONES El diálogo web, es una herramienta muy útil de comunicación con los pacientes, rápida y que permite solucionar dudas y evitar consultas al hospital innecesarias. Influye el tipo de patología, por ejemplo, el cáncer de próstata, donde el seguimiento se realiza con PSA, se presta mucho, , representa el 43.93% de los diálogos web. Observamos que no todos los profesionales, lo utilizan con la misma frecuencia.

ID: 326

PLAN DE ACTUACIÓN EN RESPUESTA A LA PANDEMIA PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

AUTORES: MARTINEZ ESPIÑEIRA, JULIANA[1]; FERNANDEZ LOPEZ, A[2]; MILLOR SANESTEBAN, B[3]; LOPEZ DIAZ-ROBLES, S[4]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Unidad de Calidad (UC)como elemento clave en la coordinación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) desarrolla y aprueba un plan de actuación en sus actividades, que implica a 7 Servicios y Dirección, como consecuencia de la situación de emergencia derivada de la pandemia por el COVID 19.

OBJETIVOS Describir la nueva sistemática de trabajo a desarrollar por el personal de la UC con los servicios que trabajan con un SGC acorde a las normas ISO 9001 o UNE 179003, así como la metodología para llevar a cabo las actividades de auditoría interna del SXC.

MATERIAL Y MÉTODOS Descripción de las actividades aprobadas en el Plan de Actuación:

- Fijar un calendario de reuniones programadas con los Responsables de Calidad de los Servicios, en franja de día y hora.
- Las reuniones serán telefónicas y realizadas por el personal técnico de la UC asignado a cada servicio.
- Se establece una planificación del trabajo para lo cual se establecen como canales de trabajo los siguientes recursos: Cuenta correo electrónico, teléfono y servidores informáticos compartidos.
- El personal de la UC mantendrá un seguimiento semanal del trabajo con el Servicio.
- Los registros que requieran de la firma de personas responsables (páginas 0, Informe de no conformidad y acción correctiva, Informe de acción de mejora) el documento será firmado electrónicamente en formato pdf y remitido por correo electrónico
- Reestablecer el calendario de auditorías internas 2020 y su aprobación por dirección
- Se dará prioridad a la auditoría en remoto para todos aquellos procesos que permitan esta modalidad

RESULTADOS

- La UC diseña una guía para registro de actuación en la pandemia: RRHH, Seguridad en el trabajo, RRMM, Procesos de trabajo, comunicación coordinación y planificación post-covid. Los 7 Servicios registraron su actividad derivada de la pandemia.
- Aprobación del nuevo calendario de auditorías internas y auditoría externa
- Los 7 Servicios identifican nuevos riesgos identificados en pandemia
- Información Documentada: Control de la documentación generada por los Servicios y publicada en la intranet y la pasiva en servidor informático
- Desempeño del cronograma de Auditorías internas anuales: Gestión, emisión de informes, archivo
- Actuaciones derivadas de la pandemia: Los 7 Servicios realizaron registro de las actuaciones tomadas y planificación posterior.
- Adecuación de sala de videoconferencia. Dotación de componentes para realización de videollamadas con los Servicios

CONCLUSIONES El establecimiento de la nueva sistemática de trabajo y la gestión centralizada desde la UC en base a los criterios generales de la norma ISO, es una herramienta eficaz de gestión y comunicación entre los 7 servicios y la Dirección del centro.

ID: **327**

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE RAM EN UN CENTRO AUTONÓMICO DE FARMACOVIGILANCIA

AUTORES: RUIZ SALAZAR, JESÚS[1]; MARTINEZ ALVAREZ, C[2]; RODRIGUEZ SUAREZ, ME[3]; NUÑEZ RODRIGUEZ-ARANGO, RM[4]; COYA FERNANDEZ, C[5]

CENTROS DE TRABAJO: CONSEJERIA DE SALUD

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La farmacovigilancia es una actividad de salud pública cuya finalidad es la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos del uso de los medicamentos una vez comercializados.

OBJETIVOS Evaluar la incidencia de la situación de alarma generada por la COVID-19 en la notificación de sospechas de RAM en un Centro Autonómico de Farmacovigilancia de forma global y en distintos ámbitos profesionales sanitarios y ciudadanos.

MATERIAL Y MÉTODOS Empleo de formularios de notificación electrónicos en las aplicaciones corporativas del Servicio de Salud (OMIAP, SELENE y MILLENNIUM) y en la web de la AEMPS https://www.notificaram.es. Se ha utilizado la herramienta de explotación de datos FEDRA para el análisis de los datos.

RESULTADOS Las primeras 29 semanas del año 2020 las dividimos en tres intervalos, teniendo en cuenta que en la semana 11 se declaró el estado de alarma y en la 19 se inició la desescalada:

- Semanas 1 a 10 (A), con 366 notificaciones (36,6 media semanal).
- Semanas 11 a 19 (B), con 151 notificaciones (16,7).
- Semanas 20 a 29 (C), con 214 notificaciones (21,4).

En el año 2019, y en los mismos intervalos, se observan 260, 299 y 324 notificaciones respectivamente. En A se observa un incremento del 41% en el año 2020 en relación al mismo periodo de 2019, en B una reducción del 49% y en C una reducción del 34%. En el año 2019 se observan pequeñas variaciones en las tasas de notificación en los distintos intervalos. En el año 2020, en B se observa una reducción de la notificación con respecto a A de un 54,4%; pasando de 36,6 a 16,7 notificaciones a la semana; en C se observa un repunte en las notificaciones pasando de una media de 16,7 a 21,4; es decir, un incremento del 28,1%.

1. Notificaciones de centros de salud: 237 notificaciones en A (23,7 a la semana), 122 en B (13,6 a la semana) y 153 en C (15,3 a la semana).
2. Notificaciones de hospitales: 92 notificaciones en A (9,2 a la semana), 22 en B (2,4 a la semana) y 49 en C (4,9 a la semana).
3. Notificaciones en oficinas de farmacia: 20 notificaciones en A(2,0 a la semana) , 4 en B (0,4 a la semana) y 3 en C (0,3 a la semana).
4. Notificaciones de ciudadanos: se observa una evolución de las notificaciones diferente al de hospitales, centros de salud y oficinas de farmacia, 2 en A, 1 en B y 6 en C.

CONCLUSIONES El COVID-19 ha tenido una gran repercusión en el funcionamiento del sistema sanitario, lo que se ha traducido en un fuerte impacto en el sistema de farmacovigilancia, observándose una reducción en la notificación de sospechas de RAM, especialmente en el periodo de alarma sanitaria. El impacto del COVID-19 en la farmacovigilancia fue inmediato tras la declaración del estado de alarma y la recuperación ha sido lenta y parcial. Hay que destacar que el mayor impacto en oficinas de farmacia y hospitales y menor en los centros de salud. La notificación de ciudadanos es la única situación en la que se observan niveles de notificación, tras el estado de alarma sanitaria, superiores a la situación del periodo de pre-alarma.

ID: 329

BIBLIOTECA VIRTUAL EN CIENCIAS DE LA SALUD Y COVID-19. RECURSOS FIABLES PARA LA TOMA DE DECISIONES

AUTORES: VILLALBA-DÍAZ, ARANZAZU[1]; VILLEGAS-TRIPIANA, I[2]; CAMPILLO-LÓPEZ, T[3]; FERNÁNDEZ-LUQUE, AM[4]; SALIDO-CAMPOS, MA[5]; RIVAS-RAMOS, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: AGENCIA SANITARIA ALTO GUADALQUIVIR. HOSPITAL DE MONTILLA[1], AGENCIA PÚBLICA SANITARIA PONIENTE. HOSPITAL DE PONIENTE[2], COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN[3], HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA[4], HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS[5], HOSPITAL COMARCAL SANTA ANA DE MOTRIL[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los profesionales de la información en Ciencias de la Salud desempeñan un papel relevante en el suministro de información con criterios de calidad, veracidad y pertinencia. Dirigida a la formación de usuarios, promover las mejores prácticas en salud pública mediante difusión de las medidas preventivas, solucionar las preguntas de los profesionales sanitarios y a los ciudadanos sobre cualquier tema de salud y específicamente en el tiempo de pandemia sobre COVID-19.
Las bibliotecas y los profesionales que en ella trabajan tienen la misión de proporcionar la mejor información para la práctica clínica, docente e investigadora.
Durante el estado de alarma surgido por el COVID-19 el trabajo ha sido mucho más intenso, exhaustivo y rápido con el objetivo de facilitar información contrastada y con evidencia científica consultando fuentes y recursos fiables. Con el objetivo de mostrar el trabajo realizado, cómo se ha llevado a cabo por estos profesionales en los tiempos del COVID-19.

OBJETIVOS Dar respuesta inmediata a las necesidades de información surgidas por la pandemia del COVID-19 de forma eficiente, rápida y facilitando el acceso a recursos fiables.

MATERIAL Y MÉTODOS La plataforma web COVID-19 se ha creado de forma consensuada y objetiva, con diferentes apartados con los que se abarca información por especialidades médicas, información científica, recursos con información en abierto, sección dedicada a la ciudadanía, un servicio de Búsquedas Bibliográficas para el profesional…El trabajo se ha distribuido por grupos de profesionales, quienes han sido los encargados de localizar, revisar y cotejar la información subida a la plataforma.

RESULTADOS Como resultado el espacio web contiene recursos basados en las mejores evidencias disponibles para ayudar a la toma de decisiones clínicas y las mejores prácticas profesionales, docentes e investigadoras durante la pandemia.
Las estadísticas analizadas desde la puesta en marcha de la plataforma muestran las visitas, lugar desde donde es consultada y los recursos más consultados.

CONCLUSIONES La información publicada en la web de la Biblioteca Virtual y desarrollada por profesionales de la información especializados en Ciencias de la Salud dan confianza a los profesionales que demandan información científica y de calidad asistencial. Es por ello, que el desarrollo de este portal COVID-19 aporta un servicio público de gran valor a la comunidad científica.
A través de las estadísticas, se puede comprobar que la creación del portal COVID-19 ha tenido buena acogida y es de interés para nuestros compañeros, profesionales y visitantes, no sólo en la Comunidad Autónoma a la que pertenecemos sino en el resto de España.

LOS TELECUIDADOS EN LA COVID-19: RELATO DE UNA TELEENFERMERA

ID: 330

AUTORES: RODRÍGUEZ FEIJÓO, ANA BELÉN[1]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La enfermedad Covid-19 ha producido un gran desajuste en nuestra sociedad, suponiendo una importante alteración en los sistemas de salud, en la economía y en las relaciones sociales.
A día de hoy, a falta de una vacuna o de un fármaco efectivo, sabemos que la lucha contra el coronavirus SARS-COV2, se basa en la prevención.
La mayoría de los pacientes Covid-19 positivos, pueden manejarse mediante asesoramiento, control remoto de la sintomatología y autoaislamiento, gracias a la teleasistencia.
En el área de salud en la que trabajo como enfermera, se apostó por la telemedicina para proveer a los afectados por la Covid-19, de unas prestaciones sanitarias eficaces y efectivas para el control de su enfermedad. Se constituyó un grupo de trabajo, formado por médicos y enfermeras: ESCAH (equipo de seguimiento compartido de atención hospitalaria), cuya finalidad es la valoración y control de los casos Covid-19 recién diagnosticados, así como la atención post-ingreso, hasta que el paciente muestre una estabilidad clínica, que le permita ser asumido por Atención Primaria. Las enfermeras son las encargadas de la captación del paciente y por tanto de la primera valoración, además de la realización del seguimiento (bien telefónico o a través de la plataforma de teleasistencia TELEA).

OBJETIVOS Dar a conocer la experiencia vivida como teleenfermera.
Describir el trabajo realizado por enfermería como integrante del ESCAH

MATERIAL Y MÉTODOS El abordaje de los objetivos, se ha realizado mediante el uso de la metodología cualitativa, tomando como base la autoetnografía, un enfoque de investigación y escritura que busca describir y analiza sistemáticamente las propias experiencias en contextos sociales y/o culturales, mediante la aplicación de la autobiografía y la etnografía.

RESULTADOS El trabajo de enfermería-ESCAH consiste en:

- Captación del paciente: breve valoración de estado de salud, valoración de situación social, información sobre las posibilidades de teleseguimiento, activación del tipo de seguimiento elegido, resolución de dudas o preocupaciones, dar a conocer sistemas de resolución de problemas.
- Seguimiento del paciente: a través de la plataforma TELEA o mediante contacto telefónico.
- Atención de línea móvil de resolución de problemas.
- Actualización diaria de pacientes ingresados y dados de alta hospitalaria.
- Comprobación diaria de pacientes que pueden ser derivados a Atención Primaria.

Según la experiencia vivida, la enfermera ESCAH proporciona una atención integral a los pacientes Covid-19.

CONCLUSIONES Desde la experiencia personal y según datos aportados, la teleasistencia en el Covid19, es una herramienta adecuada de seguimiento. El trabajo de las enfermeras está enfocado a la atención integral del paciente, siendo su actuación crucial en el control de los pacientes infectados. La descripción del trabajo enfermero desde la experiencia individual aporta una visión enriquecedora.

ID: 331

CÓDIGO ICTUS EN LA PANEDMIA COVID19: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

AUTORES: RIERA LÓPEZ, NICOLAS[1]; RODRÍGUEZ RODIL, N[2]; COLOMER ROSAS, A[3]; FERNÁN PEREZ, P[4]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Ictus Agudo (IA) es una de las patologías tiempo-dependientes más frecuentes de los servicios de emergencias médicas (SEM), 1ª causa de mortalidad en mujer y de discapacidad en adulto. Su pronóstico depende del tiempo que transcurre entre la aparición de los síntomas y la aplicación del tratamiento de reperfusión. El papel de los SEM es vital y todas las guías internacionales de manejo del IA recomiendan el acceso de estos pacientes al sistema sanitario (SS) a través del SEM (mediante llamada al 112) y el desarrollo de un protocolo específico, Código Ictus (CI), que optimice el proceso de atención.
La pandemia COVID-19 ha supuesto un auténtico estrés del SS, evidenciando la necesidad de establecer estrategias de optimización de la atención a la emergencia.

OBJETIVOS Conocer el posible impacto de la pandemia COVID-19 en la atención al CI.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio retrospectivo de la cohorte de CI registrada en nuestro SEM durante un año (del 01/06/2019 al 31/05/2020) comparando nivel de cumplimiento del protocolo en el período de mayor incidencia de COVID-19 frente al resto del tiempo.
CI: síntomas neurológicos de inicio brusco durante las 24 horas previas en paciente que no fuese gran dependiente. Se registra fecha y hora de activación, edad, sexo y hospital al que se traslada.
Período COVID-19: semanas correspondientes a la mayor incidencia (COVID-19 + > de la mediana) notificados por el Ministerio de Sanidad.
Período control: resto del tiempo en el periodo.
Estadística: Descriptiva para variables cuantitativa y cualitativas. Comparación de medias y proporciones. Test de ajuste a la curva normal de variable continua y homogeneidad de las varianzas. Estimación diferencia de M para IC 95%, significativa si p< 0,05.

RESULTADOS En España, la mayor incidencia se produjo entre el 1 de marzo y el 8 de mayo.
No se han encontrado diferencias significativas en edad, sexo ni escala de gravedad entre los grupos.
Período de COVID 19: reducción diaria no significativa del 10% de CI con respecto al período control (diferencia de -0,5, p=0,57).
No se han encontrado diferencias en: tiempo de inicio de los síntomas (-7%, p=0,07), determinación de glucosa (0%, p=1), realización ECG (-4%, p=0,38), registro de frecuencia cardíaca (-1%, p=0,76), y respiratoria (+2%, p=0,7), presión arterial (0%, p=1), temperatura (-3%, p=0,37).
Sí se ha encontrado diferencia significativa: proporción de pacientes en los que se canaliza vía periférica antes de llegada al hospital (-10%, p< 0,01).
Reducción significativa del traslado de pacientes a centros de ictusâ€¯(91% vs 84%, p=0,04) a costa deâ€¯duplicar los trasladosâ€¯a hospitalesâ€¯con unidad de ictusâ€¯(6,5% vs 9,1%, p=0,35)â€¯y hospitalesâ€¯no idóneos para Clâ€¯(3% vs 7%, p=0,01).

CONCLUSIONES Durante la pandemia COVID-19 se ha detectado un aumento significativo de los pacientes con CI que se han trasladado a hospitales no idóneos, y una menor adhesión al protocolo.
Se evidencia la necesidad de implementar el seguimiento y control del CI en las crisis.

IDENTIFICACIÓN DE E-YOUNG CHRONICS MEDIANTE EL CUESTIONARIO BERNESGA

ID: **332**

AUTORES: BARAJAS GALINDO, DAVID EMILIO[1]; MARTÍNEZ PILLADO, M[2]; SAID CRIADO, I[3]; BALLESTEROS POMAR, MD[4]; REGUEIRO MARTÍNEZ, AA[5]; CANO RODRÍGUEZ, IM[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN[146], COMPLEXO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA[2], HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO[3], CENTRO DE SAÚDE VILANOVA DE AROUSA[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Transformar la relación médico-paciente analógica a digital no es tarea simple y requiere una gran cantidad de coraje y liderazgo visionario. La situación actual derivada de la pandemia del COVID-19 ha desvestido una realidad en la que sin duda los sistemas sanitarios deben mejorar y mucho en las aplicaciones y herramientas disponibles en el aspecto informático, mejorando la experiencia del paciente utilizando la tecnología para crear un entorno relacional más dinámico y flexible. El primer paso para hacerlo es identificar las capacidades digitales que posee el destinatario último de todo sistema de salud: el paciente.

OBJETIVOS Estratificar al paciente crónico joven (e-young crhonic) mediante un cuestionario baremado para poder ajustar el tipo de recurso digital más adecuado y el modelo de relación sanitaria a sus características.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realiza un cuestionario baremado de 5 preguntas relacionadas con aplicaciones digitales a pacientes en seguimiento por diabetes mellitus tipo 1, entre 18-65 años a los que se prescribe el dispositivo de monitorización flash de glucemia Freestyle Libre de Abbott, el cuál requiere de su vinculación a una aplicación móvil (Libreview) por parte del usuario, para su uso óptimo y comunicación de datos con el profesional sanitario de forma telemática. Asimismo se realizó un cuestionario de opinión sobre relación con el sistema sanitario a los pacientes.

RESULTADOS 54 pacientes fueron incluidos en el estudio, edad 44,46 (DE 11,78) años, 57,41% mujeres.
En la clasificación por subgrupos predefinidos según la puntuación del cuestionario, 30 pacientes (55,55%) se de avanzada capacitación; 13 (24,07%) de básica capacitación y 11 (20,37%) sin capacitación digital. El 83,33% (25/30) de los pacientes predefinidos como de alta capacitación utilizó de forma adecuada el sistema, por 30,77% (4/13) de los de baja capacitación y 0% (0/11) de los pacientes sin capacidades tecnológicas; p< 0,001.

El 78,57% de los pacientes con alta competencia digital valoró positivamente (puntuación >8/10) la realización de consultas de forma no presencial, frente a tan solo el 10% de los pacientes sin competencia digital (p=0,005). El 42,85% de los pacientes con alta capacidad se decanta por la videollamada como forma de comunicación, por el 10% de los pacientes sin capacidad digital (p=0,055).

CONCLUSIONES Este trabajo de validación del cuestionario Bernesga muestra la validez de la herramienta para estratificar las competencias digitales del paciente crónico joven (e-young chronic).
La pandemia del coronavirus-19 ha sometido a nuestros servicios de salud a una prueba de estrés como nunca se había vivido. Se nos presenta en el escenario actual de atención a distancia, una oportunidad (la gran oportunidad) para atender personas inmersas en la era digital. Sería una mala noticia que tras esta pandemia, volviéramos a la casilla de partida, la identificación de aquellos pacientes e-young y e- senior chronics es el primer paso imprescindible para evitarlo.

ID: 333

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LAS Y LOS PROFESIONALES INFECTADAS/OS POR LA COVID-19 EN UN HOSPITAL DE ALTA TECNOLOGÍA

AUTORES: AGUAYO ÁLVAREZ, MARTA[1]; SASTRE HURTADO, N[2]; GÁLVEZ HERNANDO, G[3]; MARTÍ DELGADO, A[4]; OSORIO SÁNCHEZ, D[5]; ROMEA LECUMBERRI, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 11 Marzo de 2020 la OM declaró el brote de COVID-19 como una pandemia mundial, fueron confirmados 6.194.131 casos y 239.254 en España de SARS-COVID-19, de los cuales se notificaron en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica 40.921 casos en personal sanitario hasta el 21 de Mayo de 2020.
En un hospital de alta tecnología con 1.100 camas, teniendo una muestra de 6.731 profesionales, 733 profesionales dieron PCR+ en COVID-19, del 11 de Marzo al 2 de Junio de 2020.
Al haber un índice de contagios elevado entre los profesionales, se ha creado la necesidad de analizar el estado emocional de los mismos.

OBJETIVOS Describir la experiencia emocional de las y los profesionales durante la baja laboral con resultado positivo y con sintomatología de COVID-19 y detectar áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS Según los datos publicados por la Unidad de Prevención Básica de Riesgos Laborales del Hospital, se obtuvo la población total de profesionales infectados con PCR+ hasta el 2 de Junio.
Se obtuvo la muestra de profesionales mediante un árbol de decisiones con los siguientes criterios; del total de contagiados, se eligieron las categorías profesionales cuyo número de contagios eran superiores al 5%, la muestra elegida de profesionales sigue el mismo patrón proporcional que la muestra total de profesionales infectados, las y los profesionales debían haber tenido una PCR+ y ser sintomáticos.
A partir del árbol de decisiones se constituyó un grupo focal con 10 profesionales; 3 enfermeras, 2 técnicos/as curas auxiliares de enfermería, 1 médico/a, 1 celador/a, 1 MIR, 1 administrativo/a y 1 técnico/a, siendo proporcional al número de infectados totales según categoría profesional.
Se utilizó un journey map en julio de 2020 como herramienta para analizar la experiencia emocional de las y los profesionales.

RESULTADOS En el hospital un total de 733 profesionales dieron PCR+ en COVID-19, siendo un 10,89% del total de las y los profesionales.
Durante la sesión del journey map las y los profesionales reflexionaron y compartieron su experiencia vital en las diferentes fases del proceso de la enfermedad donde habían padecido diversos sentimientos y emociones en relación a su entorno y a ellos mismos.
Por otro lado, identificaron en cada etapa del proceso de su enfermedad diferentes áreas de mejora en la esfera laboral como profesional sanitario y en la esfera personal como paciente.
Actualmente, los resultados obtenidos en el journey map continúan en fase de análisis con el objetivo de encontrar un patrón según situación familiar, perfil profesional, género, rango de edad e intensidad de los síntomas.

CONCLUSIONES El journey map realizado, incorporó aspectos emocionales y psicológicos sobre la experiencia de las y los profesionales, se expusieron las conductas, sentimientos, motivaciones y actitudes durante el proceso de la enfermedad.
El análisis del journey map permitió identificar líneas de mejora a trabajar para aumentar la calidad asistencial hacia las y los profesionales de cara futuros brotes.

ID: 334

REORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO ANTE LA PANDEMIA COVID19

AUTORES: QUINTELA GONZALEZ, ZITA[1]; MARTIN FRESNEDA, MS[2]; VILLAR ARIAS, A[3]; CARDENETE REYES, C[4]; MOHÍNO SAÉZ, E[5]; BUSCA OSTOLAZA, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La respuesta del sistema sanitario (SS) ante situaciones de pandemia requiere agilidad y efectividad. Los servicios de emergencias extrahospitalaria (SEE) están configurados para dar una primera respuesta sanitaria en tiempo y forma, debido a su versatilidad en la gestión operativa y adaptabilidad de profesionales.

OBJETIVOS Describir el plan de contingencia implantado en un SEE.

MATERIAL Y MÉTODOS Creación de un equipo de Crisis. Asignación dentro del equipo de áreas de responsabilidad. Revisión bibliográfica de planes de contingencia ante epidemias. Modelización de tres posibles escenarios de epidemia y su impacto sobre recursos asistenciales para dar cobertura a pacientes COVID y patologías habituales. Puesta en marcha del escenario adecuado según la situación de la pandemia. Dar apoyo al resto de la cadena asistencial en sus necesidades: Salud Pública, Hospitales y Atención Primaria. Comunicación interna con los profesionales y Consejería. Comunicación externa con los medios.

RESULTADOS Servicio Coordinador de Urgencias (SCU): Se triplicaron las llamadas entrantes con un máximo de 9468/día. Se redimensionaron los recursos humanos con la incorporación de 25 enfermeras, se elaboraron protocolos específicos y se aumentaron canales y capacidad de líneas, pasando de poder atender 180 llamadas simultáneas a 300.
Atención por recursos móviles: Uso sistemático de Equipos de Protección Individual (EPI) con protocolos de limpieza y desinfección de equipos y vehículos. Reasignación de profesionales a recursos móviles.
Gestión centralizada de camas: Se dio soporte a los traslados interhospitalarios liderados por la Consejería, tanto básicos como avanzados, y se realzaron más de 6.000, de los que 3.811 fueron al Hospital IFEMA (HI). Incorporación de efectivos de Protecciones Civiles y Unidad Militar de Emergencias con grandes colectivos.
Recursos materiales: Gestión de EPI por profesional. Distribución de más de 240.000 mascarillas y 40.000 EPI.
Contención y detección de casos: Toma de muestras de PCR a pacientes, por indicación de Salud Pública, a través de 8 Unidades de Atención Domiciliaria (UAD) con 32 enfermeras, que realizaron más de 1200 muestras.
Cese de actividad de centros de urgencias extrahospitalarias evitando desplazamiento de la población, que fue atendida en domicilios. Los profesionales se reasignaron al HI, SCU y reforzando las UAD.
Sistemas de Información: Seguimiento diario de actividad mediante cuadros de mando diseñados al efecto. Toma de decisiones diaria según la información.
Recursos humanos: Seguimiento diario con reorganización en cada turno de trabajo. Equipo de psicólogos para apoyo al profesional. Estudio de seroprevalencia (inmunidad 20%).

CONCLUSIONES La elaboración, puesta en marcha de un Plan de Contingencia y la toma de decisiones compartida por un Equipo Gestor de la Crisis optimiza la utilización y el control de los recursos, facilita afrontar la incertidumbre, y mejora la seguridad y la atención a los pacientes.

ID: 335

EL EQUIPO DE COORDINACION ENFERMERA EXTRAHOSPITALARIA ANTE LA PANDEMIA:EFECTIVIDAD Y HUMANIZACION

AUTORES: FERNAN PEREZ, PATRICIA[1]; ABEJÓN MARTÍN,R, R[2]; BERMEJO RODRIGUEZ, A[3]; MARTIN GONZALEZ, M[4]; MARTINEZ GOMEZ, J[5]; PÉREZ OLMO, JL[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Debido a la situación de pandemia por el Covid-19 nuestro servicio de emergencias extrahospitalario (SEE) experimentó desde febrero 2020 un incremento exponencial de llamadas de los ciudadanos, siendo las asistenciales atendidas por los enfermeros del Servicio Coordinador de Urgencias (SCU), poniéndose en evidencia la necesidad de una reorientación de su gestión para evitar el desborde de atención y el colapso de las líneas telefónicas que pusiera en riesgo tanto al paciente con afectación grave Covid-19 como por otras causas.

OBJETIVOS Preservar y garantizar la atención a pacientes con emergencia sanitaria que llaman al 061/112. Agilizar la respuesta a pacientes que llaman por motivo de pandemia. Evitar desplazamientos innecesarios contribuyendo al control. Atender emocionalmente a paciente y familia.

MATERIAL Y MÉTODOS Creación de Equipo Gestor de SCU de la Mesa de Enfermería (ME). Se realizó análisis inicial de situación de recursos humanos, tecnológicos, oportunidades y modelización de escenarios. Desarrollo de aplicaciones tecnológicas y plan de contingencia (recursos humanos y procesos).

RESULTADOS En un tiempo inferior a dos semanas se llevó a cabo:

- Implantación de un "Call Center COVID19"
- Inclusión de 6 nuevos motivos de consulta de pandemia de COVID-19 en árbol lógico de clasificación y asignación de llamadas.
- Desagregación y dimensionamiento de la ME del SCU para pacientes con motivo COVID19 y no COVID19.
- Redimensionamiento de plantilla: incorporación de 25 enfermeros.
- Formación ad hoc (ME covid) para la capacitación de los nuevos enfermeros en la gestión de la atención al COVID-19 que integraba atención emocional, consejo y/o asignación de un recurso para su atención en domicilio.
- Creación de una figura de Coordinación de Enfermeria COVID19 para apoyo a la nueva ME.
- Desarrollo de un perfil avanzado de enfermero en el Servicio Coordinador de Urgencias EPACOOOR para apoyar la regulación a la demanda de la atención sanitaria urgente/emergente.

Actividad desarrollada:
Marzo: Se recibieron entre ambas ME 96064 llamadas, de las que 79698 se atendieron en la ME Covid, (2841 llamadas/ día).
Abril: se recibieron entre ambas ME 30154 llamadas, de las que 23099 se atendieron en ME Covid (770 llamadas/día).
El tiempo medio de atención/llamada ME Covid fue > 4m44s, mientras que la ME no Covid fue < 3m19s.

CONCLUSIONES En situaciones como la pandemia COVID19, la ME del SCU es clave para dar información, consejo, redireccionamiento de flujos de pacientes y recursos y evitar la sobrecarga del sistema sanitario.
El rediseño de la ME del SCU ha mostrado ser efectivo y eficiente para garantizar la atención a los ciudadanos que llamaban por 061/112. La alta capacidad de atención y su diseño ha facilitado

una atención de más calidad y humanizada al disponer de más tiempo para la atención telefónica, resolver dudas, valorar síntomas, informar sobre las medidas a seguir, y contribuir a la optimización del sistema sanitario.

ID: 336

¿SE ESTÁN UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO COVID-19?

AUTORES: CALLE URRA, JOSÉ EDUARDO[1]; PARRA HIDALGO, P[2]; LOPEZ ROJO, C[3]; ARELLANO MORATA, C[4]; MAS CASTILLO, A[5]; NIETO MARTÍNEZ, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: SG CALIDAD, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN. SMS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La reciente pandemia por COVID-19 está teniendo un alto impacto en el consumo de recursos hospitalarios, sobre todo en relación con el recurso cama. Es por ello que se necesita disponer de un sistema de información, que identifique los casos de manera precisa y permita conocer y gestionar el grado de utilización de este recurso. El registro de altas de los hospitales sería uno de los sistemas de información más adecuado para realizar esta labor.

OBJETIVOS Valorar el grado de concordancia entre los códigos CIE-10 de diagnóstico de la COVID-19 utilizados en los registros de altas de los hospitales de un Servicio Regional de Salud (SRS) y los propuestos por el Ministerio de Sanidad.

MATERIAL Y MÉTODOS Se solicitó a los 9 hospitales generales del SRS que remitiesen toda la información de los episodios de hospitalización por COVID-19 (variables recogidas en el CMBD de hospitalización) que habían tenido desde el inicio de la pandemia hasta el 30 de abril de 2020.
Una vez recibida la información se calculó el porcentaje de casos el porcentaje de casos en los que se habían utilizado los códigos CIE-10 de diagnóstico propuestos por Ministerio de Sanidad, para el total y desagregado por centro. A nivel general, la confirmación de infección por COVID-19 exige la utilización del código B97.29 como código de diagnóstico secundario adicional al de diagnóstico principal que motivo el ingreso.

RESULTADOS El total de casos codificados remitidos por los hospitales fue de 582. El porcentaje de utilización de los códigos CIE propuestos por el Ministerio fue de 56,2%, oscilando entre el 3,5% de uno de los centros y el 100% de otros dos. En el 89,4% de los 255 casos en los que no se habían utilizado los códigos propuestos por el Ministerio, la causa era el uso de otros códigos de diagnóstico principal y, en el 10,6% restante, que no aparecía el código B97.29 como diagnóstico secundario asociado cuando esto era necesario.

CONCLUSIONES El porcentaje de concordancia entre los códigos de diagnóstico COVID-19 de los registros de alta de los hospitales del SRS era bajo, especialmente en uno de los centros, lo cual cuestiona la utilidad de este sistema de información para conocer y gestionar el grado de utilización del recurso cama.
Para la puesta en marcha de medidas correctoras se necesitaría conocer las causas del problema, sobre todo si se trata de una mala calidad de la codificación o de una inclusión en estas bases de datos de casos que no han padecido un episodio de COVID-19.

ID: **337**

MONITORIZACIÓN DE LAS APARICIONES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO INDICADOR DE PERCEPCIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

AUTORES: ESCUDERO GONZALEZ, VICTOR[1]; MOHINO SAEZ, E[2]; PAJUELO AYUSO, JA[3]; MARTINEZ GOMEZ, J[4]; RODRIGUEZ RODIL, NM[5]; VILLAR ARIAS, MA[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los medios de comunicación son un importante pilar de la sociedad y constituyen el cuarto poder de la democracia; por ello, es importante contar con una monitorización constante de las apariciones del Servicio de Emergencias (SE) en los diferentes medios de comunicación (MC) y en sus distintos soportes. Estas apariciones son el resultado de la obligación de información de servicio público que presenta el SE; asimismo, dibujan la imagen que el SE proyecta hacia la sociedad y ayudan a la propia organización a establecer los objetivos de mejora en materia de calidad percibida y las estrategias de comunicación futuras.

OBJETIVOS Rastrear las apariciones de un SE en MC: radio, televisión, prensa escrita y medios digitales. Clasificar las apariciones según el impacto que generan sobre la percepción de la organización (beneficio, perjuicio o neutro/informativo). Medir el resultado de las acciones de comunicación externa desplegadas, tales como emisión de notas de prensa, actos institucionales, jornadas científicas, etc. Planificar las estrategias de comunicación a partir del análisis de esta monitorización.

MATERIAL Y MÉTODOS Realización de un seguimiento y registro diario de las apariciones del SE en medios de comunicación (MC) clásicos, a través del rastreo de los servicios de alertas provistos por el departamento de comunicación institucional de la Comunidad, para lo que se creó un grupo de trabajo. Buscar y registrar diariamente las apariciones del SE en los MC digitales sirviéndose de motores de búsqueda como Google y servicio de alertas de Google. El Departamento de Comunicación del SE se distribuye la labor, de forma que la JC realiza el seguimiento y análisis de las apariciones en MC clásicos y el TES realiza el rastreo de las apariciones en medios digitales. Una vez cuantificados, se analizan los datos y las tendencias en grupos de trabajo interdisciplinares en el seno de la organización.

RESULTADOS En el primer semestre de 2019, el SE apareció en MC en alguno de sus ámbitos de actuación en un total de 1.560 ocasiones, con la siguiente distribución: 1.270 en medios digitales, 117 en radios, 125 en televisión y 48 en prensa escrita. En cuanto a su clasificación, 1.253 fueron netamente informativos, 81 tuvieron un cariz de crítica y 226 contribuyeron a mejorar la percepción de la labor de los profesionales del SE. Los medios digitales son los que más impactos generan. Les siguen las apariciones en radios, televisión y, en menor medida, la prensa escrita.

CONCLUSIONES El seguimiento diario de la aparición del SE en MC constituye una herramienta esencial para conocer la imagen que proyecta la organización hacía la opinión pública y potenciales usuarios. También permite al Departamento de Comunicación estudiar las tendencias en contenidos informativos y los formatos que presentan más posibilidades de generar impactos de interés en la sociedad, además de ofrecer información sobre los temas que despiertan mayor interés en la ciudadanía, dentro del campo de actividad del SE.

ID: 338

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: MAGÁN TAPIA, PURI[1]; SOTO DE LANUZA, JL[2]; FERNÁNDEZ DÍAZ, MC[3]; GUTIERREZ VIVAS, MM[4]; NAVARRO GALLARDO, KL[5]; VÁZQUEZ MEZQUITA, B[6]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD[1], SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES[2], DIRECCIÓN TÉCNICA DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN[3], GERENCIA ADJUNTA ASISTENCIA SANITARIA[456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la pandemia COVID-19 los profesionales de Atención Primaria (AP) han estado expuestos a multitud de estímulos estresores de diversa condición que pudieran determinar un importante impacto en su salud mental (SM)

OBJETIVOS Describir las características y actividad de un plan creado para dar soporte a la SM de los profesionales de AP durante la pandemia

MATERIAL Y MÉTODOS En marzo de 2020 se inició un plan de actuación para atender a la SM de los profesionales de AP (16.700 trabajadores) en el que se distinguen dos fases:
1ª.- Intervención temprana. Comienza en abril. Los psicólogos de AP realizan intervenciones breves en base a la escucha, pautas de auto-cuidado y gestión de emociones y recomendaciones para reducir la ansiedad. También se difunden documentos breves con recomendaciones sobre autocuidados y se crea un listado de recursos disponibles de otras organizaciones para la atención a profesionales.
2ª.- Continuidad: a) diseño, junto con la Oficina Regional SM, un circuito específico de derivación a los servicios de SM para agilizar la atención a los profesionales con patología grave o con pobre respuesta al tratamiento psicofarmacológico en AP; b) se difunde información sobre el Equipo de Mediación para la intervención precoz sobre posibles conflictos; y c) se diseñan cursos para profesionales sobre técnicas y estrategias para mejorar su salud mental que se impartirán en los próximos meses

RESULTADOS Se elaboraron 7 documentos (autocuidados, ansiedad, insomnio, duelo, bajo ánimo, afrontamiento de pensamientos negativos y relajación) que se difundieron por correo electrónico y a través del espacio 'Atención al Profesional' en la Intranet de AP. Los psicólogos colaboraron con el Servicio de Prevención para atender los problemas de SM de los profesionales derivados de la pandemia. Se describe la actividad de los psicólogos durante mayo y junio: atendieron a 195 profesionales (1,2% de la plantilla) y se realizaron 293 intervenciones. El 91% eran mujeres, edad media: 50,3 años. Los profesionales que más demandaron fueron médicos de familia (40%) seguidos del personal de enfermería (24,2%). El motivo de consulta más frecuente fue la ansiedad (56,1%), seguida de la depresión (19,3%). El 36,6% de los profesionales estaban en tratamiento farmacológico por un problema de salud mental derivado de la pandemia. El 9% de los profesionales estaba en seguimiento por SM. Se han organizado 10 cursos para la reducción del estrés, burnout, manejo del duelo y manejo de conflictos para todas las categorías profesionales

CONCLUSIONES Es prioritario atender a los profesionales con los medios más adecuados, tanto individuales como organizativos (recomendaciones, cursos, organización demanda, etc), si bien, hasta el momento actual la demanda de atención por los profesionales fue escasa. Se hace necesario incrementar el periodo de seguimiento para conocer si la demanda aumenta o si es necesario realizar intervenciones de mejora en el proceso de atención a la SM de los profesionales

ID: 340

EL MODELO EQFM 2020 COMO AYUDA EN LA GESTIÓN DE LA CRISIS POR SARS-COV-2

AUTORES: FERNÁNDEZ LOBATO, ROSA[1]; CUESTA RODRÍGUEZ-TORICES, M[2]; CALLES GATO, D[3]; CARRIÓN BOLAÑOS, MI[4]; ABAD GARCÍA, ME[5]; ANDRÉS MOLINERO, MA[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DE GETAFE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La reciente pandemia por COVID-19 ha obligado a tomar decisiones rápidas en un entorno de máxima volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad (VUCA).

OBJETIVOS Aplicar los criterios del Modelo EFQM 2020 en la gestión hospitalaria para afrontar con mayores posibilidades de éxito la crisis por la pandemia ocasionada por SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS Desde 2009 nuestro hospital aplica la metodología EFQM, en sus distintos modelos, en la gestión del hospital. En la actualidad realiza la transición al Modelo 2020. Se aplica el modelo y se obtienen lecciones aprendidas.

RESULTADOS El propósito y la estrategia se difunden desde hace más de 10 años a toda la organización. Existen canales de comunicación con los grupos de interés. Se fomenta la innovación por medio de premios y sistemas de obtención de ideas. Todo ello intenta crear una cultura de éxito.
Se crea un Comité de Coronavirus, interdisciplinar, de reunión diaria, para gestionar con agilidad de forma trasversal, con un mando único de Dirección y un sistema de comunicación de las decisiones al personal por medio de correos e intranet creando un repositorio específico en carpeta compartida. Se replantean los circuitos de aprovisionamiento con los proveedores. Se gestiona el cambio creando nuevas formas de relación aprovechando las posibilidades tecnológicas: durante 2019 se habían diseñado canales virtuales de atención al paciente mediante e-consulta (con Atención Primaria) y teleconsulta. La pandemia ha hecho que lo que estaba en fase piloto se desarrolle en toda su extensión junto con la consulta telefónica. Se adecúan los espacios facilitando la gestión de cada Unidad como una cohorte de pacientes y se reasignan los RRHH de todo el hospital para asistencia en 3 puntos básicos (Urgencia, Hospitalización médica y UCI) y servicios de apoyo (Plan de Contingencia-1). De igual manera se establece un sistema de información a familiares, percibido con alta satisfacción, junto con un nuevo panel de indicadores específicos de la nueva realidad asistencial. Finalmente, se establecen las bases para poder reaccionar rápidamente ante un repunte (Plan de Contingencia-2).

CONCLUSIONES Entre las lecciones aprendidas se encuentran:
- Las personas son el principal activo. La cultura desarrollada en el hospital ayuda a que las personas respondan a los desafíos, actuando como equipo con un objetivo único.
- La adaptación ágil es necesaria para afrontar la crisis.
- Tener un propósito y estrategia definido facilita la gestión interna. Para ello, es necesaria una cultura arraigada y un liderazgo compartido, lo que fomenta la resiliencia de los trabajadores.
- La comunicación exhaustiva con los grupos de interés, principalmente trabajadores, pacientes y familiares y proveedores, genera confianza y tranquilidad.
- La digitalización y la innovación son indispensables para adaptarnos a la nueva realidad.
- La colaboración proporciona mayor fuerza que la suma de las acciones individuales.

CALIDAD PERCIBIDA EN TIEMPOS DE COVID-19

ID: **341**

AUTORES: MÁS CASTILLO, ADELIA[1]; PARRA HIDALGO, P[2]; CALLE URRA, JE[3]; NIETO MARTÍNEZ, P[4]; LÓPEZ ROJO, C[5]; ARELLANO MORATA, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, EVALUACIÓN Y SEGURIDAD. SERVICIO MURCIANO DE SALUD.[12356], FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SANITARIAS DE LA REGIÓN DE MURCIA[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Ante la pandemia de COVID-19 el Servicio Murciano de Salud (SMS) ha tenido que modificar la forma habitual de ofertar los servicios asistenciales. Esto podría haber motivado un cambio en la percepción de la calidad y la seguridad que el SMS deseaba saber.

OBJETIVOS

- Conocer la calidad percibida por los usuarios de la atención recibida.
- Comparar los resultados de los indicadores con los obtenidos en las encuestas realizadas en los años 2017-2019.

MATERIAL Y MÉTODOS Periodo de estudio: 15 de marzo al 15 abril de 2020.
Tamaño de la muestra: 2.100 usuarios.
Niveles asistenciales valorados: Hospitalización de Adultos (unidades COVID-19 y resto de unidades), Hospitalización Pediátrica, S. Obstétricos, S. Urgencias Hospitalarios, Consultas Externas y A. Primaria (consultas por casos posibles o contactos COVID-19 y resto de consultas).
Tipo de muestreo: aleatorio simple y proporcional al número de pacientes atendidos en cada nivel asistencial y Área de Salud en el periodo de tiempo analizado.

RESULTADOS Satisfacción global con la atención recibida de 8,9 puntos sobre 10. Mejora con respecto al promedio 2017-2019 en todos los niveles asistenciales salvo en S. Obstétricos, oscilando entre 8,6 de Urgencias y 9,1 en H. Pediátrica, mejorando sobre todo en C. Externas.
Trato y profesionalidad de los profesionales: valores de 8 y más, por encima del 90% en todos los niveles asistenciales; aunque en la pregunta abierta final dónde se interroga sobre lo que mejorarían, estas dos dimensiones figuran entre las tres más nombradas en todos los cuestionarios, salvo en C. Externas.
El % de pacientes que declaran que pudieron identificar, siempre o casi siempre, al personal que les atendía disminuye en todos los niveles asistenciales, sobre todo en H. Adultos que pasa de un 86,9% en el promedio 2017-2019 a un 77% actual (58% en unidades COVID-19).
La valoración con 8 y más de la seguridad desciende con respecto al promedio 2017-2019 en más de seis puntos en H. Adultos (de 88,9% pasa a 82,6%) y S. Obstétricos (de 88,6% a 82,0%), incrementándose en Urgencias (de 76,9% pasa a 80,3%). En niveles asistenciales dónde no se preguntaba anteriormente los resultados son: 76,9% en C. Externas y un 84,8% en A. Primaria (75% para consultas de casos posibles y/o contactos).
El 81,3% de los pacientes califican con 8 y más el funcionamiento del SMS durante la pandemia un (76,6% H. Adultos - 89,3% S. Obstétricos), con una media de 8,5. Hay diferencias en A. Primaria entre las valoraciones en consultas de casos y contactos, 80,7%, y otras consultas, 77,4% y en sentido contrario en H. Adultos (unidades COVID-19, 70,2% y otras unidades 81,0%)

CONCLUSIONES

- Mayor satisfacción global con la atención recibida respecto al promedio 2017-2019.
- Disminución de la sensación de seguridad en todos los niveles asistenciales, salvo en urgencias hospitalarias.
- Puntuación media de notable para el funcionamiento del Servicio Murciano de Salud durante la pandemia.

ID: 342

IMPLANTACION DE UN PLAN DE FORMACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL SOBRE LA ENFERMEDAD COVID 19

AUTORES: FERNANDEZ CARRAL, GENOVEVA[1]; HERRERO LOPEZ, S[2]; RENEDO GONZALEZ, C[3]; COLLANTES HERNANDEZ, I[4]; VALLE MADRAZO, T[5]; GONZALEZ MENENDEZ, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La irrupción de la pandemia de Covid 19, disparó una sobredosis informativa, que junto con la restructuración acometida en nuestro hospital requiriendo de una gran capacidad de adaptación en un corto periodo de tiempo, dificultó que los profesionales en un 1º momento, pudieran tener acceso a una información estructurada y adecuada, acorde a la situación que se estaba viviendo, generando una gran incertidumbre. Para paliar esta situación se diseñó un plan formativo dirigido a todos los profesionales.

OBJETIVOS Conocimiento de aspectos generales relacionados con la infección por Coronav. SRAS-CoV2.
Conocimiento de Procedimientos de Actuación y Prevención frente a la Infección en los lugares de trabajo.
Desarrollo habilidades en la utilización de los equipos de protección individual.
Instrucción en el procedimiento de toma de muestras.

MATERIAL Y MÉTODOS El programa formativo se desarrolló en tres fases:

1º Fase (Formación de formadores). Se formaron a un grupo de 30 enfermeros, sustentando su capacitación en dos grandes pila
Formación teórico practica en aspectos epidemiológicos, mecanismos de transmisión, medidas de prevención y control de la infección y formación en metodología docente.

2º Fase. Se organizaron sesiones presenciales dirigidas al resto de los profesionales, impartidas por los formadores, que se encargaron de expandir la formación a todas las unidades del Hospital, instruyendo al personal ante cualquier posible caso de Coronavirus, mediante sesiones informativas de grupos reducidos y demostración en la utilización de los Equipos de Protección Individual (EPI) y otros equipos necesarios. Paralelamente se organizaron sesiones, formando sobre el procedimiento de toma de muestras, así como su conservación y transporte.

3º Fase. En la que nos encontramos actualmente, se han realizado actividades complementarias, como colaboración en la elaboración de protocolos, cartelería, infografías, publicaciones en el Boletín Hospitalario, y también actualmente se está trabajando en la elaboración de actividades formativas con contenidos online y presenciales para actualizar y repasar conocimientos en la atención al paciente covid 19.

RESULTADOS Formación en medidas de prevencion y EPIS: Profesionales Formados: 2420. Por categorías profesionales: Sanitarios (2243) No sanitarios (177). Indice medio de satisfacción:84%. Evaluación media profesorado:4,34 (Sobre 5).
Formación en procedimiento toma de muestras: Profesionales Formados: 154. Por categorías profesionales: Sanitarios (151) No sanitarios (3). Indice medio de satisfacción:90,76%. Evaluación media profesorado:4,61 (Sobre 5).

CONCLUSIONES

La implantación de un plan de formación ha permitido mejorar la cualificación de los profesionales en la asistencia al paciente Covid 19.

Ha contribuido a disminuir la inquietud del profesional al aprender a proteger y autoprotegerse con evidencia científica.

Ha demostrado la capacidad y rapidez de gestión de la Unidad de formación de enfermería en el diseño, implantación y desarrollo del plan formativo.

ID: 343

BOLETÍN INFORMATIVO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CALIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO:MOTIVAR Y COMUNICAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

AUTORES: MILLOR SANESTEBAN, BELÉN[1]; MARTÍNEZ ESPIÑEIRA, J[2]; FERNÁNDEZ LÓPEZ, A[3]; LÓPEZ DÍAZ-ROBLES, S[4]; , [5]; , [6]

CENTROS DE TRABAJO: ÁREA SANITARIA FERROL[1], ÁREA SANITARIA FERROL[2], ÁREA SANITARIA FERROL[3], ÁREA SANITARIA FERROL[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Núcleo de Seguridad del Paciente emite un boletín como herramienta de transmisión hacia los profesionales de los eventos adversos notificados a través del SiNASP e información centrada en la seguridad del paciente. La situación de pandemia supuso un aumento de la presión asistencial por lo que los incidentes que se comunicaron fueron mínimos, aunque muy valiosos, por lo que se aprovechó este canal de comunicación con el profesional para mostrar la importancia y el reconocimiento al trabajo realizado incrementando y protegiendo la seguridad del paciente en época de crisis.

OBJETIVOS

- Trasladar agradecimientos que enviaron la ciudadanía/usuarios a los profesionales
- Comunicar problemas detectados a nivel internacional y compartir información sobre las soluciones adoptadas
- Difundir medidas que se adoptaron en nuestra organización para garantizar la protección y la seguridad de la población del área sanitaria.
- Detallar las acciones llevadas a cabo gracias a la implicación y compromiso de nuestros profesionales
- Difundir acciones formativas específicas sobre prevención y control de la pandemia
- Fomentar buenas prácticas: higiene de manos, resultados y seguimiento de indicadores.
- Trasladar a los profesionales los resultados del informe SiNASP con las notificaciones realizadas en el área, así como, el seguimiento de los objetivos sobre seguridad del paciente

MATERIAL Y MÉTODOS Análisis descriptivo de las secciones dentro del boletín de seguridad:
PORTADA:"Agradecimientos de todo corazón". Collage en donde se incluyen los dibujos enviados por los niños y niñas del área sanitaria.
EPÍLOGO: Referencia a las pocas comunicaciones de eventos adversos que se realizaron y traslado de información sobre problemas que se detectaron a nivel internacional.
OBJETIVO: Mejorar la seguridad del paciente y fomentar las buenas prácticas
QUEREMOS QUE SEPAS: ACCIONES DESARROLLADAS

- Medidas que se adoptaron para garantizar la protección y la seguridad de la población
- Medidas adoptadas gracias a la implicación y compromiso de los profesionales

BUENAS PRÁCTICAS: La higiene de manos. Resultado y seguimiento de los indicadores
FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. Actividades formativas específicas orientadas a la prevención y control de la pandemia
INFORME DE RESULTADOS SiNASP. Desglose de notificaciones realizadas en AP y AH
SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. (UPP, caídas valoración del dolor e informe de alta de enfermería)

RESULTADOS Realización de un nuevo boletín de seguridad al paciente y gestión del riesgo orientado a reforzar la comunicación efectiva y mejorar la seguridad del paciente en todos los niveles y ámbitos asistencia entre nuestros profesionales.

CONCLUSIONES Debemos aprender y no olvidarnos de los errores que se cometieron y ante todo de las soluciones que se adoptaron. Realizar una evaluación de riesgos y planificar las posibles respuestas adoptando medidas preventivas de una manera coordinada.

ID: 344

PLAN DE CONTINGENCIA O CÓMO HACER FRENTE A LA IMPROVISACIÓN ANTE UN REBROTE DE LA COVID19

AUTORES: BARTOLOMÉ BENITO, ELENA[1]; JIMÉNEZ TEJERO, E[2]; GARZÓN GONZÁLEZ, G[3]; BAYÓN CABEZA, M[4]; CONEJOS MIQUEL, D[5]; SÁNCHEZ-CELAYA DEL POZO, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN TÉCNICA PROCESOS Y CALIDAD[13456], HOSPITAL U PUERTA DE HIERRO[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las fases previas de la pandemia por SARS-CoV-2 que hemos vivido, han puesto en evidencia la falta de un plan de contingencia que tuviera definidas las actuaciones capaces de responder eficientemente a una amenaza. Ante la posibilidad de un rebrote que nuevamente exponga al Sistema Sanitario a una grave crisis, es preciso identificar riesgos y actuaciones que les haga frente.

OBJETIVOS Describir la metodología seguida en la elaboración de un plan de contingencia que haga frente a un posible rebrote por SARS-CoV-2 para poner en marcha en atención primaria de una comunidad autónoma

MATERIAL Y MÉTODOS Se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar que ha revisado la literatura disponible y ha sido revisado por directivos de la organización. Se han definido las siguientes etapas: identificación de indicadores que anticipen la toma de decisiones ante rebrote, gestión de riesgos y definición de escenarios acorde a los umbrales definidos para los indicadores que recogen las actuaciones que hay que poner en marcha. En cada una de estas, se recoge descripción, responsabilidades, áreas que abordan (liderazgo, gestión de recursos, infraestructura, personas, organización de centros, atención COVID, atención no COVID y actuaciones transversales de la organización que deben modificarse o suspenderse) y comunicación. Tras su elaboración se contempla un plan de comunicación a los agentes implicados

RESULTADOS Se ha definido una batería de indicadoclínico-epidemiológicos COVID, actividad, personas y recursos que forman parte de un cuadro de mando para directivos. Además, se ha elaborado un plan con 139 actuaciones distribuidas en tres escenarios: preparación, contención y mitigación. El documento se ha puesto a disposición de la Gerente para su difusión en toda la organización. Junto al plan se ha elaborado un excel para filtrar las actuaciones por escenarios, responsabilidades o áreas y se ha hecho un checklist de actividades. Se ha facilitado un excel con previsión de necesidades y situaciones que anticipen la respuesta. Finalmente se ha elaborado un plan de comunicación con presentaciones en power point para facilitar su comprensión.

CONCLUSIONES Identificar riesgos y definir actuaciones que las hagan frente evita improvisación y permite la planificación en una situación en la que la emergencia dicta la pauta. Es fundamental tomar las lecciones aprendidas en las fases previas y transformarlas en directrices que cada responsable de llevarla a cabo sepa, en cada momento qué hacer, tenga los recursos y protección necesaria para garantizar la seguridad y calidad de la asistencia tanto para pacientes como para profesionales

APAGANDO FUEGOS EN LA SALA DE EXTRACCIONES

ID: 346

AUTORES: AVANZAS FERNANDEZ, SARA[1]; MARTINEZ LASTRA, B[2]; RUBIO CANAL, S[3]; GUTIERREZ ALVAREZ, L[4]; GONZALEZ SANCHEZ, JA[5]

CENTROS DE TRABAJO: FUNDACION HOSPITAL DE JOVE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Ausencia de un sistema de citación en extracción de muestras. Los pacientes tienen total libertad de elección de día y de hora provocando ineficiencias y sobrecargas sobre el flujo de pacientes (Rango de nº pacientes/día: 30-100, 90% de los pacientes en una misma franja horaria y resto de franjas con apenas pacientes, aglomeración de pacientes en sala de espera,...)

OBJETIVOS Mejora del procesos preanalítico:

- disminuyendo:
  - tiempo de espera de pacientes en sala de espera.
  - estrés del personal encargado de la extracción.
  - aglomeraciones en la sala de espera de pacientes.
  - sincopes vasovagales.
  - problemas y altercados entre pacientes a la hora de gestionar el turno de llamada.
- optimizando:
  - recursos humanos del personal de Enfermería.
  - tiempo del TEL (Técnico Especialista de Laboratorio).

MATERIAL Y MÉTODOS Recursos materiales:

- Software gestión de turnos garantizando la identificación de los pacientes (tarjeta sanitaria y/o de su DNI) y la confidencialidad.
- Pantallas visualización llamada turno en sala de espera.
- Dispensador ticket (turno) paciente.

Metodología:

- Analizar la situación de partida.
- Crear prestaciones según las diferentes necesidades y tiempos requeridos.
- Crear agendas con estructuras que respondan a las necesidades planteadas por el laboratorio y en base a las prestaciones definidas previamente estableciendo un máximo de 70 pacientes días distribuidos en una franja horaria de 8 a 11:30.
- Implantación piloto, análisis de implantación, propuestas de mejora y establecimiento de flujo definitivo.
- Formación al personal Enfermero, Administrativo y Técnico implicado.
- Difusión de sistemática a partes interesadas.
- Implantación de nueva metodología.

RESULTADOS

- Promedio pacientes citados/día (2019): 53.
- Dedicación TEL a generar turno de llamada: 0 horas.
- Planificación del número de recursos de personal Enfermero en función del número de extracciones citadas.
- % de trabajadores encuestados que afirman que se ha disminuido:
- tiempo de espera de los pacientes en sala de espera: 100 %.
- aglomeraciones en la sala de espera de pacientes: 100%.

- número de de sincopes vasovagales: 100 %.
- altercados entre pacientes: 100 %.
- % de trabajadores encuestados que afirman que el proceso de toma de muestra es más eficiente: 83%.

CONCLUSIONES

- El sistema de citaciones y de gestión de turnos en el proceso preanalítico ha mejorado la eficiencia de éste.
- Adicionalmente a los objetivos inicialmente establecidos, la implantación de esta sistemática ha permitido:
- Gestionar adecuadamente los tiempos de los pacientes de acuerdo a las nueva realidad motivada por el Covid-19 distanciando las citaciones de los pacientes.
- Coordinar el proceso de toma de muestra con el resto de pruebas preoperatorios facilitando a pacientes poder realizar todas las pruebas en un mismo día y con el mínimo tiempo de espera.

ID: 347

NUEVOS ROLES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN EXTRAHOSPITALARIA ANTE LA PANDEMIA COVID-19: TOMA DE MUESTRAS PCR DOMICILIARIAS.

AUTORES: MIGUELES GUERRERO, CARMEN[1]; CLAUDIO ROMO, E[2]; DE LA FIGUERA BAYÓN, J[3]; DEL CAMPO CAZALLAS, C[4]; ELVIRA GARCIA, JA[5]; NAVARRO SANTOS, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El impacto que ha supuesto en el ámbito de la gestión sanitaria el desarrollo de la pandemia COVID-19, ha contraído de facto la necesidad de asumir nuevos retos y necesidades asistenciales ante pacientes, familias y sanitarios, de manera singular sobre los roles de cuidados enfermeros habituales.

OBJETIVOS Desplegar unidades asistenciales de enfermería, para la obtención de muestras PCR a población general, previo al escenario de transmisión comunitaria y profesionales del servicio de emergencia como colectivos especialmente crítico.
Toma de muestras serológicas a profesionales y seguimiento de los mismos junto al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
Adaptación de nuevos escenarios con el fin de asegurar la atención de los pacientes, a pesar del incremento de las cargas de trabajo, ante un escenario desconocido y nuevo entorno hiperdinámico.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Se desplegaron hasta ocho unidades de atención domiciliaria de enfermería (UAD-E), con una contratación de un total de 32 enfermeras, para toma de muestras PCR a la población general en coordinación con el departamento de Salud Pública, hasta el escenario de transmisión comunitaria y posteriormente a profesionales sanitarios con sintomatología específica.
2. Puesta en marcha del dispositivo para la toma de muestras sanguíneas de profesionales (test rápidos de detección del COVID-19) bajo el estudio de seroprevalencia de nuestra comunidad.
3. Despliegue de las UAD-E acorde a la nueva fase de desescalada, para la toma de muestras de posibles casos sospechosos en la población, identificados a través del Servicio Coordinador de Urgencias y unidades asistenciales.

RESULTADOS

- Se tomaron un total de 1200 muestras a pacientes en el ámbito domiciliario hasta el día 11 de marzo (14 días), fecha en que se declaró la transmisión comunitaria en nuestra comunidad.
- Realización prioritaria de muestras PCR a 1125 profesionales (51,14% del personal activo) del servicio de emergencias entre los meses de marzo y mayo.
- Se observa que la mayor prevalencia de PCR positivas se encuentra en la categoría de médicos (25.36%) y la menor prevalencia en la categoría de TES (17.29%), siendo la de enfermería un 19,33%.
- Realización de 125 muestras a profesionales de Protección Civil y 100 a profesionales de empresas de transporte sanitario, por pertenecer a servicios esenciales de transporte sanitario.

CONCLUSIONES

- Diseño de un plan de actuación permitiendo la recogida de muestras con criterios de eficiencia, eficacia y seguridad para pacientes y profesionales.
- Puesta en marcha de un procedimiento específico, para la toma de muestras en el ámbito extrahospitalario.
- Creación de una aplicación informática que permita la trazabilidad de muestras.
- Seguimiento junto al SPRL de los profesionales susceptibles de infección por SARS-CoV-2.

ID: 348

ADAPTACIÓN DE LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA A LA NUEVA REALIDAD ASISTENCIAL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES: MARTINEZ SANZ, JOSE MARIA[1]; AINSA ABOS, E[2]; SANTIGOSA AYALA, A[3]; MULÀ ZAPATER, A[4]; MAGRANE FRANCESCH, E[5]; CLOTAS SANCHO, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: TARRAGONA 7

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La situación epidemiológica durante la pandémia por SARS-CoV-2 ha requerido una adaptación de la practica sanitaria a todos los niveles. En este sentido la consulta de odontologia de Atención Primaria no ha sido una excepción debido a la exposición a agentes infectivos que sufren los profesionales que allí trabajan por las características de su práctica clínica.

OBJETIVOS Describir los cambios y adaptaciones que ha presentado la forma como se atiende a los pacientes en la consulta de odontologia en el entorno de Atención Primaria para garantizar un entorno de seguridad tanto para el professional como para el paciente

MATERIAL Y MÉTODOS Des de el inicio se procedió a una adaptación en los flujos de pacientes, permitiendo espacio y tiempo suficiente para preparar tanto al paciente com el entorno asistencial en el momento de entrar a la consulta. El protocolo posterior a la entrada al centro incluye medidas de desinfección y reducción de emisión de aerosoles en la consulta odontológica. El paciente accede a la consulta previa desinfección del calzado, toma de temperatura e higiene de manos con gel hidroalcohólico además de uso de mascarilla quirúrgica hasta el momento de inicio de la exploración/intervención. La practica clínica los profesionales la desarrollan con equipos de protección individual (EPIs) que incluyen bata deshechable, mascarilla tipo FP2, guantes de nitrilo o látex y pantalla facial. Antes del proceso asistencial se procede a la desinfección de la cavidad oral con solución de peóxido de hidrógeno y durante la atención sanitaria se minimiza la generación de aerosoles y se mejora la ventilacions de la sala. Posteriormente se procede a la higienización de la consulta y la adecuada gestión de los residuos generados.

RESULTADOS Estas adaptaciones han permitido poder desarrollar con relativa normalidad la asistencia odontológica durante los meses de pandémia sin que ello haya implicado retrasos en la atención o pèrdida de visitas.

CONCLUSIONES Medidas sencillas permiten desarrollar con seguridad la practica clínica habitual. Situaciones excepcionales se deben tomar como oportunidades de mejora en la asistencia aunque requieran cambios organizativos que a priori puedan resultar incómodos.

ID: 349

UNA CRISIS SANITARIA COMO OPORTUNIDAD PARA REFORZAR LA IMAGEN Y REPUTACION DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

AUTORES: MOHÍNO SÁEZ, ELENA[1]; ESCUDERO GONZALEZ, V[2]; FERNAN PEREZ, P[3]; REAL MARTINEZ, V[4]; MUÑOZ SAHAGUN, P[5]; BUSCA OSTOLAZA, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Nuestro Servicio de Emergencias Extrahospitalario (SEM) y sus profesionales, especialmente entrenados en riesgo biológico, juegan un papel esencial en la gestión de una crisis sanitaria sin precedentes como la COVID-19; el esfuerzo en comunicación corporativa externa e interna debe ir en consonancia y redunda muy positivamente en la reputación de ambos: servicio y profesionales.

OBJETIVOS

- Ofrecer información de servicio público veraz, transparente y en tiempo real.
- Mantener una relación fluida y rigurosa con los medios de comunicación.
- Concienciar a la ciudadanía sobre la labor de los profesionales sanitarios especializados en la emergencia.

MATERIAL Y MÉTODOS Establecer un circuito dentro de la organización de recogida de información veraz y en tiempo real de la gestión de la crisis.
Constituir un grupo de trabajo formado por los Departamentos de Comunicación institucional implicados en la gestión de la crisis, que tendrá por objeto la recogida de información para desactivación de bulos y “fake news”.
Establecer y asegurar un canal de comunicación bidireccional entre los medios y el responsable de comunicación del SEM para atender la demanda informativa de los medios de comunicación y organizar la respuesta.
Generar labores de producción de guardia hasta cubrir las 24 horas desarrollada por un Técnico de Emergencias Sanitarias adscrito al Departamento, facilitando a los equipos audiovisuales un recurso móvil auxiliar desde el que, formando una comitiva, permitir la cobertura gráfica sin invadir el terreno asistencial y manteniendo la seguridad y protección.

RESULTADOS La notoriedad ha aumentado, reflejada en el número de impactos, obteniéndose en el mes de marzo un total de 128 impactos y en abril, 239. En mayo se superan los 300. Además, este esfuerzo se concreta en una mejora reputacional con la realización de más de 55 reportajes específicos sobre la labor del SEM en periódicos, agencias y televisiones (que se emitieron varias veces y en multiplicidad de medios), fundamentalmente; 9 documentales; una película internacional; participación en dos exposiciones fotográficas, y hasta 115 entrevistas a diferentes profesionales.
Se ha atendido al 100% de las solicitudes de información, implicando en 60 de ellas la elaboración de un argumentario individualizado para asegurar una información contrastada y veraz, eliminando las posibles “fake news”.

CONCLUSIONES La sinergia creada en el grupo de trabajo multidisciplinar, junto con el circuito de recogida de información de dentro de la organización, hace que la gestión informativa de esta crisis haya podido generar un reporte fructífero a la organización, reflejado en los numerosos impactos, y de este modo contribuir a la concienciación de los ciudadanos de la labor realizada por los profesionales de la emergencia, consiguiéndose, además, un reconocimiento basado en la percepción obtenida de nuestros profesionales.

ID: 350

CARENCIAS Y OPORTUNIDADES EN LA ATENCION AL PACIENTE EN CONSULTA, DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES: VILLAR ARNAL, MARIA TERESA[1]

CENTROS DE TRABAJO: CME RAMON Y CAJAL[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La vida, nuestra realidad tal y como la conocíamos ha dado un giro de 180º. Un microorganismo ha paralizado el mundo entero y ha colapsado los sistemas sanitarios mundiales, desde los más avanzados a los más precarios.
En pocos meses, nuestras relaciones, nuestro sistema de valores, nuestras prioridades han dado un vuelco jamás imaginable.
Con poco margen de reacción, nos hemos visto inmersos en una batalla por la vida casi sin armas y con resultados inciertos que han obligado a replantear estilos de vida y modelos asistenciales.
Para ofrecer una atención dentro de unos estándares de calidad han sido claves dos actitudes: la innovación y la adaptación, como en la teoría de la selección natural de Darwin: no es el individuo más fuerte el que sobrevive sino el que mejor se adapta a su entorno.
La escasez y en ocasiones, falta de adecuación de EPIs a la situación epidémica, dieron lugar al establecimiento de consultas de atención, no presenciales.

OBJETIVOS Garantizar una vía de acceso rápida y permanente al sistema sanitario no urgente, atendiendo las necesidades y facilitando la continuidad en el cuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS Desde el momento de la instauración del estado de alarma hasta el momento actual, se decidió realizar las consultas con los pacientes de manera telefónica, atendiendo de manera presencial a aquellos que por sus circunstancias (cumpliendo protocolos de prevención Covid19) lo solicitasen y/o se viera la necesidad de que así fuera.
Para ello se potenció y se facilitó, por parte de la gerencia y el servicio de informática, el uso de la historia clínica electrónica unificada para todos los sectores sanitarios de Aragón. Con la posibilidad de la prescripción farmacológica, petición de pruebas de laboratorio y otras diagnósticas.
El paciente era atendido cómodamente en su domicilio, facilitándole toda la información, escuchando y resolviendo sus dudas, evitando desplazamientos innecesarios y de riesgo.
Se ha realizado una encuesta telefónica de satisfacción con la atención recibida y un reporte de datos con el servicio de Admisión, relativo a la situación de las demoras en la agenda de la consulta.

RESULTADOS Mayor accesibilidad e intercomunicación entre niveles: A. Primaria y A. Especializada.
Reducción en las agendas de las consultas y en consecuencia de la carga asistencial.
Mayor satisfacción del paciente por más inmediatez en la atención y reducción de los tiempos de espera.
Mayor protagonismo de la enfermera por delegación de revisiones programadas, propiciando más proximidad en la relación con el paciente y los cuidados.

CONCLUSIONES Potenciar el uso de recursos infomáticos y nuevas tecnologias digitales es una oportunidad de mejora asistencial que agiliza la atención al paciente sin descuidar el aspecto humano.

ID: **351**

IMPACTO DE COVID-19 EN EL ÁREA DE GESTIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE INDICADORES DE ACTIVIDAD Y CALIDAD

AUTORES: RUANO ENCINAR, MARGARITA[1]; JIMENEZ NUÑEZ, C[2]; SOBRINO JIMENEZ, C[3]; MORO AGUD, M[4]; HERRERO AMBROSIO, A[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La situación de pandemia por COVID-19 obligó a todos los servicios clínicos hospitalarios a adaptarse rápidamente a las necesidades que fueron surgiendo. Desde el servicio de farmacia (SFH) se intentó dar cobertura a la demanda de nuestros clientes y adaptarse al cumplimiento de los requisitos legales. La certificación por la Norma ISO 9001:2015 nos permitió monitorizar los procesos relevantes a través de indicadores de actividad y calidad definidos en el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

OBJETIVOS El objetivo de este trabajo fue analizar el impacto de la situación de emergencia sanitaria por COVID-19 en la actividad del área de gestión farmacoterapéutica y dispensación del SF de un hospital de tercer nivel mediante los indicadores del SGC.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se recogieron mensualmente, entre enero y junio 2020, los datos de los Indicadores de Actividad (IA) y Calidad (IC) según el SGC del SFH. Se llevó a cabo un análisis de la evolución de dichos indicadores en dos áreas: gestión farmacoterapéutica (trámites adquisición) y dispensación (stock, sistemas automatizados (SAD) y dosis unitaria (DU)), en los meses del brote COVID-19 en España, marzo y abril. Para ello, se calculó el incremento o disminución del valor del indicador de actividad en marzo (Mr) y abril (Ab), de forma independiente, respecto a la media de los meses anteriores. Se excluyeron del análisis los indicadores que se recogían como datos acumulados.

RESULTADOS Se analizaron 10 IA y 6 IC. Los trámites de medicación de medicamentos de uso compasivo y extranjeros aumentaron en Mr en un 277,8% y 44,9%, respectivamente y en Ab no varió. Los trámites de medicamentos de uso especial no modificaron su tendencia. El reenvasado de formas farmacéuticas sólidas se incrementó un 68,8% en Mr y un 56,6% en Ab para descender en mayo. La reposición de SAD en Urgencias y unidades de críticos sufrió un incremento del 18,8% Mr y del 51,2% en Ab. Los SAD para preparación de DU tuvieron un 13,1% de movimientos más en Mr y una caída del 2,3% en Ab. La dispensación en Urgencias aumentó proporcionalmente más en Mr y Ab (111,2% y 30%) que en hospitalización (19,6% y 9,2%). La validación farmacéutica en Urgencias subió un 80,7% en Mr y un 19,3% en Ab, mientras que en hospitalización disminuyó un 1,2% en Mr y un 21,5% respecto a los meses anteriores. Respecto a los IC, la dispensación (stock, DU), reposición de SAD, reenvasado cumplieron con los objetivos definidos. En los IC de gestión no se superó la solicitud de préstamos a otros hospitales y el periodo de rotación de stock superó el objetivo (< 23 días) durante el mes de marzo (27,5 días) y abril (28,5 días).

CONCLUSIONES La presión asistencial hospitalaria en la pandemia y los requisitos legales para tramitación medicamentos COVID condujeron a un aumento de actividad en las áreas de gestión y dispensación del SF que pudo ser cuantificada con los indicadores de actividad. El incremento de actividad no se vio afectado en la calidad del servicio.

ID: 354

COVID. ¿LA BOLA DE CRISTAL?: HERRAMIENTA PARA LA PREVISIÓN Y ANTICIPACIÓN DE UNA SEGUNDA OLA.

AUTORES: GARZÓN GONZÁLEZ, GERARDO[1]; SÁNCHEZ-CELAYA DEL POZO, M[2]

CENTROS DE TRABAJO: DIR. TÉCNICA DE CALIDAD. GERENCIA AS. ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD[1], GERENCIA AS. ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Una de las lecciones aprendidas en la gestión de la pandemia por COVID ha sido la importancia de la anticipación y la previsión.

OBJETIVOS Construir una herramienta de apoyo a la toma de decisiones que permita realizar una previsión anticipada de actividad y recursos ante una eventual segunda ola

MATERIAL Y MÉTODOS Se identificaron los clientes potenciales de la herramienta: gestores asistenciales, gestores de compras y suministros y gestores de salud laboral.
Para cada cliente de la herramienta se identificaron las necesidades de previsión y anticipación.
Se identificaron las situaciones en las que la herramienta podría dar respuesta a estas necesidades: en la fase de transición anticipando una eventual reescalada, durante una reescalada global y durante una reescalada local (de un centro de salud o de un grupo de ellos).
Se construyó un modelo, enfocado en tablas, que generase las previsiones identificadas en base a premisas parametrizadas y modificables.

RESULTADOS (se entenderá mejor visibilizando la herramienta al menos como gráfico)
Se ha construido una Tabla de Previsión Anticipada para cada una de las tres situaciones mencionadas: Transición, Reescalada Global y Reescalada local.
El cliente/usuario decide a qué nivel desea la previsión: un turno de un centro de salud, un centro entero, un grupo de centros o la Gerencia entera.
El cliente/usuario carga la población y la plantilla incorporada actual de ese centro o ese turno y sobre esos datos la tabla genera información referida a las 2 semanas pico de una eventual segunda ola en una horquilla entre un escenario pesimista y un escenario optimista.
Para los gestores asistenciales genera una previsión anticipada en los dos escenarios de
- Actividad asistencial diaria que se generará (teléfono, consultas, domicilios, PCRs)
- Profesionales disponibles (no de baja) que habrá
- Carga asistencial diaria por profesional derivada de lo anterior
- Plantilla crítica para esa actividad asistencial

Para los gestores de compras/suministros genera una previsión anticipada en los dos escenarios del consumo diario de material (EPIs, guantes, mascarillas, material PCR)
Para los gestores de salud laboral genera una previsión anticipada en los dos escenarios del número de profesionales afectados
Dispone de un sistema de alertas para identificar situaciones de desbordamiento o falta de material esperables que permitan tomar decisiones anticipadas para resolverlas o paliarlas.
Las Tablas de Reescalada global y local realizan las mismas previsiones para las dos semanas siguientes en base a los datos epidemiológicos reales que se den.

CONCLUSIONES Se ha construido una herramienta que prevé anticipadamente la actividad y los recursos en una eventual segunda ola por COVID.

ID: 356

¿QUIÉN MUCHO ABARCA POCO APRIETA? NO SIEMPRE: ESTRATEGIA FORMATIVA INNOVADORA EN MEJORA DE LA ATENCIÓN AL DOLOR CRÓNICO

AUTORES: GARZÓN GONZÁLEZ, GERARDO[1]; CASO PELÁEZ, J[2]; SIGUÍN GÓMEZ, R[3]

CENTROS DE TRABAJO: DIR. TÉCNICA DE CALIDAD. GERENCIA AS. ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD[1], CONSULTORIO ALPEDRETE. GERENCIA AS. ATECIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD[2], SERVICIO FARMACIA. DIR. ASISTENCIAL CENTRO. GERENCIA AS. ATECIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD[3]
TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En una gerencia de atención primaria se está trabajando desde hace años en un plan de mejora del abordaje del dolor crónico no oncológico.
Se identificaron actividades clínicas de importancia alta para el abordaje del dolor crónico pero pobremente implantadas y se generó un plan de actuación para mejorar su implantación
Entre las líneas del plan, se identificó la necesidad de mejorar la formación de los profesionales en esas actividades. Para llegar a un número importante de profesionales en poco tiempo, se decidió como estrategia elaborar un plan de autoformación "precocinado" para los centros de salud.

OBJETIVOS Formar al mayor número posible de profesionales en un corto espacio de tiempo (menos de un año) en las actividades clínicas importantes y poco implantadas en dolor crónico.

MATERIAL Y MÉTODOS La idea del plan de autoformación es tener elaboradas sesiones "precocinadas" que un profesional de cualquier centro de salud, con formación previa en la materia, pueda presentar, como docente, a sus compañeros.
Se constituyó un grupo de trabajo con médicos, enfermeras, fisioterapeuta y farmacéuticos.
Se identificaron los contenidos docentes que diesen repuesta a las actividades clínicas priorizadas en el plan de mejora: Clasificación del dolor, Dolor Primario, Valoración de funcionalidad e intensidad y seguimiento proactivo, Intervenciones no Farmacológicas, Adecuación del tratamiento farmacológico (incl.. opioides)
Cada contenido se concretó en una sesión (7 sesiones en total) y se elaboró una presentación para utilizar por el docente así como un cuaderno del docente donde se detallaba el contenido de las diapositivas y se daban pautas al docente.
El plan se acreditó de forma centralizada como ediciones diferentes para cada centro de salud, de tal manera que cada centro solo tenía que notificar por correo que iniciaba las sesiones y quienes eran los docentes del centro.

RESULTADOS (Provisionales)
Desde la difusión del plan de autoformación en diciembre de 2019 hasta la interrupción en marzo de 2020 por la pandemia, han iniciado las sesiones acreditadas del plan 38 centros de salud.
En este período han participado en esta actividad formativa más de 1.000 profesionales.

CONCLUSIONES Mediante un plan de autoformación en los centros, con sesiones "precocinadas", se ha conseguido formar a más de 1.000 profesionales en 3 meses en los contenidos priorizados en el plan de mejora del abordaje del dolor crónico.

RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ID: **357**

AUTORES: GARZÓN GONZÁLEZ, GERARDO[1]; GIL CONESA, M[2]; PASCUAL MARTÍNEZ, O[3]; SERRANO PAREJA, M[4]; VALLEJO SANCHEZ-MONGE, P[5]

CENTROS DE TRABAJO: DIR. TÉCNICA DE CALIDAD. GERENCIA AS. ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD[12], GERENCIA ADJ PROCESOS ASISTENCIALES.GERENCIA AS. ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD[3], GERENCIA ADJ PROCESOS ASISTENCIALES.GERENCIA AS. ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD[4], DIR ASISTENCIAL SUR. GERENCIA AS. ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En 2012 se puso en marcha un Plan de Comunicación Interna entre los más de 12.000 profesiones de una Gerencia de Atención Primaria y tras 7 años de implantación era necesario evaluarlo.

OBJETIVOS Evaluar la comunicación interna en una Gerencia de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó un estudio descriptivo transversal utilizando una encuesta dirigida a todos los profesionales de la Gerencia en 2019.
La encuesta constaba de 3 partes. La primera, sobre los contenidos y las características de la comunicación. La segunda hacía referencia a la importancia que se les da a los distintos canales de comunicación. Y la tercera era sobre el uso de dichos canales. Las respuestas se establecieron mediante una escala tipo Likert de 1 a 5. También se preguntaba sobre la valoración global de la comunicación y la última pregunta era de texto libre.
Además se recogieron las siguientes variables: Trabajo en servicios centrales o en Centro de Salud, categoría profesional, cargo directivo y antigüedad en el puesto/organización.
Se llevó a cabo mediante un formulario web al que se accedía desde un enlace enviado desde una carta de invitación.

RESULTADOS Se recibieron 1.472 respuestas a la encuesta (la distribución de las variables secundarias fue similar a las que se tenía en el total de los profesionales, siendo una muestra representativa).
La media de la puntuación de la valoración global fue de 3,48 sobre 5.
Los aspectos que puntuaron por encima del punto medio de la escala fueron: el conocimiento de la estructura de la gerencia, la normalización de los circuitos de comunicación, la adecuación de la información al puesto, y el conocimiento de los objetivos.
Los aspectos que puntuaron por debajo del punto medio de la escala fueron: información necesaria y a tiempo, comunicación ascendente, intranet.
Los canales de comunicación más usados fueron: correo institucional, reuniones, intranet y teléfono.
Algunos canales presentaban dos modas con puntuaciones altas y bajas y esto hace pensar que se trata de canales emergentes: las audio/video-conferencias, las carpetas de ficheros compartidas y los espacios de colaboración online.
Entre las respuesta a la pregunta de texto libre se repetía la infoxicación (exceso de información innecesaria).
Los hallazgos en la relación de las puntuaciones de la encuesta y las variables del encuestado fueron: Puntuaciones más bajas en médicos de familia, pediatras y unidades de apoyo, y más altas en directivos, en general. No se encuentran diferencias significativas en función de la antigüedad.

CONCLUSIONES Los puntos fuertes que se identificaron fueron: conocimiento de la estructura de la gerencia, normalización de los circuitos de comunicación, adecuación de la información al puesto y conocimiento de los objetivos.

Se encontraron áreas de mejora en la agilidad de la información que llega a los profesionales, la comunicación ascendente, la intranet y la infoxicación, especialmente en médicos de familia, pediatras y unidades de apoyo.

ID: 359

RELACION HOSPITALARIA Y EXTRA HOSPITALARIA, CLASIFICACION DE PACIENTE INFECCIOSO. (COVID 19)

AUTORES: CUENDES RIAU, JUAN ANTONIO[1]

CENTROS DE TRABAJO: EPES 0[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS [1]7 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La naturaleza del siguiente trabajo es aportar los conocimientos adecuados al personal sanitario de urgencias y atención extrahospitalaria ante una pandemia, consiguiendo que en la atención al paciente todo fluya de forma segura y rápida aportando una clasificación de este adecuada, para la seguridad sanitaria y la propia del paciente.

OBJETIVOS Conseguir que tras recibir la llamada al centro de coordinación, los mecanismos de atención al paciente y recolección de datos sea la adecuada, para si garantizar la seguridad del primer interviniente, que tras evaluación in situ del paciente y decisión de su evacuación a un centro útil, este reciba toda la información referente al primer contacto con dicho paciente, que una vez se transfiera al área de urgencias hospitalaria, esta tenga desarrollado un plan de clasificación y hospitalización.

1. alertante recibe batería de preguntas: fiebre ultimas 72 horas, tos, dificultad respiratoria, vómitos, mareos, etc.
2. Proteccion EPI del personal interviniente. Extra hospitalaria
3. Comunicación directa con centro útil hospitalario.
4. EPI, equipo hospitalario.
5. Transferencia del paciente del sistema extra hospitalario al hospitalario.
6. Triage y clasificación del paciente en limpios. intermedios. sucio. después de PCR confirmada, permaneciendo hasta el momento en intermedios aislado.
7. PCR positiva: sucio.
8. PCR negativa: limpio.

Asi se establece un circuito cerrado hospitalario, rápido, seguro, sin ordenes contradictorias, un pasillo de entrada, tres ramificaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS La observación y la práctica de acción- error- acierto, es el método a utilizar en la atención extra hospitalaria y hospitalaria.
el master en emergencias en NRBQ y Logística del SUMMA 112 desarrollado por mi mismo como colaborador e instructor.

RESULTADOS El profesional conoce en todo momento el estado del paciente, su patología inicial y sospecha de infección vírica.
el hospital receptor prepara el triage para recibir al paciente con sospecha de infección Vírica.
la derivación a uno de los tres posibles estados es rápida y segura para los profesionales y los pacientes ingresados por otros motivos.

CONCLUSIONES La agilidad, seguridad, prevención e intercambio informativo entre diferentes actores, es fundamental, con esta metodología se consigue llevar acabo el establecimiento de un circuito rápido, cerrado y seguro.
Las ordenes son claras sin interpretación ni error.
el estrés del personal sanitario se reduce.
La toma de decisiones sobre la clasificación del paciente se reduce a la prueba de PCR en el punto

de ingreso intermedio, evitando cruce de pacientes limpios con sucios.
El personal sanitario, lleva la seguridad de estar ante pacientes ya sean negativos o positivos, para establecer el nivel de protección EPI, que siempre será como norma general un nivel superior al recomendado por el fabricante.

ID: **361**

INNOVACIÓN EN PROTECCIÓN FRENTE AL COVID-19 EN UNIDAD DE CÁMARA DE RETINOGRAFIA NO MIDRIÁTICA (CRNM)

AUTORES: SANZ SANCHEZ, FLAVIA[1]; LOPEZ ESCUDERO, E[2]; ROMERO AROCA, P[3]; SAGARRA ÁLAMO, R[4]; MENDEZ MARIN, I[5]; GARCIA MOYA, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: CAP SANT PERE[1246], HOSPITAL SANT JOAN[35]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Debido a la situación de pandemia por el SARS-CoV-2 nos hemos visto en la necesidad de aumentar la seguridad para evitar posibles contagios.
Somos una Unidad de Cámara de Retinografía No Midriática ubicada en un centro urbano que ofrece asistencia a ocho áreas básicas de salud, realizando un importante número de retinografias diarias a pacientes diabéticos que forman parte de un grupo de riesgo por dicha patologia.
En nuestra unidad todas las exploraciones oftalmológicas han de considerarse de alto riesgo frente al COVID-19 debido ha que no se puede mantener la distancia de seguridad recomendada, ya que dichas exploraciones se realizan a unos 50 cm del paciente.
Todo ésto generó en los trabajadores cierta preocupación a la hora de trabajar, teniendo la necesidad de buscar medidas de protección adicionales.

OBJETIVOS Aumentar la protección del técnico y del paciente sin disminuir la calidad y el proceso de la actividad asistencial en el cribaje de retinopatia diabética (RD) frente al COVID-19.
Incrementar la seguridad del paciente y del profesional ante posibles contagios.

MATERIAL Y MÉTODOS Reuniones multidisciplinares con responsables de atención primaria, médicos de familia, oftalmólogos, técnicos de la unidad e ingeniero, en las cuales:

1. Se analizan las directrices de seguridad marcadas por la Dirección de Atención Primaria según recomendaciones de la Unidad Básica de Prevención de riesgos laborales y otras entidades científicas.
2. Se lleva a cabo una lluvia de ideas donde cada miembro aporta opciones para mejorar la protección frente al contagio del COVID-19.
3. Se realizan diversas pruebas ensayo-error de diferentes métodos de barrera adicionales, donde se van descartando ideas y prototipos hasta llegar a la conclusión de llevar a cabo la fabricaión de la pantalla protectora de metacrilato a medida sobre el retinógrafo.

RESULTADOS Tras la instalación de la pantalla protectora de metacrilato que actua como barrera física , hemos añadido un elemento más de protección que mejora la calidad asistencial aportando más seguridad.
Continuidad de la actividad en CRNM con un aumento en las medidas de protección ante posibles contagios y poder llevar a cabo el cribaje de retinopatia diabética (RD) en pacientes diabéticos como se venia haciendo hasta la pandemia.
También se ha visto aumentada la seguridad hacia el paciente frente a posibles contagios por COVID-19, ya que hasta el momento no hay ningún contagio conocido relacionado con el acceso a nuestra unidad.

CONCLUSIONES Se ha pasado una encuesta ponderada y cuantitativa de satisfacción a los trabajadores, después de la instalación de la pantalla, obteniendo un resultado muy satisfactorio por parte de los mismos, ya que ofrece una seguridad adicional a los elementos utilizados habitualmente (mascarilla FFP2, guantes, gafas protectoras...).

ID: 363

AUTORES: SÁNCHEZ ROCA, Mª DOLORES[1]; TORRES MORALES, JU[2]; REGALÓN MARTÍN, Mª[3]; LEBREO VILLAR, DA[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Unidad de Continuidad Asistencial, venía realizando su actividad de manera presencial. La aparición de la pandemia por SARS- CoV- 19 nos ha obligado a reorientar nuestras dinámicas de trabajo, incorporando la atención telefónica como una herramienta esencial de contacto con el paciente/ cuidador, garantizando la Calidad y Seguridad de la atención.

OBJETIVOS

- Garantizar continuidad de cuidados.
- Adaptar dinámica de trabajo a la realidad sanitaria
- Mantener comunicación establecida con los profesionales de los diferentes niveles asistenciales.
- Impulsar el cuidado domiciliario.
- Transmitir seguridad y confianza al usuario.
- Mantener informados a familiares

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, periodo 1 enero al 31 mayo.

- Cuadro de Mando de Actividad de Enfermería de Continuidad Asistencial (gestión de la información DWH).
- Historia Clínica Informatizada.
- Listados específicos PCC- NIA ingresado/urgencias, altas hospitalarias Covid–19 positivo/ Covid 19 – positivo con indicación de aislamiento domiciliario, pacientes derivados a hoteles medicalizados.

Durante la fase de pandemia, la intervención al paciente en hospitalización y urgencias se ha orientado a revisión sistemática de HC y comunicación interprofesional, la intervención directa se ha realizado en la mayoría de los casos previo al alta con paciente y vía telefónica con cuidador/ familiar y profesional de referencia. Hemos incorporado la comunicación telefónica, al seguimiento de pacientes NIA que acudían a consulta. Se ha potenciado la utilización de "llamada a demanda", previo a la consulta. Hemos reforzado el autocuidado como un marco de colaboración indispensable usuarios/cuidadores/profesionales.

RESULTADOS Consultas presenciales antes de la declaración de la pandemia fueron 345.Posterior y hasta el 31 de mayo las consultas fueron 209, supone un 39.5% de disminución de consultas presenciales. Las llamadas de seguimiento (301) y demanda (70), se han aumentado de forma exponencial, no disponemos de registros previos.
Continuidad asistencial vía Buzgen y vía telefónica con los diferentes ámbitos asistenciales (792) y hotel medicalizado (20) para seguimiento de pacientes COVID-19

CONCLUSIONES Garantizar la asistencia sanitaria con modelos de atención no presencial, (telefónica, telemática), se convierte en un modelo de atención a pacientes. . Es una actuación eficaz, evita desplazamientos innecesarios y reduce el riesgo de contagio. El seguimiento telefónico, ha permitido orientar y reforzar los autocuidados, controlar las reagudizaciones, dando seguridad al paciente y cuidador.
Pacientes y cuidadores se han mostrado satisfechos con las intervenciones llevadas a cabo, sintiéndose atendidos en sus necesidades de salud, informados y reforzados en el autocuidado. Los usuarios han sido colaboradores utilizando la vía telefónica cuando era necesario.

Como línea de mejora incorporamos a HC formulario registro “seguimiento telefónico ECA” recogiendo intervenciones telefónicas realizadas.

ID: 364

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS

AUTORES: LOPEZ ALVAREZ, CARMEN[1]; BURGOS TRILLO, I[2]; VIDAL LASO, R[3]; JIMÉNEZ BARRAL, E[4]; PARDO GAMBARTE, L[5]; LLAMAS SILLERO, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El manejo y seguimiento de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales directos (ACODs) sigue suponiendo un reto asistencial dado la escasez de circuitos eficaces. Ante éste vacío, se decide la creación de una consulta de Enfermería (CE) dedicada al seguimiento de estos pacientes, dentro de la Unidad de Terapia Antitrombótica (UTA). La finalidad es dar un soporte asistencial y educativo durante el primer año de tratamiento, proporcionando una formación dirigida para reconocer los puntos clave de los ACODs y, además, facilitar un lugar de referencia para consultar dudas o imprevistos.

OBJETIVOS El objetivo de este trabajo es la implantación de un modelo de CE especializada en hemostasia, dirigida al seguimiento de pacientes con ACODs y supervisada por un hematólogo de la UTA.

MATERIAL Y MÉTODOS Tras una valoración inicial por el hematólogo, el paciente es derivado a la CE. En la primera valoración presencial se imparte formación, entregan recomendaciones, se resuelven dudas y se planifica el seguimiento. Las consultas sucesivas (presenciales/no presenciales) se realizan cada 4 meses durante el primer año de tratamiento, con la posibilidad de extenderlas según las características del paciente. Para cada visita, se realiza una analítica básica, que es revisada junto con la cumplimentación de un formulario predefinido, que permite valorar adherencia, interacciones farmacológicas, complicaciones trombo-hemorrágicas, cambios en parámetros analíticos y otros datos de alarma. La CE es revisada conjuntamente con el hematólogo responsable, quedando registrada en la historia clínica electrónica, disponible a través del "portal del paciente". Tras completar el seguimiento, el paciente es derivado a atención primaria (AP) con unas recomendaciones.

RESULTADOS Desde enero-2017 hasta junio-2020, se ha realizado seguimiento a 152 pacientes, 46 % varones y 54 % mujeres, con una mediana de edad de 80 años. El 77% estaban anticoagulados por fibrilación auricular (FA) y el 23% por enfermedad tromboembólica venosa (ETEV).
Hasta junio del 2020, el 7,9% de los pacientes habían abandonado el seguimiento y un 25,7% fueron derivados a la consulta de AP. El 20,3% están en seguimiento por el hematólogo (pacientes complejos) y el 46,2% restante continúan en la CE, completando aún el año de seguimiento o persistiendo en el programa por ser pacientes frágiles. El 82% refiere tener buena adherencia al tratamiento. El 8% ha tenido algún olvido o error de administración, detectado principalmente en las primeras visitas.

CONCLUSIONES La puesta en marcha de esta CE nos ha permitido ofrecer una mejor calidad asistencial en el seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACODs, subsanando las deficiencias detectadas en las fases iniciales del tratamiento. Este tipo de consultas suponen un gran apoyo para pacientes y cuidadores, y contribuyen a garantizar la seguridad del tratamiento anticoagulante.

ID: 365

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL A RAÍZ DE UN ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

AUTORES: MARTINEZ MONTESINOS, LORENA[1]; ZUAZU JAUSORO, I[2]; CANO REYES, A[3]; PAREDES PEREZ, FJ[4]; LÓPEZ LÓPEZ, CM[5]; GONZÁLEZ CELDRÁN, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA MURCIA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Entre las posibles reacciones adversas secundarias a la transfusión de componentes sanguíneos (CS), se encuentra el error en la administración de CS (EAC) que en ocasiones puede tener un desenlace fatal para el paciente. En nuestro Hospital hemos tenido recientemente un EAC con una reacción hemolítica grave.

OBJETIVOS A raíz de este error se decidió en el Comité de Transfusión implantar varias medidas, entre ellas mejorar la formación en transfusión sanguínea de la enfermería.
Para ello se diseñó la campaña "Sigue los Pasos", difundida a manera de salvapantallas en la intranet de nuestro Hospital y que constaba de 4 diapositivas, incluyendo información desde la extracción de la muestra pre-transfusional hasta la transfusión de CS.

MATERIAL Y MÉTODOS Para la evaluación de la eficacia de la medida adoptada se utilizó una encuesta de elaboración propia, que constaba de 7 preguntas dicotómicas, que se entregó, de manera aleatoria, en distintas áreas del nuestro hospital

RESULTADOS Se han completado 61 encuestas, repartidas entre los Servicios de Reanimación (REA), UCI, Diálisis, Plantas de hospitalización y el área de quirófano. Del personal encuestado el 44% era enfermería nueva (27 del total), aunque el 55% había transfundido en alguna ocasión.
Los datos obtenidos respecto a la campaña "Sigue los pasos" han sido los siguientes: un 34'4% lo había leído (21 frente a 40) y en este grupo un 100% lo consideró de interés y de utilidad en su trabajo.
El conocimiento de la campaña, por Servicios ha sido el siguiente:

- En la Unidad de Reanimación, UCI y las plantas los lugares donde menos se conocía la campaña (UCI: 16% conocían la campaña, REA: 18% y Planta: 25%).
- Los Servicios de quirófano y diálisis son los que más conocían esta campaña (Diálisis= 66% la conocían y quirófano=53%)

Un 66% de los encuestados conocían el procedimiento general de transfusión del hospital y sólo un 44% conocía la ubicación del mismo en la intranet hospitalaria.
La mayoría de los encuestados, un 82%, realizaría un curso de formación en transfusión sanguínea.

CONCLUSIONES

- Consideramos que en este análisis inicial de la campaña, la muestra no es suficientemente representativa para extraer conclusiones definitivas; sin embargo nos aporta información sobre el impacto que ha tenido esta campaña en los distintos servicios del hospital, ya que los resultados han sido muy variables.
- Estos datos nos animan a seguir con la difusión de la campaña e iniciar cursos específicos de transfusión sanguínea ante la demanda manifestada por los encuestados.

ID: **367**

ÉQUIPO DE INVESTIGACIÓN Y SEGURIDAD AL PACIENTE(I-SEPRIM), COMO INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: BARBOSA ALVAREZ, MANUEL ANGEL[1]

CENTROS DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD SERGAS[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La seguridad y prevención de caídas en pacientes mayores de 65 años, es reponsabilidad de los profesionales de atención primaria de salud.
Las caídas son las que producen más morbimortalidad en pacientes con dependencia moderada y que viven solos.De ahí,la importancia de que exista un équipo en atención primaria para minimizar ó evitar el número de incidencias de caídas que cada día sucede en estos pacientes.

OBJETIVOS Elaborar una metodología de trabajo sobre seguridad y prevención de caídas,para un buen diagnóstico y así poder evitar ó minimizar las complicaciones de estas.
Formación a los profesionales,pacientes, familiares y cuidadores

MATERIAL Y MÉTODOS El équipo I-SEPRIM realizará EpS(Educación para la salud), mediante actividad grupal.
1- Se forma a los profesionales que con la escala de valoración de Downton A.(INCLUYE VIVIR SOLO), se derivará a los miembros profesionales de I-SEPRIM
2-Protocolo de seguimiento que incluya diagnóstico de riesgo caídas,seguido de EpS y visita a domicilio.

RESULTADOS DISMINUCIÓN de las caídas con EpS por I-SEPRIM mediante actividad grupal sobre los cuidados para evitarla:Iluminución, adecuada, evitar alfombras,no desorden en domicilio,barandas a ambos lados de la escalera, no animales domesticos en domicilio, asidero en ducha ó baño.

CONCLUSIONES Los centros de salud con I-SEPRIM reducen las caídas y aumenta la concienciación a familiares y cuidadores para una atención integral a los pacientes mayores ó igual 65 años.

Bibliografía;Fabiana Giber.Manual para la prevención de caídas en personas mayores, 2014ISBN:9788494277436; Altarribas E.Castan S.Rubio C.Aibar:Cuidados de enfermería y seguridad del paciente:J.M.Aranaz C.Aibar J.Vitaller. Gestión sanitaría, calidad y seguridad de los pacientes. España.Ediciones Diaz Santos 2008.

ID: 368

FISIOTERAPIA. RECOMENDACIONES DE EJERCICIO FÍSICO ADAPTADO AL CÁNCER DE MAMA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: CUEVAS GONZALEZ, CRISTINA[1]; BERNAL MARQUEZ, M[2]; PEREZ MOREIRA, R[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL INFANTA ELENA[1], H. VIRGEN DEL ROCÍO[23]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Con el diagnóstico temprano y la mejora en los tratamientos, ha aumentado la supervivencia relativa del cáncer de mama.
Es fundamental mejorar la calidad de vida durante y después del tratamiento.
Estudios previos parecen demostrar que el ejercicio físico mejora esta situación. Por esta razón los oncólogos recomiendan el ejercicio físico moderado.
Teniendo en cuenta los efectos secundarios asociados a las terapias se distinguen síntomas físicos (fatiga, dolor, nauseas, vómitos), funcionales (disminución de la efectividad cardiopulmonar, ataxia, perdida del tono, atrofia muscular, disminución de la amplitud del movimiento), y psicosociales (distrés, ansiedad, depresión, estrés, disminución de la autoestima etc.). Todo ello supone una disminución global de la calidad de vida de la mujer.
El ejercicio físico puede conseguir paliar esta situación con propuestas personalizadas, adaptadas a su situación, de forma flexible, programando su carga de ejercicio, su frecuencia como fomentando la adherencia y su calidad de vida durante y después de los tratamientos.

OBJETIVOS Confeccionar un programa de ejercicios adaptados al cáncer de mama
Personalizar para paliar los diferentes efectos secundarios derivados de las terapias.
Demostrar que el ejercicio físico regular supone una mejora psicológica en la mujer con cáncer de mama y una mayor adherencia al ejercicio.

MATERIAL Y MÉTODOS Búsqueda en base de datos: Medline, psicINFO, SPORT, Discus, sobre ejercicio físico durante y después del tratamiento del cáncer de mama en la mujer, periodo post diagnostico, fisioterapia (tratamiento e intervención) y ejercicio (actividad física, deporte y entrenamiento).
Se clasificaron por autores, muestra, tratamiento, diseño, instrumento de evaluación, resultados y limitaciones.
Criterios de inclusión: pacientes con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico y fisioterapia mediante programas de ejercicios.
Criterios de exclusión: Estudios sobre actividad física que no estén relacionados con el cáncer de mama.

RESULTADOS Todos los artículos están relacionados con el ejercicio físico como terapia efectiva en el cáncer de mama durante y después del tratamiento, mejorando la calidad de vida global, acreditando los mecanismos biopsicosocial que aportan como son la distracción psicológica, la interacción social y los efectos del ejercicio a nivel físico y funcional.

CONCLUSIONES Para conseguir óptimos resultados se deben considerar las características del ejercicio: tipo, frecuencia, intensidad, duración y progresión como las contraindicaciones y precauciones necesarias adaptadas a cada caso.
Tener en cuenta la fatiga es un aspecto fundamental.
La motivación y estimulación de la adherencia mantienen los efectos en el tiempo.
Sería necesario continuar realizando estudios e investigación.

ID: 369

APORTACIÓN DE LA FISIOTERAPIA AL DOLOR LUMBAR CRÓNICO E INESPECÍFICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: CUEVAS GONZALEZ, CRISTINA[1]; BERNAL MARQUEZ, M[2]; PEREZ MOREIRA, R[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL INFANTA ELENA[1], H. VIRGEN DEL ROCÍO[23]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El dolor crónico lumbar es un síntoma muy frecuente.Es la segunda causa de consulta en ortopedia, quinta de hospitalización y tercera de intervenciones quirúrgicas y afecta a 84% de las personas en algún momento de la vida. El dolor lumbar esta presente entre 5-25% de la población general, 90% de ellas remite en 90% y sólo 10% restante se cronifican. En el caso de la lumbalgia crónica, diversos estudios revelan una prevalencia de 15 a 36%. En los países desarrollados la incapacidad asociada con el dolor lumbar, se comporta como una epidemia

OBJETIVOS Comprobar la eficacia de la terapia manual en el tratamiento del dolor lumbar crónico e inespecífico

MATERIAL Y MÉTODOS Se ha realizado una búsqueda de la bibliografía, desde 2014 hasta la actualidad sobre las intervenciones de terapia manual en sujetos que han padecido dolor lumbar sin una causa establecida y con un tiempo de evolución de seis meses o más. Esta búsqueda se ha realizado en las bases de datos Medline, Scopus, Pubmed y PEDro, en los idiomas español e inglés, en estudios experimentales y/o revisiones sistemáticas o revisiones de la literatura

RESULTADOS La búsqueda bibliográfica realizada arroja 62 estudios encontrados, de ellos solo 6 cumplían todos los criterios de inclusión de la presente revisión. En todos ellos se valoraba la intervención de terapia manual comparada con otras modalidades de fisioterapia

CONCLUSIONES Se ha comprobado la existencia de efectos positivos en los pacientes intervenidos con terapia manual, pero se necesita mayor número de estudios con diseños homogéneos y sin gran número de limitaciones para aportar una recomendación estable de la propia terapia.

ID: 370

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN ICTUS ISQUÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: CUEVAS GONZALEZ, CRISTINA[1]; BERNAL MARQUEZ, M[2]; PEREZ MOREIRA, R[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL INFANTA ELENA[1], H. VIRGEN DEL ROCÍO[23]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Se denomina ictus al trastorno brusco de la circulación cerebral, que altera la función de una determinada región del cerebro. El ictus, por lo tanto, puede producirse tanto por una disminución importante del flujo sanguíneo que recibe una parte de nuestro cerebro, como por la hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral. Debido a su alta incidencia, mortalidad, discapacidad y coste sociosanitario, el tratamiento de fisioterapia se ha convertido en una de las herramientas terapéuticas necesarias en esta patología

OBJETIVOS describir un tratamiento de fisioterapia en un paciente diagnosticado de ictus isquémico

MATERIAL Y MÉTODOS Se realiza una valoración inicial, posteriormente se aplican técnicas de fisioterapia (cinesiterapia pasiva y activa, estiramientos, amasamiento, técnicas de Kabat, Bobath y Perfetti y ejercicio aeróbico) adaptadas a las diferentes etapas de tratamiento y dirigidas a la mejora del tono del lado afecto, aumento de la amplitud articular, potenciación, mejora de las reacciones de equilibrio, disminución de las compensaciones durante la marcha y mejora de las AVD. Finalmente se valora de nuevo al paciente

RESULTADOS Se han usado algunos de los métodos más comunes en la práctica clínica, evidenciados científicamente y adaptados al paciente. Se han analizado los datos obtenidos en la segunda valoración, mostrándose la eficacia del tratamiento de fisioterapia en esta patología. Se presentan varias limitaciones , la más destacable la falta de material para la evaluación y tratamiento

CONCLUSIONES Bobath ha conseguido los objetivos marcados, pero no ha evidenciado una mejora del clonus y tono. Se ha demostrado la efectividad de Kabat . El tratamiento mediante Perfetti ha logrado mayor apoyo del pie afecto y disminución del tono en tríceps sural. No se ha observado un aumento de la sensibilidad en los dedos de la mano, ni mejora de la ejecución de las AVD y la marcha

ID: **373**

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA MEDIANTE TELEASISTENCIA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: CARRERA GARCIA, ALVARO[1]; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, B[2]; GONZÁLEZ FONDADO, M[3]; RODRIGUEZ ARAÚJO, J[4]; CIVEIRA PEREZ, V[5]; BLANCO SALGADO, B[6]

CENTROS DE TRABAJO: CS VALLE INCLÁN[1], CS O CARBALLIÑO[26], CS CELANOVA[3], A.S. OURENSE, VERÍN E O BARCO[45]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La COVID-19 ha tenido un gran impacto sobre la población mundial. Entre los grupos más vulnerables a esta infección se encuentran los usuarios de CSS (Centros Sociosanitarios). Las recomendaciones de gobiernos y sociedades científicas insisten en la detección temprana y aislamiento precoz en estos centros.
La vigilancia sobre los CSS sin personal sanitario universitario es llevada a cabo por los profesionales de los CAP (Centros de Atención Primaria), principalmente por el colectivo enfermero.
El sistema de teleasistencia utilizado hasta la fecha en pacientes crónicos permite una mayor accesibilidad y facilita una respuesta más rápida y proactiva por parte de los CAP, dando lugar a mejor control de sus patologías, así como mayor satisfacción.
La verificación de signos y síntomas clave en COVID-19 por los CAP registrados por el personal de CSS es clave a la hora de instaurar un aislamiento y diagnóstico precoz.

OBJETIVOS Principal: Detectar precozmente en pacientes ingresados en Centros Sociosanitarios sin personal sanitario universitario signos y síntomas relacionados con COVID-19.
Secundario: Mejorar los mecanismos de coordinación entre recursos sociosanitarios sin personal sanitario universitario y sus Centros de Atención Primaria de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio cuasiexperimental. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en Centros Sociosanitarios sin personal sanitario titulado. Criterios de exclusión: pacientes que rechacen su inclusión en el sistema de teleasistencia. Tamaño muestral: 59 centros sociosanitarios con 903 pacientes ingresados. Técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia.
Variables de resultado: tasa de pacientes con COVID-19 adquirida en CSS y detectada a través de teleasistencia.
Otras variables de interés: tasa de adherencia a vigilancia epidemiológica, tasa de respuesta ante parámetros de vigilancia por parte de los profesionales sanitarios. Número y tasa de centros sociosanitarios sin personal sanitario titulado con teleasistencia implantada. Número de personal sociosanitario adherido. Análisis descriptivo de variables cuantitativas continuas y discretas.
Consideraciones éticas: Resultados obtenidos por Big Data sin acceder a Hª Clínica.

RESULTADOS Resultados preliminaCentros y pacientes adheridos: 100% (59 centros y 903 pacientes). Pacientes con COVID-19 adquirida en CSS y detectada por teleasistencia: desde el inicio del proyecto sin positivos en estos centros. Renuncias 0; Adherencia a vigilancia epidemiológica: 100%; Tasa de respuesta personal CAP: 100% Personal sociosanitario adherido 383 cuidadores.

CONCLUSIONES La adhesión de CSS y la respuesta de los CAP pone de manifiesto la importancia de este programa. La aplicación de teleasistencia supone aprovechar un recurso existente de forma ágil y personalizada a cada usuario y centro, para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica. Así mismo, se abre la puerta a mejoras en el seguimiento y control de estos pacientes con el despliegue total del aplicativo para el abordaje de patologías crónicas.

ADAPTACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD SANITARIA 20-22 AL PERIODO DE DESESCALADA: PLAN DE TRANSITORIEDAD

ID: **374**

AUTORES: MOYA ALCOCER, DIEGO[1]; ORTNER SANCHO, J[2]; FARRÚS ESTEBAN, X[3]; RODRIGUEZ TORREBLANCA, JE[4]; PLANA ALMUNI, M[5]; MANZANERA LÓPEZ, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: MC MUTUAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN A finales del año 2019 concluye el proceso de elaboración y conclusiones del Plan de Calidad Sanitaria 20-22 de nuestra organización. Se aprueba por el máximo órgano ejecutivo de la mutua a inicios del mes de febrero. A las pocas semanas explota la pandemia y en marzo del 2020 el Gobierno de España decretó el estado de alarma en el país. Desde la División de Servicios Médicos Asistenciales y desde la gerencia de clínicas se han puesto en marcha acciones indicando las medidas funcionales y organizativas, orientadas a evitar contagios en los profesionales y pacientes.

OBJETIVOS Revisar EL Plan de Transitoriedad que integra los criterios definidos para la adaptación del PCS 20-22 a la nueva situación pandémica y postpandémica:

1. Evolución de la situación durante la pandemia
2. Acciones del PCS 20-22 vinculadas a los centros asistenciales
3. Acciones del PCS 20-22 vinculadas a las clínicas
4. Acciones transversales del PCS 20-22
5. Acciones de comunicación y desarrollo interno en la organización

MATERIAL Y MÉTODOS La metodología de elaboración del PCS 20-22 ha facilitado la recuperación de los grupos que lo habían ayudado a configurar para readaptarlo al Plan de Transitoriedad.
Los grupos nominales que habían definido los mapas de riesgos los han revisado a la luz de la pandemia, para ser convertidos en proyectos de calidad operativos en los centros asistenciales y clínicas
La Unidad Funcional de Gestión del Riesgo (UFGR) ha revisado los casos notificados durante la pandemia, ha realizado las recomendaciones apropiadas y ha revisado sus criterios de funcionamiento en este periodo.
El máximo órgano directivo del PCS, el Comité de seguimiento de calidad sanitaria (CSCS), en reunión virtual ha aprobado los elementos esenciales del Plan de Transitoriedad, los Mapas de riesgo adaptados a la nueva situación, las auditorias y sus modalidades a realizar, las acciones transversales (análisis de percepción e incorporación de los ítems Covid) y el plan de comunicación (que se reanuda en septiembre).

RESULTADOS A destacar:

- La recuperación de la actividad asistencial en centros asistenciales y clínicas
- La elaboración del Plan de transitoriedad que se integra al proyecto PCS 20-22
- La actualización de los proyectos de comunicación y análisis de percepción en profesionales
- La actualización de los proyectos de percepción de pacientes
- La iniciativa comunicativa en tiempos muy complejos.

CONCLUSIONES La alerta sanitaria obligo a la organización a modificar de manera sustancial la dinámica de trabajo.
La respuesta a la pandemia ha puesto de manifiesto la capacidad de adaptación de la organización a situaciones adversas y explosivas.
El reto fundamental ha estado en los servicios asistenciales y evaluadores que se han mantenido y

transformado adaptándose a la situación y a las directrices administrativas.
Se ha instaurado la visita telemática como instrumento esencial de trabajo, haciendo de la necesidad virtud. Ahora conviene revisarla y valorar su implantación formal, sistemática y con evaluación de resultados.

ID: **375**

REVISIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIA DE LA UNE179003 DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS DE UNA MUTUA LABORAL

AUTORES: MOYA ALCOCER, DIEGO[1]; SAURÍ CASADELLA, C[2]; ZAMORA PUERTO, J[3]; CRESPO SANZ, J[4]; PLANA ALMUNI, M[5]; MANZANERA LÓPEZ, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: MC MUTUAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En nuestra organización, la estrategia en calidad y seguridad del paciente, integra los modelos de certificación y las auditorías que comportan, como elementos de evaluación e incentivadores de la mejora continua. En tiempos de pandemia los procesos de certificación también se han visto afectados y se han tenido que diseñar metodologías de evaluación alternativas.

OBJETIVOS Presentar el rediseño de los procesos de Auditoría Interna y Externa de la Norma UNE 179003 con la finalidad de seguir apostando por un modelo de evaluación de la seguridad del paciente en atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS El proceso de Auditoría Interna tiene dos ámbitos de actuación. Uno orientado a Central a la revisión del dispositivo sustentado por la Coordinación de Calidad Sanitaria, y otro orientado a los Centros asistenciales, de revisión de la operativa.
La auditoría interna del ámbito de Central se ha realizado de manera telemática. Se ha definido un cronograma de 5 días de trabajo, alternando la revisión documental de registros y herramientas específicas, con reuniones telemáticas entre el equipo auditor y la Coordinación de Calidad Sanitaria.
En el ámbito de Centros, se han realizado auditorias presenciales (7) y de manera telemática (1).
El proceso de Auditoría Externa revisa también tanto los aspectos gestionados desde la Coordinación como la operativa de los Centros. Se diseñan 3 sesiones de trabajo. La primera sesión presencial en la que se audita la puesta en marcha de la estrategia en seguridad de paciente, una segunda sesión presencial para revisar el impacto de la situación de pandemia en la seguridad del paciente y una tercera sesión de reuniones telemáticas con 3 centros asistenciales para evaluar la operatividad.

RESULTADOS La Auditoría Interna ha detectado 7 aspectos a mejorar en el ámbito de Central. Aspectos relacionados con la formación y los registros de incidencias. En el ámbito de Centros se han detectado 10 incidencias de seguridad del paciente, relacionadas con la accesibilidad al centro, y aspectos formativos de los profesionales sanitarios
La Auditoría Externa pone de manifiesto algunos puntos fuertes del sistema (5), como es el análisis de situación, e implementación de planes de acción durante la situación de pandemia y readaptación a la nueva normalidad. Los aspectos a mejorar (6) se centran en la concreción de algunos objetivos y en la necesidad de mejorar los registros de seguimiento del proceso asistencial en la Historia Clínica del paciente.

CONCLUSIONES Los procesos de Auditoría ayudan a implantar un sistema de evaluación continua para la Seguridad del Paciente. Se ha de evaluar el impacto que la actual situación tiene sobre la seguridad del paciente y revisar si la organización adopta los cambios necesarios y de manera segura. Es esencial que las auditorías sean realizadas por agentes internos y externos, ambos con alto grado de profesionalización, que permiten realizar la revisión de la situación, y así impulsar la mejora continua en calidad sanitaria y seguridad del paciente.

ID: **376**

EVOLUCIÓN DE LA CASUÍSTICA Y CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLÍNICA DURANTE LA PANDEMIA EN UNA MUTUA LABORAL

AUTORES: VIVES JULINES, ALBERT[1]; MOYA ALCOCER, D[2]; TORRES MAGAN, M[3]; IGLESIA REINA, S[4]; PLANA ALMUNI, M[5]; MANZANERA LÓPEZ, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: MC MUTUAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde hace más de 10 años se desarrolla un programa sistemático de auditoria de historias clínicas que revisa la calidad de los registros de los profesionales médicos, enfermeros y fisioterapeutas. Durante los últimos años se ha desplegado un proyecto de historia clínica (HCISMC) que incorpora los aspectos asistenciales y aspectos de medicina evaluadora. La puesta en marcha se realizó a mediados de febrero 2020. Con el objetivo de controlar la pandemia Covid-19, durante el estado de alarma, hubo una redefinición de la actividad de los centros asistenciales de Mutua y clínicas. El objetivo tradicional de las mutuas se amplió a diversas actuaciones orientadas a la atención de pacientes afectados del virus bajo la coordinación de las Comunidades Autónomas y con el impulso de la DGRESS.

OBJETIVOS Analizar a través de la historia clínica la calidad de los registros y las tipologías de la atención, en los distintos periodos por los que ha pasado nuestra organización (Implantación historia clínica y pandemia)

MATERIAL Y MÉTODOS Se analizarán muestras de historias clínicas en distintos períodos:

- Pre historia clínica y prepandemia
- Implantación historia clínica y prepandemia
- Pandemia inicial, evolucionada y desescalada
- Postpandemia

Se determinan los volúmenes de pacientes, la oferta de recursos, las patologías más frecuentes y la duración media de la incapacidad para cada uno de los periodos. También se revisan visitas presenciales y telemáticas.
En relación a los indicadores se revisan:

- registros de atención médica (conciliación, prescripción electrónica de medicamentos, justificación pruebas complementarias, justificación indicación fisioterapia, epicrisis, adecuación pruebas y tratamiento fisioterápico)
- registros de atención de enfermería (protección radiológica, administración medicamentos, evaluación del dolor, adecuación seguimientos de heridas y de inmovilizaciones.

Registros de la atención fisioterápica (primera visita y seguimiento)

RESULTADOS Al describir las historias clínicas y las características de la asistencia en los distintos periodos disponemos de una foto rudimentaria de la situación, pero que permite enmarcar el análisis emocional de muchas personas de la organización que han tenido una vivencia en primera línea, personal y colectiva, profesional y familiar.
La correlación entre las variaciones observadas y los distintos factores considerados a cerca de la implantación de la nueva historia clínica y la explosión de la pandemia, permite aproximar alguna de las características específicas de nuestra organización en la respuesta a la pandemia.
De qué manera han llevado a cabo las actuaciones sanitarias los diferentes profesionales que se han visto implicados en esta crisis y como han respondido a dicha situación.

CONCLUSIONES La auditoría de historias clínicas es un buen modelo de expresión de la adaptación de organizaciones sanitarias a factores internos, como la implantación de una nueva historia clínica, y externos, como la terrible pandemia Covid-19.

ID: 377

TRATAMIENTO COMBINADO DE FISIOTERAPIA CENTRO-DOMICILIO:PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PLATAFORMAS DIGITALES

AUTORES: RODRIGUEZ BAGO, MONICA[1]; ORTNER SANCHO, J[2]; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, JM[3]; IBAÑEZ VALLS, N[4]; GRAU BALCELLS, N[5]; FARRÚS ESTEBAN, X[6]

CENTROS DE TRABAJO: MC MUTUAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La actual emergencia sanitaria de la COVID-19 ha impulsado la adaptación de los centros asistenciales al uso de programas de seguimiento de tratamiento de fisioterapia a distancia. Esta adaptación implica el uso de tratamientos combinados centro-domicilio usando plataformas digitales u otros recursos telemáticos.

OBJETIVOS Evaluar diferencias, en el número de sesiones presenciales y duración de la incapacidad temporal (IT), entre dos programas de tratamiento combinado de fisioterapia centro-domicilio que usan plataformas digitales respecto al tratamiento presencial (grupo control).

MATERIAL Y MÉTODOS Se diseña un estudio multicéntrico cuasi experimental no aleatorizado antes-después (de la pandemia). En 3 centros se realizará tratamiento combinado centro-domicilio con una plataforma digital sin monitorizar y en 3 centros con una plataforma digital monitorizada. Cada centro actuará como su propio control en el periodo pre-pandemia (tratamiento convencional: sesiones presenciales). Se analizarán los procesos musculoesqueléticos más prevalentes: lumbalgia, cervicalgia, latigazo cervical y tendinopatías del manguito de los rotadores. El tratamiento combinado del estudio consta de una o dos sesiones de fisioterapia a la semana en centro asistencial y las otras con un programa de actividad física individualizado prescrito en la plataforma digital. En un grupo el paciente visualiza los ejercicios pautados en formato vídeo. En el otro grupo la plataforma digital permite la asignación y diseño de un programa de fisioterapia monitorizado. El paciente realiza los ejercicios usando herramientas con sensores que permiten registrar, en tiempo real, los parámetros biomecánicos. Un avatar guía al paciente a través de cada ejercicio gracias a la inteligencia artificial de forma que el paciente se siente acompañado en su tratamiento. El fisioterapeuta seguirá en todo momento el progreso del paciente, controlando la ejecución de los ejercicios y adaptando los programas. Para evaluar las diferencias entre las plataformas y el grupo control se compararán la mediana de sesiones y la duración de la IT recibidas antes (tratamiento convencional) y después de la pandemia (tratamiento con plataformas digitales) en cada uno de los centros de forma separada y de forma global. Se ajustarán los análisis por sexo, edad, ocupación y centro (análisis global).

RESULTADOS Se presentarán resultados preliminares en la sesión del congreso SECA y se dispondrá de resultados en el mes de diciembre de 2020.

CONCLUSIONES La investigación del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en fisioterapia contribuye a que el colectivo trabaje en base a la evidencia científica con nuevas tecnologías, con una mayor relevancia en estos momentos que estamos viviendo, donde se deben evitar al máximo los contactos innecesarios. Se espera que el uso de plataformas digitales reduzca el número de sesiones presenciales sin que produzca un aumento de la duración de la Incapacidad Temporal manteniendo o mejorando la calidad de la asistencia.

ID: **378**

ADAPTACIÓN DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE UNA MUTUA LABORAL A LA CRISIS DE LA COVID-19

AUTORES: GRAU BALCELLS, NORMA[1]; IBAÑEZ VALLS, N[2]; ESCOBAR MORENO, MA[3]; RODRIGUEZ BAGO, M[4]; ORTNER SANCHO, J[5]; SAURI CASADELLA, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: MC MUTUAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia está afectando de manera intensa a todos los ámbitos y sectores. Desde la División de Servicios Médicos Asistenciales de un mutua laboral se han puesto en marcha acciones indicando las medidas funcionales y organizativas que debían incorporar los Servicios de Medicina, Enfermería y Fisioterapia Ambulatoria de los centros asistenciales.

OBJETIVOS Diseñar un plan de actuación coordinado entre la División de Servicios Médicos Asistenciales y el Servicio de Prevención Propio para adaptar la atención sanitaria de la mutua en un contexto de pandemia

MATERIAL Y MÉTODOS Se describen y analizan las bases conceptuales de las actuaciones puestas en marcha. Se evalúan algunas de ellas en percepción de los profesionales a través de una encuesta desarrollada para el conjunto de la organización (mayo 2020).
Se impulsó el teletrabajo para la mayoría del personal sanitario. En los centros asistenciales se restringió el horario de atención, las vistas presenciales se minimizaron, y el seguimiento médico, de enfermería y fisioterapia, pasó a ser telemático. Se instauró un sistema seguro para proporcionar recetas médicas a los pacientes o enviar documentación sin necesidad de acudir al centro asistencial.

RESULTADOS Se produjo una modificación en las pautas de trabajo del personal de los centros asistenciales en equipamiento, circuitos, movilidad en los centros, aforos y convocatoria. En enero de 2020, se contaba con 330 profesionales haciendo teletrabajo, durante la crisis sanitaria se sumaron 870 más, de los cuales 41.5% eran sanitarios.
Las actuaciones sanitarias telemáticas (de enfermería, rehabilitación y médicas) han aumentado hasta representar un 30% de la actividad de los centros asistenciales (periodo marzo-julio 2020). El volumen de documentos y circuitos elaborados durante la pandemia fue muy intenso. Los resultados de percepción positivos más relevantes fueron la motivación, el sentimiento de pertenencia al grupo, la capacidad de adaptación a la situación, la comunicación interna, seguridad y estabilidad en el empleo y respuesta de la mutua a las necesidades sociales. Se percibió negativamente la situación económica global, de la empresa y profesional propia debido a la incertidumbre del momento.

CONCLUSIONES La respuesta a la pandemia ha puesto de manifiesto la capacidad de adaptación de la organización a situaciones adversas y cambiantes. El colectivo sanitario ha actuado de manera eficaz cumpliendo las medidas de seguridad recomendadas. Se ha consolidado la visita telemática y ahora conviene valorar su implantación formal, evaluando resultados. Se han utilizado nuevas herramientas de comunicación que pueden convertirse en un sistema habitual de trabajo y ser impulsoras del cambio en las relaciones clínicas.

ID: 380

ADAPTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SANITARIA EN LA CLÍNICA DE UNA MUTUA LABORAL TRAS EL PERIODO DE PANDEMIA

AUTORES: CABALLERO MUÑOZ, RAQUEL[1]; CABOT MOTA, L[2]; SERFATY SOLER, JC[3]; RODRIGUEZ TORREBLANCA, JE[4]; MOYA ALCOCER, D[5]; UNZURRUNZAGA ITURBE, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: MC MUTUAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La situación de la pandemia de la Covid-19 en España han determinado que Clínica Copérnico asumiera un programa de atención a pacientes de edad avanzada, la mayoría de ellos afectados por la Covid-19. Tras los meses de colaboración con el Servicio Público de Salud las clínicas se preparan para volver a atender pacientes protegidos por la mutua, los que tras un accidente laboral requieren de un internamiento hospitalario. El proceso de vuelta a la normalidad requiere de un rediseño del Sistema de Gestión de Calidad Asistencial en forma global y de los circuitos sanitarios.

OBJETIVOS Se trata de:
- Replanificar la estrategia en materia de calidad asistencial a través del análisis por grupo de expertos internos y a partir de la revisión del mapa de riesgos de seguridad de paciente.
- Adaptar los circuitos sanitarios y administrativos en el contexto de desescalada.

MATERIAL Y MÉTODOS El Sistema de Gestión de Calidad se revisó con un grupo de expertos clínicos y gestores en el que se realizó un análisis del impacto del nuevo contexto de la Covid-19. Se revisan el Mapa de Riesgos para la Seguridad del Paciente y los objetivos de calidad. La adaptación los circuitos sanitarios se realizan en base a los procesos clave definidos en clínicas utilizando la metodología cualitativa de grupos focales con profesionales clave para cada proceso (Urgencias, Hospitalización, Consultas Externas, Rehabilitación, Quirófano y Radiología). A través del consenso de expertos clínicos se obtiene la propuesta de nuevos circuitos asistenciales. Posteriormente se valida en un grupo gestor para su posterior difusión en la organización.

RESULTADOS En la revisión del Sistema de Gestión de Calidad han participado un grupo de 8 profesionales gestores. Se revisa el Mapa de Riesgos y se definen los riesgos para la seguridad del paciente que no se habían considerado inicialmente, relacionados con el riesgo de transmisión e infección por la Covid-19. Estos riesgos se consideran como riesgos prioritarios con el Índice de Priorización más elevado.
Asimismo, se revisan los objetivos de calidad, y se definen dos nuevos objetivos orientados a adaptarse a las nuevas prioridades detectadas: i) Potenciar el tratamiento telemático y ii) Revisión de los procesos clave con grupos focales. Se han incrementado las consultas telemáticas durante el primer semestre del 2020 en un 400% respecto al mismo periodo del año anterior. En el rediseño de los procesos clave han participado 40 profesionales clínicos. El 40% eran facultativos, el 40% profesionales de enfermería, el 10% fisioterapeutas y 10% técnicos de radiología.

CONCLUSIONES La crisis sanitaria ha sido una explosión que ha afectado a todos los ámbitos personal, laboral y social de nuestra sociedad. Analizar la situación vivida con una mirada global es una forma de seguir avanzando en el desarrollo de una atención segura y de calidad en los centros hospitalarios de nuestra mutua. La adaptación de las herramientas asistenciales y de gestión será un elemento clave en la gestión del cambio.

ID: **381**

MENTORING EN MEDICINA EVALUADORA (FIM-FORMADOR INTERNO MÉDICO) Y SU TRANSFORMACIÓN EN ÉPOCA DE PANDEMIA

AUTORES: RODRIGUEZ MOLANO, SEBASTIAN[1]; VALVERDE RUTE, A[2]; VILA ALSINA, D[3]; VIVES JULINES, A[4]; TORRES MAGAN, M[5]; FARRÚS ESTEBAN, X[6]

CENTROS DE TRABAJO: MC MUTUAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La acción evaluadora de las mutuas se basa en el análisis integrado de persona, patología y puesto de trabajo, para determinar la recomendación o no de volver al trabajo. Se trata de una función muy desarrollada en las entidades mixtas, que debe estar sometida a criterios de calidad y seguridad del paciente, como los definidos para la atención sanitaria.
En nuestra organización el formador interno médico (FIM), es el encargado de la formación inicial y los refuerzos formativos para mejorar el desempeño en el control de las bajas por contingencia común de los profesionales que se incorporan a la mutua. Esa acogida, antes de la pandemia, contenía espacios formativos presenciales y virtuales. Los cambios durante la pandemia han sido radicales, pasando a ser la formación de acogida totalmente telemática.

OBJETIVOS Comparar la percepción por parte de los profesionales formados, a cerca de la calidad, la adecuación a la práctica evaluadora real y la calidad de las herramientas facilitadas durante los procesos formativos, según las modalidades presencial (antes de la pandemia) o telemática (durante la pandemia).

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo comparativo de 25 procesos formativos realizados durante los últimos 10 meses, orientados a la acogida y al refuerzo, de los que 9 han sido virtuales y 16 con componente presencial. Los cursos virtuales se han basado en videoconferencias online. Como medición se han considerado las valoraciones y comentarios de las encuestas de satisfacción posterior a la realización de las formaciones.

RESULTADOS El análisis de las encuestas de satisfacción, muestra el mantenimiento de los niveles de satisfacción global por parte de los participantes y no se aprecia una disminución de la aplicabilidad de los conceptos en la realización de las tareas.
Como elementos a mejorar:

- Aparición de fatiga durante las sesiones en formato virtual, incluso recomendando hacer pausas no programadas.
- Disminución de los contactos posteriores a la sesión (ganas de acabar) y se persiguen respuestas más rápidas y por medio menos formales, como las Apps de mensajería instantánea.
- Riesgo de déficit tecnológico o la dificultad para solucionar los incidentes ocurridos durante las formaciones virtuales, inconvenientes solventados con otras herramientas informáticas o analógicas.
- Optimización de tiempo del FIM al evitar desplazamientos, facilitándose formaciones geográficamente alejadas al mismo tiempo, la realización de varios tipos de formación diferentes en sesiones alternadas o la personalización de formaciones puntuales y cortas que pueden corregir fallos en forma muy ágil.

CONCLUSIONES La crisis ha permitido adaptar el formato de los cursos de medicina evaluadora a los profesionales de la mutua sin disminuir la calidad percibida de los mismos. Fatiga, limitaciones tecnológicas, fomentar el uso de las tecnologías de soporte son aspectos a mejorar. Las ventajas de mayor eficiencia y versatilidad se han mostrado con claridad.

ID: 382

GESTIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA DURANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL TERCIARIO UNIVERSITARIO

AUTORES: VILLÁN VILLÁN, YURI FABIOLA[1]; HERNÁNDEZ GANCEDO, C[2]; CEBRIÁN CARRETERO, JL[3]; LÓPEZ QUESADA, T[4]; BURGUEÑO ANTÓN, A[5]; MARTÍNEZ DE MIGUEL, B[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Área Quirúrgica debió adaptarse rápidamente a la necesidad de redistribución de recursos y aumento del riesgo quirúrgico de los pacientes durante la fase aguda de la pandemia por SARS-CoV-2.

OBJETIVOS Describir el proceso de adaptación del Área Quirúrgica en pacientes adultos ante la fase aguda de la pandemia por SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS Hospital con 47 quirófanos en 7 áreas. Su gestión la realizan la Subdirección del Área Quirúrgica Médica y de Enfermería y dos coordinadores de quirófano, (adultos e infantil). En la reorganización del Área colaboraron los Servicios quirúrgicos, Anestesiología, Microbiología, Medicina Preventiva (MP), Prevención de Riesgos Laborales (PRL), Medicina Interna, Análisis Clínicos, Admisión, entre otros y el Grupo de Trabajo Cirugía Segura de la Comisión de Seguridad del Paciente.

RESULTADOS El 9 de marzo, con 75 pacientes ingresados y 5 en unidades de críticos, se planteó la necesidad de abrir un quirófano específico. El 13 de marzo se destinaron dos quirófanos situados en la misma planta para la atención de la patología urgente (quirófanos COVID). Toda la actividad quirúrgica programada se trasladó a un segundo bloque.
Se estableció un protocolo de actividad del Área Quirúrgica de máxima seguridad para los pacientes y profesionales consensuado con MP y PRL, y demás Servicios que consistió en circuito limpio – sucio y recomendaciones técnicas específicas.
El 26 de marzo, se suspendió toda la actividad quirúrgica programada. Se reservaron dos quirófanos para las urgencias de paciente no COVID de todas las especialidades exceptuando, las urgencias oftalmológicas, obstétrico-ginecológicas, cirugía cardio-torácica y neurocirugía (con quirófanos específicos en otras áreas).
El resto de quirófanos y su personal, fue reconvertido en localizaciones para camas de críticos hasta quintuplicar la capacidad del hospital para pacientes médicos no quirúrgicos.
Se derivaron 72 pacientes oncológicos de todas las especialidades a otros hospitales gracias a las gestiones del equipo directivo.
A partir del 31 de marzo, se realizaron pruebas de PCR rápidas para SARS-CoV-2 a todos los pacientes urgentes, independientemente de su sintomatología. Se habilitó un tercer quirófano.
Se extendieron las recomendaciones de seguridad a todas las intervenciones en las que se pudiesen generar aerosoles independientemente del estado epidemiológico del paciente. En aquellos pacientes con emergencias quirúrgicas que no pudiesen ser testados antes de la intervención, se emplearon los quirófanos específicos para COVID.
A partir del 4 de mayo se recuperó la actividad programada para pacientes no COVID, manteniéndose la estructura de los quirófanos para atención urgente de pacientes COVID-19 hasta el 16 de junio.

CONCLUSIONES El liderazgo por parte del equipo directivo y del coordinador de quirófanos en estrecha colaboración multidisciplinar lograron dar respuesta a las necesidades planteadas durante la fase aguda de la pandemia.

ID: 383

APLICACIÓN DE ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA POR NORMA UNE 179003:2010

AUTORES: GARCÍA-TREVIJANO CABETAS, MACARENA[1]; SOBRINO JIMÉNEZ, C[2]; RUANO ENCINAR, M[3]; ARANCÓN PARDO, A[4]; MORO AGUD, M[5]; HERRERO AMBROSIO, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Norma UNE 179003:2010 de Gestión de Riesgos para la seguridad del paciente establece los principios generales y requisitos que deben cumplir los centros sanitarios para gestionar los riesgos. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es el instrumento analítico recomendado por el Institute of Medicine y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations para lograr la seguridad en los procesos sanitarios. Es por ello, que la aplicación de un AMFE modificado es la herramienta empleada por el Servicio de Farmacia (SF) para la identificación y gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente.

OBJETIVOS Analizar los resultados obtenidos tras la realización de un análisis de riesgos del SF mediante un AMFE modificado.

MATERIAL Y MÉTODOS Para la identificación y análisis de los riesgos se empleó una tabla Excel basada en la metodología AMFE en la que se valoraron los riesgos de los procesos detectados a comienzos de 2020. Se recogió su: origen, proceso en el que ocurre, riesgo, causa, consecuencias potenciales, defensas actuales, 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). Se seleccionaron los riesgos con FR "muy alto" y "alto" para ser tratados y emprender acciones para abordarlos.

RESULTADOS Se identificaron 22 riesgos, 10 de los cuales fueron relativos a la dispensación a pacientes hospitalizados, 3 a la gestión farmacoterapéutica, 3 a los procesos de elaboración (formulación magistral, nutrición parenteral y farmacia oncológica); 3 al proceso de atención farmacéutica; 1 a la dispensación a pacientes externos; 1 a la docencia y 1 al área de hemofilia. Según el nivel de riesgo: ninguno fue de nivel "muy alto", 4 (18%) de nivel "alto", 17 (77%) de nivel "medio" y 1 (5%) de nivel "bajo". Aquellos de nivel de riesgo "alto" correspondieron a: dispensación a pacientes hospitalizados (3/4) y docencia (1/4). Para su abordaje se abrieron 4 acciones (PA_SF_01/20-PA_SF_04/20), para las que se definieron: causa, consecuencias potenciales, medidas a tomar, objetivo, beneficios esperables, responsable, plazo, recursos, fase de seguimiento y verificación de la eficacia (indicadores). Las 4 acciones programadas (con plazos de 6 ó 12 meses) se encuentran implantando mejoras.

CONCLUSIONES La metodología AMFE modificada es una herramienta muy útil para gestionar los riesgos de un SF e implantar medidas que garanticen la seguridad de los procesos. Su aplicación ha sido fundamental para la acreditación del SF según la Norma UNE 179003:2010.

ID: 384

EXPERIENCIA VIVIDA EN LOS CENTROS DE MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

AUTORES: MARTÍNEZ-PAYÁ, MARINA[1]; MARTÍNEZ-LÓPEZ, MJ[2]; SEDEÑO-CRUZ, I[3]

CENTROS DE TRABAJO: CASAVERDE ALMORADÍ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia mundial de Covid-19 está dejando un gran número de afectados. Por sus características, la población más perjudicada, con una alta tasa de mortalidad, se encuentra en la franja de la tercera edad (los datos del Ministerio de Sanidad refieren que el 80 % de los fallecidos por el virus tienen más de 70 años). Según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), en España hay 5457 centros que ofertan 381158 plazas. Los residentes y usuarios de esta tipología de centros se encuentran en una situación de vulnerabilidad ante la infección por el SARS-CoV-2, por presentar habitualmente patología de base o comorbilidades, tener edad avanzada, estar en contacto directo con otras personas (sus cuidadores) y otros convivientes y soler pasar tiempo en entornos con población igualmente vulnerable.

OBJETIVOS Describir la experiencia vivida como profesional de un centro de mayores libre de casos positivos durante la pandemia del SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio narrativo. Se siguieron las recomendaciones de los protocolos dados por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España en las guías publicadas de prevención y control frente al Covid-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial y los protocolos creados por la propia compañía.

RESULTADOS El 9 de marzo se prohibieron todas las visitas al centro, las salidas del mismo y salvo excepciones para deambulación inevitable, se clausuraron las zonas comunes. Según la orden ministerial se sectorizó a los usuarios según la clasificaciones de la orden SND/265/2020 de 19 de marzo, y del mismo modo los profesionales quedaron divididos por zonas de actuación, pudiendo realizar su praxis exclusivamente en el área asignada previamente. A través de videollamadas se trató de acercar a los usuarios de sus familias y amigos. Los tratamientos ofrecidos desde el equipo multidisciplinar se realizaron de manera individualizada en cada una de las sus habitaciones, convertidas estas más que nunca en hogares, a través de ellas se trataba de acercarlos a la cotidianeidad y a la realización de los objetivos y tratamientos establecidos en los Planes de Atención y Vida. El trabajo en equipo y la pasión primaron, todo ello con un único objetivo, que cada una de las personas que vivían en el centro hayan tenido la máxima calidad de vida y bienestar.

CONCLUSIONES Se hace necesario reflexionar sobre un modelo residencial desde el enfoque de la Atención Centrada en la Persona (ACP), que fomente una coordinación eficaz de los servicios sanitarios y sociales. Destacar la capacidad de adaptación de las personas mayores que viven en los centros sociosanitarios, siempre mostrando agradecimiento a todos los profesionales del centro que estuvieron afrontando de manera conjunta esta experiencia.

ID: 385

CUIDADO SIN SUJECIONES EN LOS CENTROS DE MAYORES DURANTE EL SARS-COV-2

AUTORES: MARTÍNEZ-PAYÁ, MARINA[1]; CANTERO-CANTERO, S[2]; MARTÍNEZ-LÓPEZ, MJ[3]; SEDEÑO-CRUZ, I[4]

CENTROS DE TRABAJO: CASAVERDE ALMORADÍ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 10% de las personas que viven en centros de mayores de la Comunidad Valenciana se han visto perjudicados por el Covid-19. Un alto porcentaje de las personas que viven en este tipo de recurso asistencial poseen enfermedades neurodegerativas, las cuales en ocasiones cursan con deambulación errática, alteraciones de conducta, desorientación, fragmentación del sueño, síntomas que interfieren entre la vida diaria y la situación de confinamiento vivida. En la actualidad, donde se abre debate sobre hacia donde debe avanzar la atención prestada en los servicios asistenciales en general y en concreto en los centros de mayores, se puede afirmar que los cuidados bajo el enfoque de la Atención Centrado en la Persona (ACP), sin el uso de sujeciones físicas, aumenta el bienestar y la calidad de vida de las personas que habitan en estos centros.

OBJETIVOS Describir la experiencia vivida en un centro de mayores libre de sujeciones durante la pandemia del Covid-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio narrativo sobre la situación experimentada en los centros de mayores libres de sujeciones sin casos positivos por el SARS-CoV-2 desde el 9 de marzo, inicio de la pandemia, hasta el 12 de julio, momento de desconfinamiento pero de creciente aumento de casos positivos a nivel mundial.

RESULTADOS Las rutinas del centro sin el uso de sujeciones físicas se adaptaron a la situación de confinamiento, para ello se utilizaron sistemas de comunicación, sensores de movimiento, cámaras de videovigilancia, luz rasante, mobiliario adaptado, productos de apoyo, registros nocturnos del sueño, adaptación de entornos, sectorización de profesionales, sectorización de residentes según su tipología. El contacto presencial con familiares y amigos se sustituyó por videollamadas, fotos y videos. Trataron de mantener entornos seguros y estimuladores que le ofreciesen oportunidades y continuaran invitando a participar de forma activa en la cotidianidad de las personas, adaptado cada momento y actividad de la vida diaria a las circunstancias de cada usuario. El equipo multidisciplinar continuó realizando evaluaciones, tratamientos y terapias, desarrollando historias de vida y análisis ocupacionales, con el objetivo de realizar intervenciones y acompañar a los usuarios presentando apoyo desde una perspectiva humanista y suponiendo estas unas herramientas imprescindibles para apoyar la planificación de los cuidados de la persona. A través de la ocupación significativa y las terapias no farmacológicas se intervino en el manejo de la aparición de los posibles síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD).

CONCLUSIONES Los centros de mayores que están acostumbrados a cuidar sin sujeciones, que llevan tiempo prescindiendo en la praxis diaria del uso de estas, habituados a la búsqueda de las alternativas, han podido mantenerse sin utilizarlas durante la pandemia del Covid-19, manteniendo ciertos niveles de calidad de vida en los usuarios que están institucionalizados.

ID: 386

GESTIÓN DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA POR EQUIPOS MÉDICOS DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: VILLAR ÁLVAREZ, FELIPE[1]; CABELLO ÚBEDA, A[2]; JIMÉNEZ-ALFARO MOROTE, I[3]; GADEA GIRONÉS, I[4]; LEAL OROZCO, A[5]; GÓMEZ MORENO, J[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia COVID-19 ha hecho que en muy pocos días los pacientes con mayor gravedad hayan acudido a Urgencias e ingresado en nuestros hospitales, con la necesidad de adecuar, en poco tiempo, las instalaciones y los circuitos asistenciales para poder proporcionar un manejo y cuidados de calidad. El desconocimiento de la enfermedad y el volumen de enfermos que requerían atención han supuesto la obligación de crear diferentes modelos asistenciales con personal médico de todas las especialidades para lograr una mayor eficiencia y obtener los mejores resultados en salud.

OBJETIVOS Describir las acciones organizativas llevadas a cabo en el área de hospitalización para la mejora de la gestión en el manejo del paciente con COVID-19 y de la obtención de adecuados resultados en salud.

MATERIAL Y MÉTODOS En el área de hospitalización se distribuyeron los pacientes en plantas dedicadas al manejo exclusivo de enfermos con COVID-19 y se creó un modelo de equipos de trabajo multidisciplinar liderados por los Servicios de Neumología y Medicina Interna, que junto con el apoyo del resto de especialidades médicas atendían a los pacientes en una primera y segunda línea, respectivamente. En una tercera actuaron especialidades quirúrgicas con función principal de apoyo clínico y de información a familiares. Esta asistencia fue proporcionada todos los días de la semana y contó con la colaboración del resto de personal sanitario (enfermería, auxiliares, etc.), de infraestructuras (limpieza, mantenimiento, etc.) y de gestión (gerencia, direcciones, informática, servicios de información y atención al paciente, etc.). Posteriormente se midieron diferentes indicadores de resultado en salud.

RESULTADOS En nuestra hospitalización, del 1 de marzo al 31 de mayo, y según el sistema de codificación APR-GRD un total de 2314 pacientes fueron ingresados por COVID-19, con un pico de ocupación del 89,7% (584 camas, 90 de ellas de UCI) y con una edad media de 70,04 años. En total hubo 7582 PCR positivas para SARS-CoV-2 en los pacientes hospitalizados.
Se crearon 41 equipos de trabajo multidisciplinar con un total de 144 médicos (3-4 por equipo) para la atención en primera y segunda línea de entre 10-15 pacientes por cada equipo. 213 médicos de tercera línea apoyaron en la clínica y en la información a familiares realizándose más de 20000 llamadas telefónicas. En 87 pacientes la asistencial se completó en una residencia medicalizada de apoyo con 51 camas y 6 médicos.
En cuanto a resultados de salud la estancia media fue de 9,41 días, la tasa de mortalidad de 22,64%, el peso medio de 1,51 y el porcentaje de reingresos a los 30 días del 8,59%.

CONCLUSIONES La asistencia a pacientes con COVID-19 durante la pandemia, en el área de hospitalización y mediante equipos médicos de trabajo multidisciplinares podría proporcionar una mejora en la gestión del manejo de estos enfermos y en la obtención de adecuados resultados en salud.

ID: **387**

INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y MULTIRRESISTENCIAS. NUEVE AÑOS DE EXPERIENCIA EN VIGILANCIA HOSPITALARIA

AUTORES: SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, DIEGO[1]; MONTEAGUDO, JF[2]; RUEDA-NIETO, S[3]; ARANA-ARAGÓN, B[4]; ROMÁN-SÁNCHEZ, J[5]

CENTROS DE TRABAJO: UNIDAD DOCENTE MPYSP REGIÓN DE MURCIA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN A pesar de los innegables los avances en medicina hospitalaria y salud pública, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) continúan siendo un importante problema en España y en el mundo que se traduce en incrementos en la morbimortalidad y en las estancias hospitalarias, suponiendo un gran coste tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario.
Para conocer la magnitud de un problema como las IRAS por microorganismos multirresistentes (MMR) resulta fundamental contar con sistemas de medición, vigilancia y control como el que aquí presentamos.

OBJETIVOS 1. Ofrecer una descripción global del problema de las IRAS por MMR en el periodo de los últimos diez años en un hospital de tercer nivel del SNS.
2. Determinar la frecuencia de los principales MMR causantes de IRAS y su evolución en dicho marco espaciotemporal.

MATERIAL Y MÉTODOS Se dispone de un registro de pacientes colonizados e infectados por MMR ingresados en nuestro hospital entre los años 2010 y 2019, con información clínica del paciente (tipo y duración del aislamiento, tipo de muestra estudiada, antibioterapia empleada) y datos sociodemográficos y administrativos (sexo, edad, fecha de ingreso, fecha de alta/exitus, tiempo de estancia, servicio responsable).
De entre los microorganismos identificados se seleccionaron los siguientes por su especial frecuencia e importancia: Acinetobacter baumannii multirresistente (MR), Pseudomonas aeruginosa MR, Staphiloccocus aureus resistente a meticilina, Klebsiella spp BLEE y Clostridioides difficile.

RESULTADOS Se obtuvieron 994 aislamientos microbiológicos de los cinco microorganismos seleccionados, correspondientes a 672 pacientes descontando reingresos y colonizaciones múltiples, en 900 episodios totales de hospitalización.
La mediana de edad de los pacientes en el momento de la detección fue 74 años, y por sexos un 62,1% fueron varones y un 37,9% mujeres.
En la evolución del número de MMR detectados por el sistema de vigilancia, se ha pasado de una tendencia estable entre 2010 y 2015 (media de 45,8 aislamientos/año) a un claro ascenso en los años más recientes, con una media de 179,8 aislamientos por año entre 2016 y 2019, con una clara tendencia al alza de más de 200 aislamientos anuales en 2018 y 2019.
Todos los MMR estudiados han aumentado en frecuencia, en especial SARM, Klebsiella BLEE y Acinetobacter MR, aunque este último parece que tiende a descender.

CONCLUSIONES La resistencia de los MMR a los antimicrobianos tradicionales es un problema de salud pública global y supone un gran impacto sobre los resultados en salud y sobre el gasto sanitario. Resulta vital avanzar en los sistemas de vigilancia que nos permiten detectarlos y definir la magnitud del problema. Los futuros esfuerzos deberían centrarse en detectar con mejor a los pacientes colonizados e infectados por MMR, pero también en prevenir la aparición de resistencias promoviendo un uso racional de antimicrobianos a nivel asistencial y poblacional.

ID: 388

CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA MÉDICA DE PACIENTES CON COVID-19

AUTORES: VILLAR ÁLVAREZ, FELIPE[1]; JIMÉNEZ-ALFARO MOROTE, I[2]; DE ANDRÉS CAÑAS, R[3]; GÓMEZ MARTÍN, O[4]; SHORT APELLANIZ, J[5]; DEL OLMO RODRÍGUEZ, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia COVID-19 ha provocado una multitud de pacientes ingresados en los que el desconocimiento del manejo de la enfermedad estaba limitado también a las secuelas médicas y sociales que estos enfermos pudieran tener. La gestión de la continuidad asistencial tras el alta en coordinación con Atención Primaria jugará un papel fundamental en el control y conocimiento de la enfermedad y en proporcionar la mejor asistencia posible.

OBJETIVOS Proporcionar una continuidad asistencial inmediata a los pacientes dados de alta por COVID-19 tras un ingreso hospitalario, y adecuar el seguimiento posterior de su patología, en coordinación con Atención Primaria, para favorecer el control y estudio de la enfermedad y sus secuelas.

MATERIAL Y MÉTODOS Tras una hospitalización por COVID-19 en nuestro centro, y a través de nuestra dirección de Continuidad Asistencial, se gestionó que un porcentaje de pacientes finalizaran su proceso asistencial en una residencia medicalizada para completar la recuperación clínica y el periodo de aislamiento (en caso de no poder realizarse en el domicilio o residencia habitual). Además, al alta se realizó un seguimiento telefónico domiciliario durante 7 días por médicos de nuestro hospital, y en función de la evolución clínica de los pacientes éstos fueron clasificados en "Rojo": si el estado clínico era de gravedad y fueron derivados a Urgencias y con valoración por Neumología y Medicina Interna, "Amarillo": si no contestaban, con posterior verificación de los datos de contacto, y "Azul": si eran dados de alta del seguimiento.
También se han diseñado circuitos de seguimiento médico, tanto internos como coordinados con Atención Primaria, previo establecimiento de criterios de gravedad analíticos y radiológicos, y con diferentes fórmulas de comunicación y de consulta.

RESULTADOS En nuestra hospitalización fueron ingresados por COVID-19 un total de 2528 pacientes, con estancia media de 8,56 días y mortalidad del 23,04%. De ellos 87 finalizaron su proceso asistencial en la residencia, con 51 camas. Tras los primeros 7 días tras el alta se registró un seguimiento telefónico domiciliario diario con un total de 11407 llamadas de las cuales 390 (3,42%) fueron clasificadas en "Rojo" y 712 (6,24%) lo fueron en "Amarillo". En resto en "Azul".
Desde el 1 de junio se han programado circuitos automatizados de consultas por el Servicio de Neumología para seguimiento de pacientes con COVID-19, de forma no presencial (mediante formularios a través del Portal del Paciente), siguiendo criterios clínicos y radiológicos, y en coordinación con Atención Primaria (con apoyo de e-consultas) y con Medicina Interna.

CONCLUSIONES El seguimiento inmediato a los pacientes dados de alta por COVID-19 tras un ingreso hospitalario es necesario para detectar empeoramientos que requieran de una rápida valoración. Adecuar la continuidad asistencial de su patología en coordinación con Atención Primaria es necesario para un seguimiento y control eficaz.

ID: 389

RESPONDIENDO A LA PANDEMIA: USO INTENSIVO DE LA TELE-PSICOLOGÍA EN UNA MUTUA LABORAL

AUTORES: PASCUAL CUADRAS, RITA[1]; PÉREZ LLORCA, M[2]; SELLÉS DICK, A[3]; VENDRELL SERRA, J[4]; SERFATY SOLER, JC[5]; RODRIGUEZ TORREBLANCA, JE[6]

CENTROS DE TRABAJO: MC MUTUAL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La implantación de las tecnologías de la información y la comunicación ha crecido en forma exponencial en los últimos años. La crisis sanitaria de la Covid-19 ha acelerado el proceso de desarrollo TIC en forma explosiva. La psicología clínica y evaluadora ha participado del desarrollo y con buena aceptación.
Los dispositivos móviles, los ordenadores, los teléfonos, las videoconferencias, el correo electrónico, webs de autoayuda, blogs, redes sociales, han sido elementos de este desarrollo digital. La información puede ser transmitida tanto por vía oral como escrita, así como por imágenes, sonidos u otros tipos de datos.
La atención en tele-psicología debe cumplir los mismos estándares éticos y profesionales que la práctica presencial. La Guía para la práctica de la Tele-psicología, editada por el Consejo General de la Psicología de España, e inspirada en la elaborada por la American Psychological Association (APA). Desde el punto de vista ético conviene revisar la competencia profesional, los estándares de atención definidos por la APA, consentimiento informado, confidencialidad, seguridad y transmisión de datos, destrucción de información, análisis y evaluación y aspectos jurídicos específicos.

OBJETIVOS Mostrar la trasformación digital de la Unidad de Salud Mental en nuestra mutua en relación a la crisis pandémica. Valorar los diversos componentes de calidad considerados: Inmediatez, integralidad y continuidad. Revisar el impacto de la actuación virtual sobre la tradicional.

MATERIAL Y MÉTODOS Revisión bibliográfica de protocolos de Tele-psicología y Tele-medicina que están vigentes. Elaboración del protocolo de actuación, con los distintos tipos de actividades, criterios de inclusión (base informática, predisposición, confianza y tipos de diagnósticos), funcionamiento (antes, durante y después del contacto virtual) y cartera de servicios.
Se analizan las primeras 100 visitas de Tele-psicología, revisando sus condiciones de aceptación, conectividad e impacto en los periodos de absentismo.

RESULTADOS El protocolo está en proceso de implantación, pero de los primeros resultados se detecta una buena aceptación por parte de los pacientes, facilidad en la conectividad en los diferentes canales, buena adherencia al tratamiento y un buen seguimiento del absentismo, siguiendo los objetivos del proyecto.

CONCLUSIONES Nuestra organización impulsa la consolidación de la Tele-psicología, a todo el territorio nacional de una manera amplia y equitativa, por ser una herramienta eficaz. Se constatan ventajas para el profesional y el paciente y se recomienda el valorar la percepción de los usuarios.

ID: 390

EVOLUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS, Y DE LA PREVALENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN UN HOSPITAL

AUTORES: MATEOS MAZON, MARTA[1]; CARRETERO ARES, JL[2]; LOPEZ DIAZ, A[3]; REGIDOR MARTINEZ, Z[4]; ÁLVAREZ DIAZ, A[5]; MARTINEZ SUAREZ, MM[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza su gran reto mundial en pro de la Seguridad del Paciente, Una atención limpia es una atención más segura, con el objetivo de disminuir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS). Entre sus acciones destacan la promoción de la higiene de manos (HM). Su campaña mundial anual iniciada en 2009 'Salve vidas: Límpiese sus manos' trata de mejorar la HM en la atención sanitaria, y publica una guía de apoyo para los centros sanitarios, explicando el modelo de los cinco momentos en que los profesionales sanitarios deben realizar HM.
Estudios sobre HM en los profesionales sanitarios muestran que aunque reconozcan la importancia de una correcta HM, sus prácticas requerían mejoras sustanciales tanto en el método como en la adherencia.
Desde entonces las instituciones sanitarias y el HUCA, han extendido la sensibilización, formación, capacitación y recordatorios sobre HM a sus profesionales para la disminución de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

OBJETIVOS Conocer la evolución de la Adherencia a la HM en un hospital de tercer nivel en los últimos 5 años, y su probable repercusión en la prevalencia de IRAS

MATERIAL Y MÉTODOS Comparación de tasas de adherencia por el personal sanitario de un hospital de tercer nivel desde el 2015 al 2020, usando la metodología de observación directa propuesta por la OMS

RESULTADOS Entre 2015 y 2020 fueron observadas 2.983 oportunidades para realizar HM, pasando de 434 observaciones anuales en 2015 a 1.569 en 2020. Durante los 3 primeros años sólo se realizó observación del momento 1, en 2018 se añadió el momento 2 y en los dos últimos años se amplió a los 5 momentos.
El nivel de cumplimiento global fue variando del 15% en 2017 al 60% en 2019, no observándose ninguna tendencia definida a lo largo de los años.
El momento 3 fue el de menor cumplimiento (15.5%), frente a los momentos 2 en 2019 (32.7%) y 5 en 2020 (40.30%) que fueron los de mayor cumplimiento.
La prevalencia de IRAS pasó del 13,93% al 11,58% (bajó 2,35 puntos)

CONCLUSIONES Se mejoró la formación de formadores y recursos para ampliar el número de oportunidades observadas, extendiendo la observación desde un único momento, a todos los momentos.
A pesar de todo el esfuerzo realizado con formación, capacitación y actividades de recuerdo periódicas sobre la importancia de la higiene manos, los datos de adherencia de los profesionales no evidencian una mejora sustancial en su HM.
La prevalencia de IRAS aún siendo elevada, mostró una tendencia favorable.
Se deberían estudiar nuevas herramientas basadas en modelos de comportamiento humanos y la adherencia al cambio u otros, para mejorar el cumplimiento en la HM entre los profesionales de los centros sanitarios.

ID: **391**

ESTRÉS EN PROFESIONALES SANITARIOS AISLADOS TRAS LA DETECCIÓN DE PACIENTES POSITIVOS DE SARS-COV2

AUTORES: MARTÍNEZ ALARCÓN, LAURA[1]; JOVER-AGUILAR, M[2]; VALIENTE-CAMPOS, J[3]; RAMIS, G[4]; BETETA FERNÁNDEZ, MD[5]; RAMIREZ, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. IMIB-ARRIXACA[12356], DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN ANIMAL, FACULTAD DE VETERINARIA[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por el virus del SARS-CoV-2 ha generado incertidumbre, miedo, preocupación y estrés en la sociedad. Sin embargo, pese al estado de alarma y al confinamiento, los profesionales sanitarios se han visto obligados a continuar trabajando a diario, con el riesgo real o percibido que suponía. En aquellos profesionales aislados por riesgo de contagio, se desconoce el impacto y el nivel de estrés añadido que supone este aislamiento.

OBJETIVOS Evaluar el nivel de estrés durante la pandemia del COVID-19 en profesionales sanitarios de una Unidad de Trasplantes aislados por riesgo de contagio tras dos casos confirmados con infección activa por el virus del SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo transversal. Población: Enfermeras y auxiliares de enfermería de una unidad de trasplantes clausurada tras dos casos confirmados con infección activa en dos pacientes. Se incentivó la detección precoz de casos compatibles como punto clave para controlar la transmisión. Todos los casos sospechosos se mantuvieron en aislamiento a la espera del resultado de la PCR y se inició la búsqueda de sus contactos estrechos convivientes. En caso de PCR negativa y si no existía una alta sospecha clínica, el caso se dio por descartado y finalizó el aislamiento. Periodo: Marzo-abril 2020. Herramienta: Escala de Trauma de Davidson: instrumento psicométrico (17 síntomas del DSM IV); puntuación total: 0-136 (a mayor puntuación, mayor incidencia de estrés). Escala autoadministrada y anónima. E-encuesta difundida durante el aislamiento domiciliario. Estadística: análisis descriptivo, bivariante y de correlación.

RESULTADOS Del total de los profesionales de la Unidad (n=25), resultaron válidas 12 encuestas. El 100% (n=12) eran mujeres; edad media: 45,58±2,90 años. El 50% eran graduadas en enfermería. El 83,3% (n=10) indicó que no tenía síntomas, mientras que un 16,7% sí. Estos síntomas eran: fiebre, tos, sensación de falta de aire, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas, dolor torácico y/o cefaleas, entre otros. Todos los casos sospechosos (100%; n=12) se mantuvieron en aislamiento a la espera del resultado de la PCR como medida de prevención, ante la posibilidad de estar contagiado.
Al analizar la incidencia de estrés durante el aislamiento, la puntuación media obtenida fue de 35,25±8,1 puntos; siendo las auxiliares quienes presentaron mayor incidencia, pero sin diferencias significativas (38,0±9,3vs.32,5±14,0; p=0,57). No existen diferencias con respecto a la edad, aunque se observa una correlación negativa (R=-0,230) que, de haber sido significativa indicaría que, a mayor edad del profesional, menor estrés percibe.

CONCLUSIONES Los profesionales de la unidad de trasplantes presentaron durante su aislamiento en la pandemia, en general, niveles de estrés dentro de la normalidad. La gestión rápida y eficaz del protocolo de detección precoz de casos compatibles con COVID-19 facilitó el manejo del estrés de estos profesionales.

ID: 392

MEJORAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA LECTURA DE LAS TIRAS REACTIVAS DE ORINA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

AUTORES: CANO IGLESIAS, MARINA[1]; HERRERO URIGÜEN, L[2]; GUERRA DIEZ, JL[3]; ROJO SANTOS, E[4]; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J[5]; ESCOBAR HOYOS, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: IDIVAL[12], HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA[3456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las tiras reactivas de orina (TRO) son un instrumento de diagnóstico rápido, barato, no invasivo, realizado a la cabecera del paciente y con valor clínico demostrado. Su uso se extiende a todos los servicios hospitalarios, dado que pueden orientar el diagnóstico de diversas patologías.
Los profesionales de la Unidad de Urgencias Pediátricas (UUP) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) detectaron discrepancias entre los resultados obtenidos en la UUP y el laboratorio, que genera pérdida de confianza en la prueba, e implica repercusiones para los pacientes y familias: petición de pruebas complementarias al laboratorio que retrasa el diagnóstico, realización de procedimientos más invasivos como el sondaje, e incluso pueden darse indicaciones terapéuticas inadecuadas. El problema también afecta al hospital, ya que pruebas adicionales implican mayor coste y carga de trabajo.
Por ello el presente estudio se centra en la revisión del proceso actual y la generación de recomendaciones para mejorar la eficacia de las tiras reactivas de orina como método de diagnóstico y cribado.

OBJETIVOS El objetivo de este estudio es conocer la forma de realizar la lectura de las TRO, desde la obtención de la orina, en bolsa o bote hasta que se apuntan sus resultados, como herramienta de diagnóstico básico, rápido y económico, y desarrollar estrategias para mejorar la confianza de los profesionales de la UUP en la prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS El estudio se realizó en la UUP del HUMV. Se incluyeron muestras de orina recogidas a todo el rango de pacientes que comprende el servicio, de 0 a 16 años.

1. Fase estudio retrospectivo: se analizó el índice real de correlación de los resultados de las TRO entre los test realizados en la UUP y los realizados en el Laboratorio de Análisis Clínicos.
2. Observaciones etnográficas: técnica que consiste en observar el trabajo real, obteniendo información sobre cómo los profesionales realizan su trabajo, entender no sólo sus acciones sino también las razones (modelos mentales) que dan sentido a su actuación, las preferencias y el conocimiento de las personas en el contexto de su trabajo.
3. Diseño de medidas para eliminar o mitigar las fuentes de variabilidad contribuyentes al porcentaje de error.

RESULTADOS

1. Se estudiaron 60 historias de pacientes que incluyen tira reactiva y elemental y sedimento se obtuvo un 30% de falsos positivos.
2. Se realizaron 14 observaciones, de lecturas realizadas por equipo de auxiliares. Se detectó una baja estandarización en la lectura y anotación de resultados.
3. Se elaboró una guía visual, para el uso y conservación de las TRO

CONCLUSIONES La finalización de este proyecto mejorará potencialmente la efectividad de las tiras de orina como método de diagnóstico, con el consiguiente efecto positivo en la calidad de la atención y la eficiencia del servicio. Dado que las tiras son una herramienta cuyo uso se extiende prácticamente a todos los servicios hospitalarios, los resultados pueden exportables a otras áreas de atención o centros.

HUMANIZACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA ¿ES POSIBLE?

ID: 393

AUTORES: FLOR MORALES, VIRGINIA[1]; CAMALEÑO MIRAGAYA, MC[2]; COLLANTES HERNÁNDEZ, MI[3]; AGUEROS FUENTE, PL[4]; GONZÁLEZ MENÉNDEZ, F[5]; FARIÑAS ALVAREZ, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La asistencia personas con COVID-19 exige el aislamiento de los pacientes para evitar la trasmisión del virus. Viendo, la ansiedad que el aislamiento estricto generaba tanto al paciente como a su entorno familiar, la Gerencia impulsó la búsqueda de posibles soluciones.

OBJETIVOS Establecer un marco asistencial que permita paliar la soledad y el aislamiento de los pacientes ingresados con COVID garantizando siempre la seguridad de pacientes, acompañantes y trabajadores.

MATERIAL Y MÉTODOS Ámbito: Hospital universitario de tercer nivel con 700 camas. El Hospital COVID estuvo formado por 11 unidades de hospitalización, con un pico máximo de ingresos de 224 pacientes.
Se llevaron a cabo 3 reuniones multidisciplinares con profesionales de Atención al Usuario, Calidad y Psiquiatría (semana 23-29 de marzo). Se identificaron las necesidades de los pacientes y familiares, se realizó una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones. Se analizaron la situación epidemiológica, el riesgo para pacientes y familiares, los recursos disponibles y la viabilidad de las acciones para hacerlas efectivas de manera inmediata.

RESULTADOS El 02/04/2020 se aprobó por la Gerencia un Plan de humanización en el que se articulaban los siguientes aspectos:

1. Comunicación: se habilitó el uso del teléfono fijo ubicado en la habitación de manera gratuita . Se elaboró un protocolo de comunicación teniendo en cuenta la situación clínica del paciente.
2. Objetos personales: se permitió que el paciente pudiese disponer de sus objetos personales y se estableció un circuito para la recogida y entrega de los mismos, cumpliendo con las normas impuestas por el estado de alarma. A los pacientes ingresados se les proporcionó un Kit básico de higiene personal desechable.
3. Ocio: cuando el paciente no disponía de dispositivos móvil (PC, Tablet, Smartphone ..) siempre que existiera disponibilidad, se le proporcionó una tablet. Existe wifi gratuita para todos los pacientes hospitalizados.
4. Acompañamiento: se establecieron las circunstancias en las que se permitía el acompañamiento (incluido el exitus), respetando siempre la decisión del paciente y asegurando las máximas condiciones de seguridad para el acompañante y trabajadores del centro. Se elaboró un protocolo de acompañamiento en el que se regularon las condiciones del mismo.
5. Apoyo emocional al paciente y/o familiase habilitó un correo electrónico para contactar que con el servicio de psiquiatría y solicitar soporte psicológico. Se estableció un circuito para la recogida y entrega de cartas, dibujos para los pacientes.

CONCLUSIONES Es posible regularizar y humanizar la asistencia a los pacientes ingresados en las Unidades COVID de forma segura para profesionales y familiares. Identificar las necesidades y dar una rápida respuesta,gracias a la implicación del equipo directivo del centro ha sido esencial para conseguirlo.

ID: 394

GESTION DE UNA SALA DE EXTRACCIONES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL TRAS LA PANDEMIA DEL COVID 19

AUTORES: PARRAGA GARCIA, DANIEL[1]; HIDALGO CALERO, B[2]; COMINO CÁCERES, JM[3]; LOPEZ JIMENEZ, EA[4]

CENTROS DE TRABAJO: H.U. 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Nuestro laboratorio clínico dispone de una sala de extracciones a la que acuden diariamente entre 700 y 1000 pacientes sin necesidad de cita previa, con momentos puntuales de gran aglomeración de personas en la misma sala. Es necesario realizar cambios en nuestro sistema de gestión tras el COVID19

OBJETIVOS Aportar una serie de recursos que podrían resultar útiles para gestionar una sala de extracciones de esta magnitud permitiendo mantener la seguridad tanto los pacientes que acuden como de los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS El funcionamiento de la sala de extracciones consiste en que el paciente sin cita previa saca número en un gestor de muestras el cual se comunica con una serie de mostradores donde el personal de secretaría y auxiliares de enfermería atienden al paciente, transmiten la petición en papel al S.I.L. y facilitan a los pacientes los tubos para que pasen a continuación a otra sala donde se sitúa la enfermería responsable de la extracción.
Tras realizar varias reuniones con los diferentes responsables de la unidad y la dirección del hospital, se llevaron a cabo una serie de medidas para garantizar que dentro de la sala de espera se mantuviesen las medidas de seguridad y se permaneciese el menor tiempo posible

- Se coloca la máquina dispensadora de tickest para solicitar turno de espera fuera de la sala de extracción, junto a un personal administrativo que comprueba que todos los pacientes se laven las manos con gel hidroalcohólico y garantiza el uso de mascarilla.
- Se reduce el aforo máximo de la sala de extracciones a 1/3, de manera que los pacientes no esperan dentro más de 5-10 minutos. Los pacientes que llegan en periodo de más afluencia pueden esperar fuera de la sala de extracciones en el hall del hospital, un espacio mucho más amplio con menos riesgo de contagio, o en el exterior del mismo.
- Se colocan carteles de distanciamiento entre asientos de espera para garantizar la separación mínima de 1 metro.
- Se colocan pantallas protectoras en todos los mostradores tanto en el personal de secretaría como en el de enfermería a la hora de realzar la extracción. A su vez se colocan marcas en el suelo indicando la separación de seguridad

RESULTADOS Se realiza un estudio del tiempo medio de espera de los pacientes antes y después de la intervención, observándose una clara mejoría en el tiempo máximo de espera, que baja desde picos de 90 minutos a no más de 10.
Tras realizar un estudio de seroprevalencia a los profesionales del hospital, se observa que el porcentaje de personal más expuesto a los pacientes que da positivo frente a anticuerpos Sars Covid19 es inferior a la media de todo el personal del hospital.

CONCLUSIONES Las medidas adoptadas en la sala de extracciones han resultado útiles para proteger de la infección por covid-19 a los profesionales sanitarios más expuestos.
Asimismo, el distanciamiento, la bajada a un tercio del aforo y de los tiempos de espera en esta sala interior con mayor riesgo de contagio, ha permitido garantizar la seguridad de los pacientes.

ID: 395

DESARROLLO DE UN GESTOR DE PETICIONES EXTERNAS EN UN LABORATORIO CLINICO ACTUALIZANDO EL CIRCUITO DE SOLICITUDES

AUTORES: PARRAGA GARCIA, DANIEL[1]; CALVO BOYERO, F[2]; COMINO CÁCERES, JM[3]; HIDALGO CALERO, B[4]; LOPEZ JIMENEZ, EA[5]; , [6]

CENTROS DE TRABAJO: H.U. 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Para la solicitud de pruebas a nuestro hospital desde un laboratorio externo es necesario completar una complicada serie de pasos burocráticos. Este circuito se inicia con la previa solicitud al departamento de admisión y aprobación por parte del laboratorio clínico. A continuación, se abre una historia clínica al paciente y se envía la respectiva muestra para ser analizada en el laboratorio. Una vez emitido el informe, se remite al solicitante vía correo electrónico u ordinario.
Junto con la centralización de algunos tipos de pruebas genéticas, surge la necesidad de actualizar este proceso para agilizar la práctica clínica diaria.

OBJETIVOS Simplificar el circuito de solicitud de pruebas de laboratorios externos automatizando informáticamente gran parte de los procesos burocráticos que venían realizándose, agilizando el proceso, así como disminuyendo la tasa de errores que ocurrían a lo largo del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS Se desarrolla un gestor de petición en la nube al cual se puede acceder desde cualquier ordenador externo a la red del hospital mediante un usuario y contraseña habilitados.
Dicho gestor tiene una doble comunicación, por un lado, con el S.I.L. interno del hospital y por otro lado con la historia clínica electrónica.
Para realizar la solicitud se debe hacer a través del número de identificación del paciente de la Comunidad Autónoma. El gestor se comunica con la historia clínica electrónica para comprobar si este paciente ya existe. Si no existiera, le abre automáticamente historia. Una vez abierta la historia, se comunica con el SIL interno y le envía una petición con todos los demográficos del paciente y las pruebas solicitadas. A continuación, la muestra se recibe en el área preanalítica y se procesa como una muestra más interna. Una vez finalizado el informe se cierra la petición en el SIL, el cual envía los resultados al gestor externo para poder ver el informe desde fuera de la red corporativa del hospital.

RESULTADOS El gestor de peticiones funciona correctamente, de manera que cada día se generan una media de 50 solicitudes que llegan al laboratorio y se analizan con la misma facilidad que si de muestras internas se tratase. No se detecta un aumento del porcentaje de incidencias preanalíticas con respecto al circuito interno de procesamiento de peticiones.

CONCLUSIONES El desarrollo e implantación del gestor de peticiones que permite disminuir el número de pasos intermedios ha facilitado las solicitudes de pruebas analíticas a nuestro hospital desde laboratorios externos.
Por otra parte, la agilización de este proceso con el uso del gestor de peticiones ha permitido, la centralización de determinadas pruebas genéticas con la consecuente mejora de la calidad asistencial.

ID: 396

IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS ENTRE LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

AUTORES: FARIÑAS ALVAREZ, CONCEPCIÓN[1]; FLOR MORALES, V[2]; WALLMANN, R[3]; ARNAIZ DE LAS REVILLAS ALMAJANO, F[4]; ACHA SALAZAR, O[5]; GANDARILLAS GONZÁLEZ, MA[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los profesionales sanitarios han sido un colectivo muy afectado por la COVID-19. Diversos estudios reportan cifras superiores al 20%. En España, a fecha 29 de mayo, se notificaron 40,961 casos de COVID-19 en personal sanitario, lo que supone un 24.1% del total de casos de COVID-19 declarados. Monitorizar el grado de afectación de los trabajadores sanitarios, es importante tanto para la seguridad de los pacientes como la de los propios trabajadores.

OBJETIVOS Describir la incidencia y la evolución de la infección por SARS-CoV-2 entre los trabajadores de un hospital terciario durante la pandemia de Covid-19, así como analizar el grado de afectación del personal en función de los diferentes servicios/unidades e identificar posibles clúster de transmisión de la epidemia dentro del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio de incidencia entre el 9 de marzo y el 17 de mayo de 2020. Ámbito: hospital universitario de tercer nivel (800 camas). Durante el pico máximo de la pandemia hubo 224 pacientes con COVID-19 ingresados y el Hospital COVID estuvo formado por 11 unidades de hospitalización. En todo momento hubo abastecimiento de EPIS, y se organizaron cursos de formación en el uso los mismos para todos los trabajadores del hospital desde el 20 de marzo. Población de estudio: todos los trabajadores del Hospital (que variaron entre 5785 al inicio del estudio y 5906 al final del pico de pandemia). El criterio diagnóstico fue infección por SARS-CoV-2 confirmada mediante PCR. La información se obtuvo del sistema de información del hospital. Se calcularon la incidencia acumulada (IA) de infección y el riesgo relativo (RR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95% según categorías profesionales y por servicios.

RESULTADOS La IA de trabajadores COVID-19 positivo fue de 2,17% y la IA en profesionales sanitarios de 2,36%. El primer trabajador COVID-19 positivo se detectó el 12 de marzo de 2020. En total se detectaron 128 trabajadores COVID-19 positivos, el último el 11 de mayo. El grupo de trabajadores más afectado fue el de facultativos y residentes con una IA de 3,1% y 6,3% respectivamente. Las enfermeras presentaron una IA de 2,2% y las auxiliares de enfermería de 1,7%. Las categorías de administración y gestión tuvieron menor riesgo de infección (IA < 1%). Los residentes tuvieron un RR de 6,74 (95% CI 2,3-19,53; P < 0,0001) y los facultativos de 3,29 (95% CI 1,15-9,40; P= 0,018. Los Servicios/Unidades con más casos fueron Urgencias (15), Medicina Interna (10) y Anestesia y Reanimación (9). Requirieron ingreso hospitalario 13 casos (10,2%) y no hubo ningún fallecido. Se detectó un cluster de 6 casos de origen comunitario en el servicio de anestesia entre el 23 y el 30 de marzo.

CONCLUSIONES La IA de trabajadores con COVID-19 se puede considerar baja en relación a los datos de afectación de los trabajadores sanitarios publicados durante pandemia en nuestro país. La mayoría de los casos fueron leves y afectaron fundamentalmente a médicos y residentes, que fueron los profesionales con un mayor riesgo de contagio.

ID: 397

ACREDITACION POR ALCANCE FLEXIBLE DE UN LABORATORIO ANTERIORMENTE ACREDITADO CON ALCANCE FIJO PARA MAS DE 200 PRUEBAS

AUTORES: PARRAGA GARCIA, DANIEL[1]; PEREZ ARNAIZ, Y[2]; CALVO BOYERO, F[3]; PARES POLLÁN, L[4]; LÓPEZ JIMÉNEZ, EA[5]

CENTROS DE TRABAJO: H.U. 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El alcance de una acreditación incluye la información sobre las distintas actividades para las que un laboratorio clínico ha demostrado tener una correcta competencia técnica.
Debido a la constante evolución de los laboratorios clínicos surge la necesidad de establecer mecanismos que permitan la inclusión de nuevas magnitudes biológicas o la actualización de métodos analíticos y equipos en su alcance de acreditación sin requerir la evaluación previa de ENAC.

OBJETIVOS Trazar una hoja de ruta para ampliar a alcance flexible más de 200 pruebas de un laboratorio acreditado.

MATERIAL Y MÉTODOS Para poder solicitar el alcance flexible, el laboratorio debió cumplir una serie de requisitos:

- Disponer de amplia experiencia en el ámbito de flexibilidad solicitado.
- Demostrar resultados satisfactorios en aseguramiento de la calidad y auditorías ENAC.
- Disponer de un SG que demuestre confianza.

Para la ampliación del alcance fue necesario profundizar en tres temas:
1. Identificación en el alcance de los límites de flexibilidad
Para la definición de los límites de la flexibilidad, se realiza un documento donde se especifica para cada prueba o grupo de pruebas que tipo de alcance se va a solicitar. El nivel de flexibilidad puede referirse a:

- Flexibilidad en las pruebas.
- Flexibilidad en los métodos / procedimientos / equipos.
- Una combinación de 2 o más de las anteriores.

La flexibilidad no incluye en ningún caso la posibilidad de introducir métodos con principios de medida diferentes de los ya incluidos en el alcance de la acreditación.
2. Documentación que describa el sistema del laboratorio y sistemática detallada de verificación/validación.
Para ello se elaboran dos documentos. El primero describe la sistemática de actuación frente a cualquier cambio en las pruebas dentro del alcance, teniendo en cuenta los estudios de intercambiabilidad y verificaciones de equipos. El segundo documento profundiza en las pruebas de genética y biología molecular, donde es necesario establecer una sistemática especial para proceder a la correcta verificación e intercambiabilidad.
3. Lista de las pruebas ya validadas/verificadas, la cual se realiza teniendo en cuenta el límite de flexibilidad establecido para cada prueba o grupo de pruebas.

RESULTADOS Tras realizar los tres documentos indicados y llevarlos a la práctica durante 3 meses, se envían a ENAC, la cual nos informa que todo está correcto y podemos proceder a realizar la auditoría para obtener el alcance flexible.

CONCLUSIONES El tránsito a un sistema calidad por alcance flexible es laborioso. Se deben cumplir los 3 requisitos exigidos por ENAC para demostrar la competencia de poder realizar cambios en la forma de proceder para realizar el análisis de diferentes pruebas de laboratorio y seguir manteniendo una alta

calidad analítica.
Así pues, el laboratorio pueden garantizar que las pruebas informadas bajo acreditación cumplen todos los requisitos establecidos en la norma UNE-EN ISO 15189.

ID: 398

DISEÑO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL REINICIO DE LA CIRUGÍA UROLÓGICA PROGRAMADA EN PERIODO DE EPIDEMIA COVID-19

AUTORES: GONZÁLEZ DÍAZ, ALEJANDRO[1]; TEJIDO SÁNCHEZ, A[2]; GARCÍA ROJO, E[3]; SANTOS PÉREZ DE LA BLANCA, R[4]; VARELA RODRÍGUEZ, C[5]; RUIZ LÓPEZ, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Con fecha de 11 de marzo de 2020 la OMS declaró el estado de pandemia por SARS-CoV-2 tras la afectación de más de 125 países y con más de 130.000 casos confirmados en el mundo. La Comunidad de Madrid ha sido una de las Comunidades Autónomas más afectada de nuestro país con 71.503 casos de COVID-19 (diagnosticados por PCR y test de anticuerpos) y 8826 fallecidos a consecuencia de esta enfermedad (datos a fecha de 15 de mayo de 2020). Esta situación nos ha obligado a modificar nuestra práctica habitual para adaptarnos a las necesidades de la población. Así pues, el Hospital Universitario 12 de Octubre, uno de los hospitales de gran complejidad de la Comunidad de Madrid, que cuenta con 1256 camas de hospitalización, ha dedicado la mayor parte de sus recursos a la atención de pacientes con COVID-19, como los demás centros hospitalarios. El servicio de Urología, al igual que el resto de servicios quirúrgicos de nuestro país, ha tenido que adaptarse a esta situación, de tal manera que la actividad quirúrgica programada fue suspendida desde el 16 de marzo de 2020, realizándose sólo cirugía urgente. Tras la superación del pico del brote de coronavirus SARS-CoV-2 indica la necesidad de reiniciar la actividad quirúrgica programada, ya que para muchos pacientes el retraso de su intervención puede asociarse a un peor pronóstico o a grave perjuicio de su calidad de vida. Esto requiere una planificación adecuada que permita garantizar una atención sanitaria segura y de excelencia, minimizando el riesgo de infección por SARS-CoV-2, que puede asociarse a complicaciones importantes.

OBJETIVOS Diseñar un protocolo asistencial para reiniciar la actividad quirúrgica programada en un servicio de Urología de un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, de manera segura para nuestros pacientes y profesionales en el contexto de la epidemia por coronavirus SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS Constituimos un grupo multidisciplinar que se encargó de analizar las diferentes recomendaciones de la literatura, organizaciones sanitarias nacionales e internacionales y sociedades científicas, así como de su aplicación a nuestro medio. Una vez reiniciada la cirugía programada, se está llevando a cabo un seguimiento de los pacientes intervenidos en cuanto a complicaciones relacionadas con COVID-19.

RESULTADOS Desde el reinicio de la actividad quirúrgica se han programado 19 pacientes, de los cuales 2 han sido suspendidos por presentar COVID-19, diagnosticado uno por PCR positiva para SARS-CoV-2, y otro por alteraciones analíticas y radiológicas compatibles con esta infección. En el seguimiento realizado no se han detectado complicaciones relacionadas con COVID-19, con una mediana de seguimiento de 10 días (4-14 días).

CONCLUSIONES Resultados preliminares indican que el protocolo diseñado para asegurar la correcta aplicación de medidas de prevención de transmisión de la infección por coronavirus está siendo seguro y efectivo.

ID: 399

EVALUACIÓN DE CICLO DE MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS.

AUTORES: ROMÁN SÁNCHEZ, JUAN[1]; RODRÍGUEZ PALACIOS, DA[2]; MONTEAGUDO, JF[3]; SÁNCHEZ MÁRTINEZ, A[4]; SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, D[5]; PÉREZ ROMERO, SB[6]

CENTROS DE TRABAJO: UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA REGIÓN DE MURCIA[1235], HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA[46]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La higiene de manos (HM) es la medida individual más eficaz frente a las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria. Tras los resultados obtenidos en la evaluación de la adherencia a la HM en nuestro centro, nos surgió la pregunta, de si esta evolución en la adherencia sería similar en las diferentes categorías profesionales, debido a su distinta adherencia (Maestre et al, 2012).

OBJETIVOS Analizar la evolución de la adherencia a la HM en nuestro centro, tras la aplicación de la estrategia multimodal de la OMS, en diferentes categorías profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS Análisis antes-después del cumplimiento de HM (años 2018 y 2019). Las categorías profesionales analizadas fueron médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y otros (limpiadoras, celadores, técnico rayos, asistente capilla). Se emplearon siete indicadores. Análisis estadístico: test Chi-cuadrado (X2) con SPSS.

RESULTADOS En global, todos los indicadores obtuvieron mejoría, ésta fue significativa en los momentos de HM 1, 2 y 5; en manos libres y en técnica correcta ($p< 0.05$). En HM momentos 3 y 4 no se alcanzó dicha significación. Por categorías: en medicina hubo mejoría significativa en HM momentos 1 y 5, manos libres y técnica correcta; en enfermería, en HM momentos 2, 3 y 5, manos libres y técnica correcta; para auxiliares en HM momento 5, manos libres y técnica correcta; y en otros en técnica correcta. Se obtienen resultados negativos, sin llegar a la significación, en HM momento 4 en las categorías auxiliares y otros. No se pudieron estimar: el momento 2 en auxiliares y en otros, y el 3 en médicos y en otros.

CONCLUSIONES Los enfermeros son los que alcanzan una mejoría significativa en un mayor número de indicadores, seguidos de médicos y auxiliares. Las categorías auxiliares y otros empeoran en un indicador, pero sin significación ($p>0,05$), es necesario la implementación de medidas adicionales sobre éstas. Con el aumento del tamaño de muestra se podrían obtener los indicadores no calculados. Todas las categorías han mejorado la técnica de HM significativamente.

ID: 400

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS EN SALUD EN LA CIRUGÍA UROLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2.

AUTORES: GONZÁLEZ DÍAZ, ALEJANDRO[1]; ABAD LÓPEZ, P[2]; PEÑA VALLEJO, E[3]; CARO GONZÁLEZ, MP[4]; VARELA RODRÍGUEZ, C[5]; TEJIDO SÁNCHEZ, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE
TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido un importante impacto en España y su Sistema sanitario, siendo Madrid una de las Comunidades Autónomas más afectada dentro del país, contando con un 28,9% de los casos totales y un 32,4% de las muertes a fecha de 25 de mayo de 2020. Dada la gran cantidad de pacientes que han necesitado ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), los servicios de salud han tenido que adaptarse a esta nueva situación para dar una asistencia adecuada al gran volumen de pacientes con COVID-19. Existen pocos datos sobre la efectividad de los tratamientos quirúrgicos durante la pandemia. Datos de Wuhan mostraron que durante el periodo de incubación del virus hay un alto riesgo de ingreso en UCI (44.1%) o de muerte (20.5%). Los datos de cuatro pacientes quirúrgicos urológicos asistidos durante la epidemia uno de ellos murió, y los datos de un estudio internacional llamado CovidSurg informó de un 23,8% de mortalidad a los 30 días tras cirugía de pacientes con COVID confirmado siete días antes y treinta días después de la intervención

OBJETIVOS El objetivo del trabajo es describer los resultados de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente in el Hospital durante las diferentes etapas de la pandemia de SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS Se analizaron los resultados de todos los procedimientos quirúrgicos urológicos entre el 1 de marzo y el 14 de mayo. La política organizacional durante las primeras dos semanas (primer periodo) no cambió sobre la basal previa a la pandemia. Durante las siguientes siete semanas (segundo periodo) se atendieron sólo casos urgentes, con una toma de muestras nasofaríngeas para descartar SARS-CoV-2. La cirugía programada se retomó a partir del día 4 de mayo (tercer periodo) aplicando un protocolo multidisciplinar de cribado. Las características basales, las variables de admisión hospitalaria y los resultados en salud fueron tomados retrospectivamente para los periodos primero y segundo y prospectivamente para el tercer periodo. Se hizo un seguimiento telefónico tras el alta del paciente.

RESULTADOS Durante el periodo considerado se atendieron 103 pacientes, de ellos 11 fueron diagnosticados como COVID-19, 8 de ellos durante el primer periodo. El diagnóstico de COVID-19 era conocido previamente en uno de los pacientes mientras que los otros 10 de desarrollaron posteriormente con una mediana de tiempo de 25 días tras la cirugía y 16,6 días tras el alta. Cuatro de los siete trasplantes renales atendidos se afectaron y tres de ellos murieron.

CONCLUSIONES La infección por SARS-CoV-2 afectó mayoritariamente a los pacientes con trasplantados de riñón o pacientes ancianos con comorbilidades durante las dos primeras semanas de la pandemia. Después de la realización preoperatoria de una PCR y la implantación del protocolo de cribado se redujeron los casos substancialmente.

ID: 401

GESTIÓN DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA POR ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: DE LA VEGA DE LA PUENTE, ENRIQUE[1]; PELICANO VIZUETE, S[2]; CHECA VENEGAS, MJ[3]; BENITO ROJAS, V[4]; MORENO MARCOS, AG[5]; VILLAR ÁLVAREZ, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La enfermería ha sido el personal sanitario más expuesto y con mayor sobrecarga laboral en los cuidados de los enfermos con COVID-19, constituyéndose en un pilar fundamental en el manejo de la pandemia. Su labor ha incluido el manejo y cuidado de los pacientes, los procesos de experiencia y humanización, la gestión de los recursos humanos y materiales y los procesos de formación y protección del personal sanitario.

OBJETIVOS Describir las acciones para la mejora de la gestión en el manejo del paciente con COVID-19 y en la utilización de recursos humanos y materiales para proporcionar una adecuada asistencia sanitaria y la mejor experiencia del paciente y de la enfermería durante la pandemia COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS En el proceso de adaptación a la atención a los pacientes se identificaron las necesidades que han generado sus cuidados, realizando cambios en la gestión del personal y del espacio, en los recursos materiales con adecuación de estos a la protección del personal y al manejo del paciente. Además, se ponen de manifiesto las medidas de formación, experiencia y humanización llevadas a cabo en los pacientes, familia y relaciones con el resto de los departamentos del hospital.

RESULTADOS En nuestra hospitalización un total de 2528 pacientes fueron ingresados por COVID-19, con un pico de ocupación del 89,7% (584 camas, 90 de ellas de UCI). Se incrementaron los departamentos de hospitalización, UCI y UCIR). Los atendieron 954 DUEs, 550 TCAEs y 150 celadores, y con un ratio enfermero/paciente de 1/7-8. Tal incremento de instalaciones, camas y enfermería (media de 1,5) conllevó la necesidad de reestructurar los espacios y crear y uniformizar nuevos circuitos de trabajo interdepartamental (área hospitalización, almacenes, cocina, farmacia, limpieza, mantenimiento, salud laboral, etc.), además de informar y formar al personal en el conocimiento, manejo y medidas de protección de la enfermedad, y haciéndose un total de 353 PCRs para SARS-CoV-2 a personal de enfermería sintomático (62% positivos). En la enfermería también realizó reparto de la carga de trabajo, refuerzo positivo continuo, mejora en las comodidades del puesto de trabajo, apoyo psicológico y reflexiones diarias (huddles).
En los pacientes, enfermería realizó información diaria a los familiares, entrega de mensajes y objetos, acompañamiento y escucha activa, adecuación de la medicación y alimentación, acompañamiento de un familiar en los últimos momentos y apoyo psicológico y religioso. Estos procesos asistenciales también se llevaron a una residencia medicalizada de apoyo con 51 camas, 6 DUEs y 6 TCAEs.

CONCLUSIONES En nuestro hospital, durante la pandemia COVID-19, una acertada gestión en el manejo del paciente con COVID-19 y en la utilización de recursos humanos y materiales ha proporcionado una adecuada asistencia sanitaria y una mejor experiencia del paciente y de enfermería.

ID: 402

ADAPTANDONOS A LA EXPOSICIÓN AL RIESGO BIOLÓGICO POR COVID 19 EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS

AUTORES: MARTIN FRESNEDA, MARIA SOLEDAD[1]; FERNAN PEREZ, P[2]; RAMIREZ LOPEZ, A[3]; LOPEZ DE ARMENTIA ASIA, MP[4]; HERNANDEZ JARAS, MV[5]; VILLAR ARIAS, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia de COVID 19 ha hecho que se adapten todos los procesos asistenciales en pos de la reducción de exposición y prácticas innecesarias, para garantizar la seguridad del paciente y por ende de los profesionales.

OBJETIVOS Adaptar los procesos asistenciales ante la pandemia de COVID reduciendo prácticas innecesarias

MATERIAL Y MÉTODOS Grupo de trabajo para la revisión de los procesos asistenciales comunes en la urgencia y emergencia y las prácticas innecesarias o prescindibles por el alto riesgo de exposición a COVID 19.
Se realizaron 4 reuniones para la elección de prácticas a sustituir o modificar los procesos de atención, priorizandose sobre los procesos de atención al paciente con síntomas prinicpales compatibles con clinica de COVID 19

RESULTADOS Tras la priroización de procesos asistenciales se han obtenido varias prácticas innecesarias como el la administración de aerosolterapia mediante mascarilla, se ha susituido por la administración en camara espaciadora para la inhalación, de este modo se ha aprovisionado de camaras a todos los recursos asistenciales, elaborando un material divulgativo e informativo acerca del uso correcto del mismo.
Otro de los procesos revisados ha sido la atención a la parada cardiorespiratoria, con especial revision del manejo avanzado de la vía aérea, para ello se ha elaborado y difundido material breve y conciso a modo de ayuda cognitiva.
Adaptación del proceso de asitencia por parte del equipo de profesionales, priorizando el material y electomedicina a introducir en los domicilios, y de esta manera reducir la posible contaminación cruzada.

CONCLUSIONES En tiempos de pandemia es preciso preservar al máximo la seguridad de los profesionales sanitarios que se encuentran en primera línea de atención, y por ello es necesario realizar una adecuación de la práctica clínica en pos de la reducción de exposición a riesgo biológico de los profesionales y por ende contribuir a la seguridad de los pacientes, al evitar que los profesionales sean agentes de transmisión.

ID: 403

GESTIÓN DE LA TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA SARS-COV-2 (COVID-19) EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

AUTORES: MONTSERRAT CAPELLA, DOLOSR[1]; RUIZ LÓPEZ, PE[2]; NAVARRO ROYO, CR[3]; VARELA RODRÍGUEZ, CA[4]; FERNÁN PÉREZ, PA[5]; PLÁ MESTRE, RO[6]

CENTROS DE TRABAJO: ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE CALIDAD ASISTENCIAL (AMCA)

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los datos epidemiológicos indican que se ha iniciado la fase de desaceleración de la pandemia a mediados de abril. Se abre un periodo de transición aunque no se puede descartar la repetición del brote.
Para abordar esta fase de una manera adecuada se precisan recomendaciones técnicas desde la perspectiva de la calidad asistencial, la seguridad del paciente, el análisis y gestión de riesgos y la experiencia del paciente y su familia.

OBJETIVOS Ofrecer recomendaciones técnicas a la Dirección hospitalaria para la normalización progresiva de la actividad asistencial de forma segura.

MATERIAL Y MÉTODOS En los meses de abril y mayo, los miembros de la Junta Directiva de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA), con la colaboración de otros profesionales de la salud elaboraron un informe en el que se incluyeron los siguientes capítulos: Gobernanza y Planificación, Gestión-Ejecución-Despliegue, Comunicación interna, Continuidad asistencial y monitorización (indicadores para seguimiento de la epidemia y de las recomendaciones del documento).
Las etapas del proyecto fueron: recopilación de material bibliográfico (artículos e informes), elaboración de la estructura del documento, distribución de capítulos por grupos de trabajo, puesta en común y consenso y difusión externa.

RESULTADOS Se elaboró un documento, en el que participaron 13 profesionales en el que se incluyeron los siguientes aspectos: estructura y funciones para la gobernanza, medidas orientadas a profesionales y pacientes y familiares, reprogramación y recuperación de la actividad asistencial, procesos y procedimientos, guía práctica para la comunicación, aspectos de la continuidad asistencial y cuadro de indicadores. La difusión se realizó a nivel comunitario, nacional e internacional.

CONCLUSIONES Consideramos que este documento responde al objetivo planteado de ofrecer recomendaciones para una progresiva normalización segura de la actividad asistencial en los hospitales.

ID: 404

CUIDANDO DEL CUIDADOR: DETECCION, ATENCION,SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA DE LOS PROFESIONALES DEL SEM EXPUESTOS A COVID

AUTORES: MARTIN FRESNEDA, MARIA SOLEDAD[1]; AVILA POYO, L[2]; FERNAN PEREZ, P[3]; GALÁN BLÁZQUEZ, S[4]; LEAL RUILOPEZ, AI[5]; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia de COVID 19 ha impactado en la salud de los cuidadores profesionales, en este caso del servicio de emergencias de extrahospitalaria (SEE), y ha consituido un caballo de batalla para la detección de profesionales con clinica compatible con infección COVID .
Esto ha supuesto un esfuerzo por parte de las Direcciones Asistenciales alineados con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) para lograr la correcta identificación de los casos para su confirmación con prueba diagnóstica, y seguimiento posterior, haciendo labor de vigilancia epidemiológica activa hasta la resolución del proceso.

OBJETIVOS Describir el proceso de detección, seguimiento y vigilancia epidemiológica de los profesionales de un SEE expuestos a COVID 19.

MATERIAL Y MÉTODOS FUENTES: Registros de casos y contactos y Base de datos de profesionales.
Para llevar a cabo dicho proceso se constituyó un grupo de mejora, multidisciplinar, entre dirección asistencial y profesionales del ámbito de SPRL, en el que se analizó y realizó una reingenería del proceso de atención al profesional con riesgo de exposición a riesgo biológico.
Se incorporó la Subdirectora Médico Asistencial de Procesos con el SPRL, que éste a su vez ha sido reforzado con personal de apoyo para la consecución de objetivos.
Se diseñó un circuito específico y accesible para la entrada de las notificaciones de los profesionales que han estado expuestos para valoración sanitaria. Tras ésta primera consulta telefónica se tipifica de posible caso, o contacto, y se actúan en consencuencia, con la petición de prueba diagnostica correspondiente (PCR) . Tras el resultado se registra en base de datos creado ad hoc, y se contacta con el profesional para reporte de resultados, dar pautas y seguimiento posterior, dejando un canal de comunicación accesible en todo momento para consulta de dudas.

RESULTADOS Fruto de este proceso de atención y seguimiento se ha contactado y realizado seguimiento del 100% de la plantilla del SEE que ha estado expuesto a COVID 19, ascendiendo a un total de 1125 profesionales, lo que supone un 51,14% de la plantilla total.
Se han realizado 598 PCR según criterios marcados por Ministerio, de los cuáles 230 profesionales han obtenido prueba positiva, suponiendo una prevalencia del 10,45%.
Se ha llevado a cabo el estudio de seroprevalencia al 100% de la plantilla a través de los test rápidos, obteniendo que un 19,01% de la plantilla tiene IGG +, siendo superior a los resultados publicados de otras organizaciones hospitalarias.

CONCLUSIONES La reingenería de proceso de atención a los profesionales con exposición a COVID 19 ha sido efectivo y eficiente. Los profesionales han estado identificado y diagnósticados de forma muy prematura, garantizando el cuidado del profesional con el seguimiento activo de los mismos, siendo más rigurosos en aquellos profgesionales que han precisado ingreso y/o cuidados complejos.
Ha sido tal el éxito que se ha hecho extensivo a los profesionales con riesgo por prácticas con alta exposición a COVID 19.

ID: 405

EXPERIENCIA Y HUMANIZACIÓN DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL SANITARIO DE ENFERMERIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: CHECA VENEGAS, MARÍA JOSÉ[1]; PELICANO VIZUETE, S[2]; DE LA VEGA DE LA PUENTE, E[3]; MORENO MARCOS, AG[4]; RUEDA NÚÑEZ DE VILLAVICENCIO, E[5]; VILLAR ÁLVAREZ, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los primeros días de enfermedad de la pandemia COVID-19 ya nos mostraron una realidad distinta al quehacer diario, donde observamos, tanto en el paciente como en el profesional sanitario, incertidumbre y miedo ante una enfermedad desconocida, lo cual nos llevó a un aprendizaje rápido del manejo de la enfermedad. La enfermería ha sido el personal sanitario más expuesto y con mayor sobrecarga en los cuidados de estos enfermos.

OBJETIVOS Llevar a cabo acciones para mejorar la experiencia y favorecer la humanización tanto del paciente y su familia como del profesional sanitario de enfermería durante la pandemia COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Durante la pandemia se identificaron los problemas de incertidumbre, soledad y miedo de los pacientes y personal sanitario ante la gravedad y el alto porcentaje de fallecimientos de la enfermedad que conllevaba tristeza y desmotivación de los profesionales. Esto, unido a la sobrecarga laboral de enfermería con necesidad de ampliación y reestructuración del proceso asistencial, así como tener que realizar un aprendizaje rápido de la enfermedad y de su protección frente a ella nos llevó a realizar acciones de mejora de la experiencia y humanización tanto del paciente y de la enfermería.

RESULTADOS En nuestra hospitalización fueron valorados un total de 2528 pacientes ingresados por COVID-19. El personal de enfermería para atenderlos fue de 954 DUEs, 550 TCAEs y 150 celadores, para cubrir un hasta un pico de ocupación del 89,7% (584 camas, 90 de ellas de UCI) y con un ratio enfermero/paciente de 1/7-8.
En la enfermería se llevaron a cabo medidas de formación en el manejo de esta patología y en sus medidas de protección, información diaria de todo lo que va aconteciendo en el hospital, apoyo psicológico por el Servicio de Psiquiatría, trabajo en equipo, sinergia con el resto del personal sanitario, fácil acceso a los recursos materiales (EPIs), refuerzo positivo continuo de mandos superiores, mayores comodidades en los puestos de trabajo, organización del material, escucha activa e incondicional, acompañamiento en los momentos de debilidad, y reflexiones diarias (huddles).
En los pacientes se realizaron medidas de conexión con información telefónica diaria a los familiares y a través de videollamadas, posibilidad de entregar objetos personales, mayor acompañamiento y escucha activa, pase de visita médico diario y a demanda, recepción de mensajes, cartas o dibujos, máxima empatía con los pacientes y sus familiares, identificación visible con nombre y foto del profesional que le atiende, posibilidad de acompañamiento de un familiar en los últimos momentos, apoyo psicológico, servicio religioso y seguimiento diario al alta.

CONCLUSIONES En nuestro hospital, durante la pandemia COVID-19 se llevaron a cabo acciones que conllevaron una mejora de la experiencia y del proceso de humanización de la enfermedad tanto en los pacientes y familiares como en el personal sanitario de enfermería.

ID: 408

HERRAMIENTA DE CONSULTA DE INFORMACIÓN DE LA PANDEMIA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA:INFOEPIDEMIA.

AUTORES: BAYO MARTINEZ, GONZALO[1]; MEDRANO MARTINEZ, MJ[2]; RODRIGUEZ RODIL, NM[3]; MARTINEZ VELASCO, E[4]; CASTILLO RUBIO, R[5]; MARTINEZ GÓMEZ, J[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En la última autoevaluación EFQM, si bien existen herramientas para consultar la información predefinida, se detecta una oportunidad de mejora relacionada con la distribución de la información a tiempo real. Esto plantea la necesidad en tiempos de epidemia obligación de desarrollar una herramienta de seguimiento más allá de la información diaria estándar.

OBJETIVOS Desarrollar una herramienta de visualización de datos para facilitar la supervisión y análisis de los resultados obtenidos en los distintos indicadores relacionados con COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Se desarrolla una aplicación llamada InfoEpidemia, sobre el framework de .Net Core utilizando una arquitectura por capas y el patrón MVC. El lenguaje de programación utilizado es C#. Para la capa de presentación, se han utilizado HTML5 y CSS3 utilizando un diseño responsive para facilitar su uso desde equipos de sobremesa hasta dispositivos móviles.
Debido a la urgencia con la que se desarrolló el proyecto, se recogió una primera versión de requisitos funcionales de la herramienta con los indicadores iniciales más relevantes a mostrar y aquellos que no estando directamente relacionados con la pandemia podrían verse influenciados por esta. A continuación se procede con un desarrollo iterativo e incremental con revisiones diarias.
Una vez concluido el desarrollo se realizaron las pruebas pertinentes en un entorno de certificación. Finalmente se despliega en producción.

RESULTADOS Las principales características de la herramienta son:
1. Flexiblilidad de los intervalos de medida.
2. Perfiles de usuario deacceso a la información de forma controlada.
3. Posibilidad de aplicación de múltiples operaciones estadísticas sobre indicadores y grupos (totalización, medias, medianas, modas, cuartiles…).
4. Agrupación de indicadores.
5. Consulta de la información históricas.
6. Visualización de los indicadores mediante gráficos (barras, líneas, radar, polar, burbuja, dispersión…) gestionable mediante parámetros en base de datos.

CONCLUSIONES Desde su lanzamiento en marzo de 2020, se ha podido hacer un seguimiento de todos los indicadores relacionados con la epidemia de COVID-19 que se han gestionado en nuestro servicio de emergencias. Además al ser una aplicación publicada en internet que se adapta a cualquier tipo de dispositivo (móvil, tablet o PC) permite el acceso desde cualquier lugar en cualquier momento.
Esta herramienta está sirviendo para visualizar en tiempo real y de forma gráfica la evolución de la actividad asistencial en todos los procesos (Servicio de Coordinación de Urgencias, atención urgente a domicilio, traslado interhospitalario, altas de urgencia).
Se puede identificar situaciones de presión asistencial en cualquiera de los procesos, facilitando la toma de decisiones para reforzar o reubicar a los profesionales según la necesidad. Esta herramienta es fundamental para la ágil toma de decisiones en situaciones de crisis como la actual'

ID: 410

INFORMATIZACIÓN DE LA TOMA DE MUESTRAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA:DEL DOMICILIO A SALUD PÚBLICA

AUTORES: LLOPIS LOPEZ, PABLO[1]; MARTINEZ GOMEZ, J[2]; MEDRANO MARTINEZ, MJ[3]; PAJUELO AYUSO, JA[4]; BARQUILLA FERNÁNDEZ, I[5]; FERNÁNDEZ CAMPOS, MJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN

El Servicio de Emergencias Extrahospitalario (SEE) se encarga de la toma de muestras para la realización del test PCR a aquellos pacientes que presentan síntomas compatibles con COVID 19 fuera de horario de atención de Primaria.

OBJETIVOS

Dotar de un soporte tecnológico al proceso toma de muestras PCR que permita su gestión y supervisión, así como el seguimiento y envío de resultados a Salud Pública.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis de procesos que debía cubrir la herramienta, estableciéndose una serie de criterios y necesidades operativas imprescindibles como la correcta identificación y trazabilidad de la muestra desde el punto de recogida de la muestra hasta los resultados en Salud Pública.De igual modo se hizo para las necesidades materiales elaborándose una propuesta para la dotación de TAblet-PC a las unidades que iban a acudir a la toma de muestras

RESULTADOS

Se ha diseñado una herramienta que cubre las siguientes necesidades:

1. Necesidad de volcar la información de los casos en que hay que tomar muestras de la aplicación informática del centro coordinador a la nueva aplicación.
2. Necesidad de la correcta identificación del paciente en cualquier punto del proceso mediante acceso a la base de datos de tarjeta sanitaria, si no se ha podido realizar en el centro coordinador o en primer contacto del paciente con el sistema.
3. identificación de muestras recogidas enviadas al laboratorio, con copia de albarán entregado en dicho lugar.
4. Recepción de resultados del laboratorio e integración con la aplicación.
5. Generación de ficheros de datos que se envían a Atención Primaria y a Salud Pública para su posterior integración en los sistemas de información de estos, permitiendo el aislamiento y seguimiento de los pacientes positivos y poder iniciar el rastreo de contactos.
6. Control de desviaciones en el proceso. Monitorización de las posibles desviaciones para evitar que ninguna muestra quede sin resultado o que no se envíe a Atención Primaria y a Salud Pública.

CONCLUSIONES

La informatización de la toma de muestras con el desarrollo de dicho soporte tecnológico ha logrado una gestión ágil y sencilla de inclusión de la información por el personal de va a realizar la muestra a la ubicación del paciente.
La versatilidad de la herramienta para la creación de diferentes perfiles para la realización de tareas por los diferentes equipos de intervención,hace que se pueda adaptar a cada una de las situaciones que se puedan dar en los diferentes escenarios.
Al estar el proceso informatizado, se garantiza en todo momento la trazabilidad de la muestra, conociéndose a tiempo real el estado y el paso del proceso en el que se encuentra la muestra. De tal manera, que posibilita la función de supervisión del proceso, pudiéndose identificar posibles desviaciones del mismo.

SELECCIÓN MASIVA EN PERÍODO COVID

ID: **411**

AUTORES: GONZALVO MAILLO, LAURA[1]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia del coronavirus (COVID-19) no llevó a una crisis sanitaria, que llevó a los hospitales a un proceso de reorganización y adaptación a una velocidad vertiginosa. Cada días sucedían cambios a los que tenías que hacer frente con unos recursos limitados
Los organismos sanitarios de muchos países decidieron montar hospitales temporales para añadir camas y áreas de cuidados intensivos y así poder ayudar al mayor número de persona contagiadas. La apertura de estos hospitales se decidió en tan solo 4 días y provocó la búsqueda de personal cualificado para poder ofrecer unos cuidados de calidad. En tan solo 3 días tuvimos que preparar un proceso de selección masivo para la incorporación de los profesionales.

OBJETIVOS

- Proceso de reclutamiento masivo en tan solo 3 días
- Capacidad de adaptación, improvisación y tolerancia a la presión
- Polivalencia de todos los miembros del equipo

MATERIAL Y MÉTODOS Publicamos una noticia en las redes sociales sobre los puestos de trabajo que necesitábamos cubrir en un plazo de 3 días por la apertura del hospital temporal: 24 médicos, 28 enfermeros, 28 auxiliares de enfermería y 14 camilleros.
El área de planificación de enfermería se encargó de la selección de los perfiles enfermeros y auxiliares. Y el área de RRHH de los perfiles médicos y camilleros.
El procedimiento fue el siguiente:

- Recepción de CV a los correos electrónicos determinados.
- Clasificación de CV por perfiles
- Filtro de CV válidos
- Entrevista telefónica
- Entrevista presencial
- Recepción de documentación para la contratación

RESULTADOS No nos es posible presentar datos totales en este momento ya que no los hemos podido contabilizar. Próximamente podremos ofrecer los siguientes datos:

- Nº de CV recibidos
- Nº de entrevistas telefónicas
- Nº de entrevista presenciales
- Nº de personas contratadas por perfiles

CONCLUSIONES Conseguimos cubrir todos los perfiles, combinando profesionales más experimentados, preparados para soportar la presión y con mayor madurez emocional, junto con perfiles más juniors con mucha motivación y ganas de ayudar, pero que necesitaban un lideraje y soporte
A nivel de departamento conseguimos adaptarnos y reorganizarnos efectivamente, gracias a nuestro trabajo en equipo y nuestra motivación por ayudar en esta dura pandemia

ID: 412

PROCESO MULTIDISCIPLINAR DE IMPLANTACIÓN DE LA HERRAMIENTA GO.DATA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA COVID-19

AUTORES: ALONSO JAQUETE, ALFONSO[1]

CENTROS DE TRABAJO: CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CANTABRIA[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la pandemia de Covid-19 se ha demostrado indispensable una vigilancia epidemiológica ágil y eficiente, así como, una comunicación y coordinación eficaz entre los actores implicados. Para ello, ha resultado necesario contar con herramientas de apoyo que garanticen, la contención precoz de las fuentes de contacto y la obtención de información epidemiológica que permita aumentar la capacidad de monitorización de la pandemia. Por lo tanto, el desarrollo de estas herramientas debe ser un proceso multidisciplinar y estructurado.

OBJETIVOS Describir el proceso de implantación de la herramienta Go.Data para la vigilancia epidemiológica de la Covid en un Servicio de Salud Pública.

MATERIAL Y MÉTODOS Las DG de Salud Pública y Transformación Digital consideraron pertinente su utilización. Se solicitó acceso a su promotor, la OMS. El Servicio de Informática desplegó el servidor en preproducción para su desarrollo y en producción para su uso final, asegurando las condiciones de seguridad.
Desde el Servicio de Salud Pública se crearon plantillas específicas con las variables y categorías necesarias para registrar información de casos, contactos, pruebas de laboratorio y seguimientos.
Se realizó una labor de traducción y adaptación de los menús y pantallas existentes.
Se realizaron prácticas de benchmarking con otras CCAA que desarrollaron la plataforma. Se asistió a formaciones virtuales sobre su usabilidad. Se realizó un pilotaje y un período de utilización conjunta con el aplicativo previo en base Excel.
Se ofrecieron formaciones acreditadas teóricas y prácticas, además, se elaboró un manual de utilización y se atendieron las dudas y propuestas surgidas.
Junto con la Planificación Sanitaria e Informática se buscó la máxima automatización en el registro mediante la conexión con sistemas informáticos ya existentes en el Sistema de Salud.

RESULTADOS Se aplicó, desde el comienzo de la Fase de Transición, como plataforma de registro de información epidemiológica de casos y contactos, resultados de laboratorio, seguimientos y eventos, por más de 100 profesionales formados. También, como ayuda en gestión de brotes y en la elaboración de informes.
Se utilizó como medio de obtención de los indicadores solicitados por CCAES y Ministerio de Sanidad y para la monitorización pandémica por parte de Vigilancia Epidemiológica.
Ofreció un nexo de unión entre profesionales de Salud Pública, Atención Primaria y Hospitalaria.
Con la colaboración del Instituto de Estadística se logró geolocalizar a nivel de calle, facilitando la visualización de agrupaciones de casos.

CONCLUSIONES Resulta necesaria una participación multidisciplinar y una amplia coordinación entre los actores implicados para el desarrollar tecnologías de apoyo a la vigilancia epidemiológica, así como, una adecuada formación a los usuarios y un seguimiento de su utilización.
Tras un proceso estructurado, se logró un eficiente desarrollo y utilización de la herramienta Go.Data en la gestión del manejo de casos y contactos de la Covid-19.

GESTIÓN DE VALORES CRÍTICOS EN UN LABORATORIO DE URGENCIAS

ID: 413

AUTORES: PÉREZ ARNAIZ, YLENIA[1]; CUETO-FELGUEROSO OJEDA, C[2]; CALVO BOYERO, F[3]; PÁRRAGA GARCÍA, D[4]; PALOMINO ALONSO, M[5]; CARRASCO PARRÓN, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Se define como valor crítico en el laboratorio clínico aquel resultado de una magnitud biológica tan alejado del rango de referencia que pone en peligro la vida del paciente y que debe comunicarse al médico responsable al requerir una atención clínica urgente. También se incluyen aquellos valores cuya comunicación inmediata suponga un beneficio para la evolución clínica del paciente.
La norma ISO 15189:2012 incluye entre sus apartados, concretamente en el apartado 5.9.1, la comunicación de estos valores alarmantes siendo necesario un registro de la fecha, hora y personal que comunica el resultado, así como el médico o enfermero que lo recepciona.
En nuestro centro se empleó el Sistema Informático de Laboratorio (SIL) para la gestión de la calidad en la comunicación de valores críticos. Para ello, se implantaron distintas reglas que crean automáticamente alertas cuando se registran estos valores en ciertas magnitudes biológicas (glucosa, sodio, potasio y pH), previamente consensuadas con el Servicio de Urgencias.

OBJETIVOS Analizar el número de valores críticos registrados tras la implantación de esta mejora al recibir una no conformidad en la auditoría para la acreditación de nuestro laboratorio según la norma ISO 15189:2012.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una búsqueda retrospectiva de las pruebas creadas para el registro de la comunicación del valor crítico desde la fecha de su implantación (29 de enero de 2019) hasta el 20 de julio de 2020.
Para la recopilación de los datos se empleó el programa Omnium® (Roche Diagnostics) y estos fueron importados a Microsoft Excel® donde se llevó a cabo su análisis.

RESULTADOS Desde que se ha implementado este sistema, se han determinado 11804 valores críticos procedentes de 2739 pacientes, pero no todos ellos son informados como tal al médico peticionario. Esto se debe a que algunos de ellos son reincidentes, es decir, valores habituales del paciente que ya han sido informados previamente en un período inferior a dos días, o debidos a contaminaciones de la muestra o interferencias analíticas, como una contaminación con suero glucosado o una hemólisis elevada. Del total de valores críticos registrados, se han informado 10191 observando que los más comunes son los valores críticos de sodio y de potasio con un total de 4260 cada uno.

CONCLUSIONES A causa de la no conformidad impuesta, el laboratorio ha desarrollado un método eficaz de gestión de valores críticos de forma estandarizada independientemente del facultativo de guardia solventando así la no conformidad detectada en la auditoría. Además, gracias a ello, se han beneficiado numerosos pacientes agilizando la actuación de los clínicos en situaciones de emergencia.

ID: **414**

IDONEIDAD DE LA REHABILITACIÓN Y LA FISIOTERAPIA EN LA CONSULTA DEL SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS (PICS).

AUTORES: PÉREZ PIÑERO, SARA VICTORIA[1]; JÍMENEZ MEDINA, D[2]; ALBALADEJO VERGARA, M[3]; OJADOS MUÑOZ, A[4]; TÁRRAGA GARCÍA, L[5]; MORENO BARRANCO, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA CARTAGENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede afectarlo severamente, con la presentación a corto y largo plazo de síntomas físicos, psicológicos y/o emocionales, incluidos en el llamado PICS. La puesta en marcha de protocolos de prevención desde el momento del ingreso, minimiza su aparición. Se han identificado unos factores de riesgo para el desarrollo de este síndrome y que son formulados como criterios de seguimiento en consulta externa de PICS recientemente creada. Especial relevancia tiene la prevención de las secuelas físicas y la valoración precoz por parte del servicio de Rehabilitación y su seguimiento en planta y en consulta externa PICS. Éste proyecto se encuadra en el Plan de humanización de la UCI, como protocolo en el plan General de Calidad acorde a la norma ISO 9001:2015 en la que la unidad está acreditada y reacreditada desde 2018.

OBJETIVOS Describir el protocolo de seguimiento, por parte del servicio de Rehabilitación Clínica de los pacientes candidatos a seguimiento en la consulta externa de PICS y que precisen de unas medidas terapéuticas adecuadas

MATERIAL Y MÉTODOS El procedimiento empieza una vez que el paciente es citado para consulta externa de PICS y acaba con su alta definitiva. Los factores identificados de riesgo para aparición de PICS y que definen a los candidatos a consulta son: Ingreso en UCI>5 días y uno de los siguientes: Ventilación mecánica, shock, parada cardiorrespiratoria recuperada, delirio y/o Síndrome de Distrés Respiratorio. Los pacientes son citados para revisión en consulta de PICS, previa valoración 72 h antes en consulta de Rehabilitación. Los registros se realizan en formato electrónico, en el sistema de información clínica SELENE.

RESULTADOS Los pacientes son citados en la consulta de seguimiento del PICS a los 3, 6, y 12 meses. 72 horas antes es valorado en consulta de Rehabilitación, previa citación. Se realiza historia clínica y pruebas complementarias: exploración física, presencia de atrofias musculares, estratificación de la disnea según escala MRC, valoración de la fuerza por grupos musculares, dinamometría, capacidad física, con test de paseo, up and go y Sit to stand, Los test funcionales respiratorios quedan en suspenso por las medidas de protección desde el inicio de la Pandemia. El médico rehabilitador emite un informe con diagnostico, recomendaciones terapéuticas y citas posteriores con registro en SELENE. Este informe es analizado por el médico intensivista encargado de la consulta PICS.

CONCLUSIONES La estrecha colaboración entre los servicios de Rehabilitación y Medicina Intensiva, desde el ingreso del paciente en UCI y la puesta en marcha de medidas preventivas para PICS físico con posterior seguimiento en una consulta externa, tiene como fin último, la recuperación funcional ad integrum y la reincorporación a la vida normal del paciente. La colaboración de estos dos servicios es fundamental para conseguirlo.

ID: 415

TRIPLE WHAMMY: INTERVENCIÓN FORMATIVA Y DEPRESCRIPCIÓN EN AP

AUTORES: BEN CHEIKH-EL AAYUNI, WAFA[1]; DE LUCAS-BARQUERO, A[2]; DIGON-SANMARTIN, L[3]; ALONSO BENEDI, A[4]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD[12], CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Revisar los tratamientos de triple combinación de IECA o ARA II o aliskiren con diurético y AINE, evaluando el posible daño renal.

OBJETIVOS Evaluar el efecto de una intervención formativa realizada en atención primaria (AP) Sector de Calatayud, con la finalidad de mejorar la implementación de las recomendaciones de las guías clínicas en cuanto al manejo y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en los equipos de AP (EAPs) del sector.
Identificar, revisar y deprescribir los pacientes que están en tratamiento con la triple combinación de IECA o ARA II o aliskiren con diurético y AINE (Triple Whammy) a través de la herramienta "Cuadro de Mandos de Farmacia" (CM Farmacia).

MATERIAL Y MÉTODOS Se diseñó un estudio de intervención cuasi-experimental, sin grupo control y con una comparación pre y post-intervención. Se realizaron 2 intervenciones (2018,2019). En el estudio participaron los 10 EAPs del Sector (médicos y enfermeras). La primera intervención consistió en la impartición de un curso de 1 hora en 6 ediciones sobre "Abordaje de la ERC en AP en la población del Sector de Calatayud" a los profesionales sanitarios de A.P. del sector entre el 18/09/18 y el 04/10/2018. La segunda intervención se realizó el 01/10/2019 en una única edición. Al finalizar cada curso se recordó el acceso al CM Farmacia y a los listados de pacientes de los indicadores, así como recomendaciones de deprescripción (retirada de Aines). Las variables que se midieron antes y después de la intervención fueron los dos indicadores del CM Farmacia relacionados con ERC (cortes enero 2018, 2019 y 2020):"Insuficiencia renal inducida por fármacos (Triple Whammy)" y "Uso de tratamientos combinados de IECA, ARAII o Aliskiren".

RESULTADOS Se analizaron los resultados de los indicadores:
1) Indicador "Insuficiencia renal inducida por fármacos (Triple Whammy)":
Primera intervención: reducción de 239 pacientes a nivel del sector (-33,95%) (704 pacientes enero 2018 a 465 pacientes enero 2019), reducción del nº de pacientes en todos los EAPs.
Segunda intervención: reducción de 70 pacientes a nivel sector (-15.05%) (465 pacientes enero 2019 a 395 pacientes enero 2020), reducción del nº de pacientes en 8/10 EAPs. En 2 años, reducción de 309 pacientes (-43.89%) en el sector.
2) Indicador "Uso de tratamientos combinados de IECA, ARAII o Aliskiren":
Primera intervención: reducción del 0,24% a nivel del sector (23 pacientes menos) (71 pacientes 0,78% enero 2018 a 48 pacientes 0,54% enero 2019), reducción del porcentaje en 9/10 EAPs.
Segunda intervención: reducción del 0.21% a nivel sector (19 pacientes menos) (48 pacientes 0,54% enero 2019 a 29 pacientes 0,33% enero 2020), reducción del porcentaje en 7/10 EAPs. En 2 años, reducción del 0.45% (42 pacientes menos en el sector).

CONCLUSIONES Se puede concluir que la intervención formativa llevada a cabo en AP Sector Calatayud ha tenido un efecto positivo y ha servido de herramienta, junto con el CM Farmacia, para la deprescripción de fármacos en pacientes con criterios de no adecuación.

ID: 416

MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA DE TRASPLANTE RENAL ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. UN SISTEMA DE CENTRALIZACIÓN

AUTORES: VALIENTE CAMPOS, JOSEFA[1]; MARTÍNEZ ALARCÓN, L[2]; JOVER AGUILAR, M[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por el virus SARS-CoV-2 ha provocado en la Unidad de Trasplantes una modificación del protocolo de acogida y preparación del receptor para trasplante renal. Durante la pandemia, el protocolo rutinario se modificó dada la necesidad de la realización de una prueba diagnóstica (PCR) que detectara precozmente cualquier caso compatible con COVIDâ€19. Dado que este procedimiento se realiza en la Unidad de Trasplantes, se eliminó la visita inicial al Servicio de Diálisis, centralizando así todas las pruebas en una misma unidad donde el paciente ingresara posteriormente.

OBJETIVOS Implantar un nuevo circuito para la acogida y preparación del receptor de trasplante renal como consecuencia de la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2.
Centralizar la atención y preparación del receptor para trasplante renal evitando así el contacto con diferentes profesionales y servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS El nuevo "protocolo de acogida y preparación del receptor de trasplante renal" se realizó por la Unidad de Trasplantes entre Marzo-Abril 2020. Se estructura en cuatro tiempos secuenciales:

1. Ingreso hospitalario en la Unidad de Trasplante: ubicación de la habitación destinada al ingreso del paciente (receptor) y toma la muestra de PCR.
2. Pre-operatorio: La realización de las pruebas previas al trasplante (Hemograma, bioquímica y coagulación. Muestra de orina. Cultivos nasal y axilar. Reserva de sangre en banco. Serología. Inmunología y radiografía de tórax), el registro y la derivación a los diferentes servicios se lleva a cabo únicamente por dos profesionales de enfermería de la Unidad. Se elimina la primera visita por el Servicio de Diálisis donde se realizaba la analítica urgente y la reserva de sangre en banco.
3. Derivación del receptor al servicio de diálisis para recibir el tratamiento dializador.
4. Regreso a la Unidad de Trasplantes.

RESULTADOS Con el nuevo protocolo se pretenden reducir errores y duplicidades en el circuito de pruebas previas al trasplante. Además, se acortará el tiempo empleado en la preparación del receptor (Se disminuirán unos 50 minutos del tiempo necesario, favoreciendo los plazos tan ajustados en el proceso de la donación) mejorando la calidad del proceso. Así mismo, la centralización del proceso reduce de 6 a 2 los profesionales implicados, acortando la variabilidad en el trabajo, evitando errores de registro y de transmisión de información. La disminución de profesionales en la acogida y preparación del trasplante proporciona al paciente un mismo referente del que recibir cuidados de enfermería, mejorando así la calidad de su asistencia.

CONCLUSIONES El nuevo circuito creado ante la situación de alarma ha centralizado la preparación del receptor renal por un único equipo de profesionales. Dado que este protocolo lleva solo dos meses de vigencia, se medirán resultados posteriores que confirmen la validez del mismo: una repercusión positiva en la calidad asistencial, en la gestión y el control del proceso.

INTERVENCIÓN FORMATIVA Y DEPRESCRIPCIÓN EN OSTEOPOROSIS EN AP

ID: **417**

AUTORES: BEN CHEIKH-EL AAYUNI, WAFA[1]; DE LUCAS-BARQUERO, A[2]; CODES-GÓMEZ, J[3]; BUENO-PASCUAL, M[4]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Sector de Calatayud detectó que es el sector con mayor % de mujeres entre 40-65 años en tratamiento con fármacos para la OP de todo Aragón. El tratamiento farmacológico es en muchas ocasiones incorrecto por exceso, principalmente en prevención primaria, medicalizando mujeres con bajo riesgo de fractura, sin claro beneficio, exponiéndolas a efectos secundarios potencialmente graves. Los principales factores de riesgo de fractura son la edad y las caídas; produciéndose la mayor parte de las fracturas de cadera en mayores de 80 años, estando la caída presente en el 90%.

OBJETIVOS Conocer la prevalencia de la OP en mujeres entre 40-65 años y el % mujeres entre 40-65 años en tratamiento con fármacos para la OP.
Identificar, revisar y valorar la deprescripción de fármacos para la OP en mujeres de 40-65 años que no cumplan criterios de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS Se diseñó un estudio de intervención cuasi-experimental, sin grupo control y con una comparación pre y post-intervención. Se realizó una intervención formativa realizada en atención primaria (AP) Sector de Calatayud (17/09/18-27/10/18). En el estudio participaron los 10 EAPs del Sector (médicos y enfermeras). La intervención consistió en la impartición de un curso de 1 hora en 6 ediciones sobre "Actualización en el Manejo de la OP en AP". Al finalizar el curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar el indicador de OP y el listado de pacientes con prescripción activa. Se recomendó realizar consulta intervirtual al reumatólogo del hospital si estimaran oportuna la deprescripción o el cambio de algún fármaco antiosteoporótico. Las variables que se midieron fueron la asistencia al curso, la prevalencia y el indicador de OP del CM Farmacia (cortes enero 2018, 2019 y 2020).

RESULTADOS 1. Al curso se inscribieron 65 profesionales sanitarios, asistiendo 61(93.8 % asistencia)
2. Prevalencia estimada de OP en mujeres entre 40-65 años
   - Resultado preintervención: 733/7831*100=9.36%
   - Resultado postintervención: 710/7643*100=9.29%

3. % de mujeres entre 40-65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis
Numerador: CIA mujeres entre 40-65 años con prescripción activa fármacos para la OP
Denominador: CIA mujeres entre 40-65 años
El valor ideal tendente al 0%.
   - Corte enero 2018: 3.89% (303 mujeres de 40-65 años en tratamiento con fármacos para la OP que no cumplen criterios para estar en tratamiento/7.796 mujeres de 40-65 años en cupo en el sector)
   - Corte enero 2019: 3.79% (299/7.890)
   - Corte enero 2020: 3.53% (279 /7.895)

Se observa un descenso en los dos últimos años del número de mujeres de 40-65 años en tratamiento con fármacos para la OP que no cumplen criterios para estar en tratamiento, siendo 24 paciente menos que en 2018.

CONCLUSIONES La actualización formativa de los profesionales del sector en manejo de paciente OP y la revisión del listado de pacientes que no cumplen criterios es fundamental para la mejora continua en la asistencia sanitaria.

ID: 421

PLAN DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN ATENCIÓN PRIMARIA - SECTOR CALATAYUD

AUTORES: BEN CHEIKH-EL AAYUNI, WAFA[1]; DE LUCAS-BARQUERO, A[2]; CLEMENTE-SALA, E[3]; BUENO-PASCUAL, M[4]; PEREZ-TORNOS, MC[5]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD[124], HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN[3], CENTRO DE SALUD CALATAYUD URBANO[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde el año 2014, la Dirección de Atención Primaria del Sector, ha puesto en marcha acciones de mejora para resolver las incidencias detectadas en las auditorías internas y externas del SGC ISO 9001:2008 relacionadas con los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario. La impartición de sesiones formativas a los responsables de esterilización y la dotación de todos los centros de un esterilizador de vapor Clase B fueron algunas de las acciones de mejora realizadas. No obstante, la necesidad de un plan integral de mejora es imprescindible para unificar los procedimientos y mejorar la formación y capacitación de los profesionales responsables de esterilización.

OBJETIVOS Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en AP a través de la implantación y difusión de buenas prácticas en la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Crear un grupo de esterilización en Atención Primaria que integrará la técnico de salud como coordinadora del grupo, la supervisora de la central de esterilización, una higienista, una auxiliare de enfermería y dos enfermeras.
2. Elaboración el procedimiento de limpieza desinfección y esterilización
3. Difusión del procedimiento: realización de un curso de 2 horas de duración: “Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria sector Calatayud” dirigido a los responsables de esterilización de cada EAP
4. Realizar una auditoría del proceso de esterilización por centro de salud
5. Evaluación del informe global de las auditorías y puesta en marcha de las acciones de mejora

RESULTADOS Se Creó el grupo de esterilización con fecha del 28/02/2019. Se celebraron 4 reuniones a lo largo del 2019 para la elaboración del procedimiento de limpieza, desinfección y esterilización.
Se impartieron dos ediciones del curso de formación de 2 horas de duración: “Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria sector Calatayud” dirigido a los responsables de esterilización de cada EAP.
Se realizaron 9 auditorías (que incluyen 8 centros de salud y la USBD, que incluyen 10 esterilizadores en total), siendo el 90% de los centros.
El resultado de las auditorías:

- El 100 % de los equipos disponen de registros de carga.
- En el 80 % de los esterilizadores disponen de controles de parámetros físicos impresos.
- En el 70% de los esterilizadores se realizan la prueba de Bowie-Dick.
- En el 100% se realiza el indicador biológico semanalmente, a la excepción de algunos equipos (1 ciclo cada quince días debido al poco volumen de instrumentos).

Se planificaron nuevas acciones de mejora a nivel de todos los centros de Salud.

CONCLUSIONES La planificación y la implementación de un plan de mejora fue imprescindible para unificar los procedimientos y mejorar la formación y la capacitación de los profesionales responsables de esterilización.

ID: 442

EL PAPEL DE LEAN HEALTHCARE EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS EN LAS FASES DE RESPUESTA Y RECUPERACIÓN DEL COVID-19

AUTORES: BONACHELA SOLÁS, PATRICIA[1]; SANTANA LÓPEZ, V[2]; HERRERA USAGRE, M[3]; DEL RÍO MAZA DE LIZANA, JI[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO[1], AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA[234]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia actual de COVID-19 ha provocado una gran crisis mundial sanitaria y económica que nos ha dejado un nuevo escenario, para todos inverosímil. Esta nueva situación, está acelerando cambios en las organizaciones sanitarias focalizadas en redefinir los circuitos de los pacientes en el sistema sanitario, mejorar la eficiencia y eliminar todo aquello que no aporta valor, en definitiva elegir la mejora continua, elementos básicos de la filosofía Lean. Lean Healthcare puede jugar un papel importante en consolidar estas transformaciones en las organizaciones sanitarias en las fases de respuesta y recuperación de la pandemia.

OBJETIVOS

- Evaluar el impacto organizativo de la pandemia en los centros sanitarios.
- Identificar buenas prácticas de Lean Healthcare que ayuden a la transformación de las organizaciones sanitarias impulsadas y liderada por la Alta Dirección.

MATERIAL Y MÉTODOS Revisión de la bibliografía de las iniciativas propuestas y llevadas a cabo mediante la metodología Lean Healthcare en las organizaciones sanitarias en el marco de la pandemia y que han dado respuesta a dicha situación.

RESULTADOS El impacto de la pandemia en los centros sanitarios ha provocado, entre otros:

- Una interrupción parcial o total de muchos de los servicios para adaptarse a la nueva situación.
- Reasignación de personal
- Aplazamiento de programas de detección
- Reducción de la atención no urgente.

Entre las buenas prácticas de Lean Healthcare identificadas durante la pandemia destacan:

- Redefinición y rediseño del flujo de pacientes (fomentar el “pull”).
- Gestión visual
- Estandarización de los procesos.
- Ciclos cortos y estructurados de comunicación
- Balanceo de cargas de trabajo.

CONCLUSIONES La situación sanitaria que ha generado el Covid 19 nos ha dejado un nuevo escenario con un importante impacto económico y social. Independientemente de todo el apoyo que se va a necesitar para reorganizarse, esta crisis coyuntural es un gran desafío para enfrentarse al cambio. Estamos ya inmersos en un proceso de entender, aprender y reaccionar con el objetivo de superar esta crisis que nos ofrece la oportunidad de reevaluar prioridades y alejarnos de las normas establecidas; utilizando para ello nuevas fórmulas de gestión que acelerarán el proceso de transformación. Y aquí es donde el Lean Healthcare juega un papel fundamental ya que nos va a permitir estandarizar los procesos, eliminar lo que no aporta valor y crear un cambio continuo de mejora, entre otros.

ID: 423

IMPLEMENTACIÓN DE UN ALGORITMO DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADO DE TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO ÁCIDO BASE DESDE EL LABORATORIO

AUTORES: CALVO BOYERO, FERNANDO[1]; CUETO-FELGUEROSO OJEDA, C[2]; PÁRRAGA GARCÍA, D[3]; PÉREZ ARNAIZ, Y[4]; SÁNCHEZ MUNÁRRIZ, J[5]; LÓPEZ JIMÉNEZ, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los laboratorios clínicos generan una enorme cantidad de datos con el potencial de transformar la información obtenida en conocimiento. El uso de los Sistemas de Información del Laboratorio (SIL) permite su uso como Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones (HATD) mediante la minería de datos y la implementación de algoritmos diagnósticos en tiempo real, lo que puede ayudar a mejorar la eficacia en el proceso asistencial.

OBJETIVOS Implementar un algoritmo para el diagnóstico de trastornos del equilibrio ácido base como herramienta de ayuda para la toma de decisiones de los médicos del hospital. Estudiar su impacto durante el año 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS Los puntos de corte del algoritmo se consensuaron con el Servicio de Neumología en base a diversas fuentes bibliográficas. Se crearon en el SIL doce reglas que generan un comentario automático en los informes tanto de las gasometrías arteriales analizadas en el laboratorio como de las gasometrías arteriales realizadas en equipos a la cabecera del paciente (POCT). Este comentario se envía automáticamente a la Historia Clínica del paciente y se almacena en la base de datos Omnium (Roche Diagnostics®) del Laboratorio.

RESULTADOS Durante el año 2019 se han realizado 37768 gasometrías arteriales de 9895 pacientes diferentes, de las cuales 15333 (41%) han sido procesadas en el laboratorio y 22435 (59%) han sido procesadas en equipos POCT. Del total de gasometrías, 37040 (98%) han sido solicitadas con prioridad urgente. La media de edad de los pacientes ha sido de 56 años, de los cuales 4559 eran pacientes de 18 años o menos.
En cuanto al origen de las gasometrías enviadas al laboratorio, 4172 (28%) procedían de los Servicios de Urgencias, 10527 (69%) de las plantas de Hospitalización y 458 (3%) de consultas externas. Del total de gasometrías, 31784 (84%) fueron patológicas, por lo que el algoritmo generó un comentario en función del tipo de patología que presentó el paciente. El algoritmo tiene en cuenta el valor de pH, así como la alteración primaria en la pCO2 (origen respiratorio) o en el HCO3- (origen metabólico) y su mecanismo compensatorio (no compensado, parcialmente compensado o compensado). De esta forma genera un total de 12 diagnósticos codificados.

CONCLUSIONES El SIL constituye una importante herramienta de gestión de datos que permite la codificación de diagnósticos en función de los parámetros clínicos, así como la generación de conocimiento a través de algoritmos diagnósticos en tiempo real fácilmente implementables. La implantación de este algoritmo es de gran utilidad para los clínicos, facilitando una interpretación correcta y rápida de los resultados al mismo tiempo que permite la explotación de datos en futuros estudios.

ID: 424

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE SOLICITUDES DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV19 EN EL LABORATORIO CLÍNICO

AUTORES: CALVO BOYERO, FERNANDO[1]; CUETO-FELGUEROSO OJEDA, C[2]; FERNÁNDEZ DEL POZO, A[3]; PÁRRAGA GARCÍA, D[4]; LÓPEZ JIMÉNEZ, A[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El constante aumento en la solicitud de pruebas de laboratorio y la progresiva disminución de recursos que afecta a los sistemas de salud hacen imprescindible la gestión de la demanda de estas pruebas desde el Laboratorio Clínico.
El análisis de los cambios de tendencia en la solicitud de pruebas durante la pandemia nos va a permitir realizar una gestión más eficiente de los recursos ante un posible rebrote de esta enfermedad en nuestros hospitales.

OBJETIVOS Analizar la variación de la demanda de diferentes parámetros analíticos en un Laboratorio Core 24 horas durante la pandemia por SARS-CoV19 y evaluar las medidas tomadas desde el Laboratorio Clínico para mejorar el uso eficiente de los recursos hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODOS Se han obtenido los datos procedentes de solicitudes analíticas realizadas durante el periodo de marzo y abril de 2020 Mediante el data warehouse Omnium® (Roche Diagnostics), integrado en nuestro Sistema Informático de Laboratorio (SIL). El análisis se realizó mediante Microsoft Excel y MedCalc.

RESULTADOS Durante el periodo estudiado se realizaron 78666 analíticas (46302 urgentes y 32364 de rutina). En el mismo periodo del año anterior se realizaron 121779 analíticas (49919 urgentes y 71860 de rutina).
Tomando como base la primera semana de marzo, durante el periodo estudiado llegaron a disminuir las solicitudes de rutina un 89% y a aumentar las de urgencia un 54%.
En cuanto a las solicitudes de parámetros de rutina, se observaron disminuciones superiores al 76% en parámetros como la TSH, Vitamina D o Vitamina B12.
Al estudiar las pruebas más solicitadas en los pacientes con COVID, encontramos un gran aumento de la demanda de estos parámetros durante este periodo: Troponina 54%, LDH 55%, Procalcitonina 114%, Ferritina 177% y Dímeros D 1228%. El porcentaje de resultados patológicos en estas pruebas disminuyó en la Troponina y la Procalcitonina y aumentó en las demás.
Para contener el aumento de la demanda se eliminó la Troponina del perfil de solicitud de seguimiento de pacientes COVID ya que se observó un pico de demanda del 346% el 23 de marzo al crecer alarmantemente el número de ingresados y se observó que no aportaba un gran beneficio clínico. Además, se implantó un algoritmo automatizado para evitar repeticiones innecesarias en la Procalcitonina y en los Dímeros D ante ciertas situaciones clínicas, lo que supuso un rechazo del 13% y 16% respectivamente de las solicitudes durante el periodo que estuvo implantado.

CONCLUSIONES Ha existido un importante aumento de la demanda de las pruebas en pacientes hospitalizados y procedentes de la Urgencia debido a la pandemia por el COVID. Desde el Laboratorio Clínico es fundamental monitorizarlo y gestionarlo para evitar la realización de pruebas innecesarias, mejorar el uso eficiente de los recursos hospitalarios y evitar la rotura de stock de reactivos de laboratorio que puedan impedir la realización de estas pruebas en los pacientes en los que son realmente necesarias.

ID: 425

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL TIEMPO DE DEMORA EN EL ANÁLISIS DE LAS GASOMETRÍAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO

AUTORES: CALVO BOYERO, FERNANDO[1]; CUETO-FELGUEROSO OJEDA, C[2]; PÁRRAGA GARCÍA, D[3]; PÉREZ ARNAIZ, Y[4]; LÓPEZ JIMÉNEZ, A[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La demora en el procesamiento de las gasometrías es una de las principales causas de alteraciones en los resultados. Según varios estudios, las muestras deberían ser procesadas en los 30 minutos siguientes a su extracción para evitar resultados incorrectos. Por ello es importante monitorizar el tiempo hasta el procesamiento y llevar a cabo acciones en aquellas muestras en las que se demore el análisis.

OBJETIVOS Monitorizar el tiempo de respuesta de las gasometrías y evaluar su gestión durante el año 2019. Comprobar si se han mantenido estables durante los meses de marzo y abril de 2020, donde se sufrió una sobrecarga de trabajo debido a la pandemia por SARS-CoV19.

MATERIAL Y MÉTODOS Mediante el Sistema Informático de Laboratorio (SIL) se creó un parámetro que cuenta el tiempo desde que la muestra llega al laboratorio hasta que se genera el resultado y dos reglas automatizadas:

- Si la muestra se demora más de 30 minutos se genera un comentario: 'Demoras en el análisis de la muestra superiores a 30 minutos pueden dar lugar a una disminución de pH, pO2 y glucosa y a una elevación de pCO2 y lactato'.
- Si la muestra se demora más de 60 minutos se eliminan los resultados obtenidos y se genera el siguiente comentario: 'Debido a una demora en el análisis de la muestra mayor de 60 minutos, los resultados no son valorables. Rogamos remitir nueva muestra'.

RESULTADOS Durante el año 2019 se recibieron en el laboratorio un total de 80770 gasometrías, procedentes de 23733 pacientes. El tiempo de respuesta medio por meses fue de 12,19 minutos.
Al realizar un análisis por turnos de trabajo, se observa que durante el turno de mañana (8-15h) el tiempo de respuesta medio fue de 16,32 minutos, durante el turno de tarde (15-22h) fue de 6,94 minutos y durante el turno de noche (22-8h) fue de 10,66 minutos.
Realizando un análisis por horas, encontramos un tiempo medio superior a 10 minutos durante las 7-15h y durante las 22-23h. El porcentaje de muestras con demora superior a 30 es mayor del 5% durante las 7-12h, las 14-15h y las 22-24h. El porcentaje de muestras con demora superior a 60 minutos supera el 1% en los tramos de 8-10h y de 22-24h.
Durante el periodo de la pandemia se observó una ligera disminución en el número de gasometrías solicitadas con respecto al mismo periodo de 2019 (12468 frente a 13488). El tiempo promedio de respuesta mejoró, siendo de 10,84 minutos. Los tiempos de respuesta por turnos fueron inferiores (Mañana: 12,67; Tarde: 6,40; Noche: 11,34). El porcentaje de muestras con demora superior a 30 y 60 minutos fue inferior al de 2019.

CONCLUSIONES La monitorización del tiempo de demora en el procesamiento de las gasometrías nos permite evitar el envío de resultados incorrectos que podrían generar errores diagnósticos.
La puesta en marcha de las reglas nos ha permitido detectar los momentos del día con mayor tiempo de demora, lo que permitirá realizar acciones de mejora.

ID: **426**

TRAQUEOTOMÍA SEGURA PARA LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA EN TIEMPOS COVID

AUTORES: GARCÍA DEL ROSARIO, CRISTINA[1]; PÉREZ ACOSTA, G[2]; GONZÁLEZ ROMERO, D[3]; SUÁREZ DÍAZ, FJ[4]; LEÓN ZERPA, M[5]; SANTANA CABRERA, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: CHUIMI[1456], HUIGC[23]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La afectación pulmonar que padecen los pacientes COVID se asocia con una elevada necesidad de ventilación mecánica, la mayoría de duración prolongada. La transmisión del COVID-19 se realiza fundamentalmente por gotículas respiratorias, por lo que, durante el ingreso de estos pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos, los profesionales deben estar muy bien preparados cuando se prevén circunstancias de alto riesgo de generación de aerosoles, intubación, broncoscopia y traqueotomía. En relación con la traqueotomía, se recomienda esperar a llevarla a cabo cuando el test PCR sea negativa, en ocasiones se debe realizar antes para asegurar la vía aérea. Por ello es importante extremar medidas de protección mediante, no sólo equipos EPI, se deben buscar medidas adicionales de barrera que minimicen el riesgo para los profesionales. Uno de ellos es la llamada «caja de aerosol», protección de metacrilato diseñado para la zona facial del paciente, pudiendo acceder mediante dos puertos posteriores, con ambas manos, para la intubación orotraqueal evitando parte de aerosolización.

OBJETIVOS Minimizar la tasa de contagio por SARS CoV2 en los profesionales que realizan técnicas invasivas en la vía aérea del paciente en el Servicio Medicina Intensiva

MATERIAL Y MÉTODOS Para la adaptación a cualquiera de las técnicas invasivas de la vía aérea en especial a la realización de traqueotomías, se estudia una modificación de la estructura, añadiendo un puerto lateral que permite, una completa visión directa durante todo el procedimiento, el acceso a la tráquea para la fijación de esta, posibilitando la realización de la punción traqueal y la inserción de la guía y dilatadores con la otra mano.
Se monitorizan los pacientes (n = 22), en los que la duración de la ventilación mecánica fue de más de 20 días, que requieren traqueotomía en 72% de los casos, un porcentaje elevado, en concordancia con otros estudios publicados indicadores de calidad, avalados por la SEMICYUC, en relación con procesos asociados a la actividad asistencial, actividades relacionadas con la seguridad y de las buenas prácticas clínicas. En una UCI de 30 camas perteneciente a un hospital de tercer nivel. Se recogen las traqueostomia realizadas y se realizan PCR y serología a todos los profesionales del Servicio durante el período Abril a Junio, cuando la UCI se tuvo que adaptar a la nueva realidad con una ocupación del 50% para pacientes con COVID 19.

RESULTADOS Se testó a todos los profesionales y solamente hubo un médico con serología positiva, siendo todas las PCR negativas, utilizando la caja para la realización de traqueotomías.Por lo que creemos el uso de la caja es algo que ayuda a minimizar el contagio.

CONCLUSIONES Creemos que, debido a la eficacia de este elemento, además de su fácil fabricación y bajo coste, debe ser considerado como una medida de barrera complementaria en procedimientos de riesgo con elevada generación de aerosoles en pacientes con neumonía por COVID-19 como son las traqueotomías de VM algo superior al estándar.

ID: **427**

ESTRATEGIA INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL: EXPERIENCIA EN LA CRISIS SANITARIA

AUTORES: QUINTELA PORRO, MARÍA VALLE[1]; ENRIQUEZ DE SALAMANCA HOLZINGER, I[2]; MUÑOZ MELLA, MA[3]; FALAGAN MOTA, ME[4]; CENTENO REGUEIRA, M[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL POVISA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En los últimos 8 años se integra el sistema de gestión de riesgos clínicos en el hospital como estrategia proactiva en la detección de aspectos críticos para la seguridad del paciente y de oportunidades de mejora en el ámbito asistencial.
Acreditado por la certificación NORMA UNE 179003:2013, se desarrolla en las áreas de de Hospitalización médica y quirúrgica, Oncohematológica, área de críticos, Bloque Quirúrgico y Radiodiagnóstico.
Ante el panorama de crisis sanitaria por COVID-19, se enfoca en riesgos específicos con el fin de reducir el impacto de la pandemia en la asistencia a pacientes en estas áreas y acciones que garanticen la continuidad de la actividad asistencial.

OBJETIVOS
1. Integrar un sistema proactivo basado en la mejora continua para la gestión de la crisis sanitaria actual.
2. Desarrollar planes de tratamiento enfocados a minimizar el impacto de la crisis en la actividad asistencial.
3. Garantizar la continuidad asistencial en el marco de la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS Se conforman 7 equipos multidisciplinares en cada uno de los ámbitos asistenciales que evalúan oportunidades de mejora a partir de evidencias publicadas, know-how de profesionales, experiencia de pacientes o requerimientos de entidades externas.
Se identifican riesgos en cada ámbito a través del modelo AMFE y se establecen planes de tratamiento que, tras su implantación, se someten a evaluación interna a través de análisis de incidentes y monitorización interna.
El seguimiento de las acciones diseñadas se realiza a través de una herramienta informatizada que permite visualizar la trazabilidad de la planificación, el desarrollo y evaluación de cada plan de acción.
Tras la implantación se revalúa el índice de prioridad de riesgo con el fin de determinar si se ha reducido.
Para promover la participación de los profesionales en los equipos y también mejorar su adherencia a prácticas más seguras, se difunden catálogos actualizados en cada área con la relación de los riesgos más relevantes y sus planes de tratamiento.

RESULTADOS El mapa de riesgos actual contempla el análisis de 269 riesgos clínicos. Entre el año 2019 y 2020 se han identificado 38 nuevos riesgos, de los cuales 16 son derivados del impacto de la pandemia en la actividad asistencial.
Se implantaron 74 acciones que comprenden procedimientos, diseño de circuitos, reformas estructurales, planes de educación a pacientes, formación a profesionales, etc.
Tras el desarrollo de los planes se ha reducido el índice de riesgo de 11 categorizados como altos.
Se notificaron 314 incidentes de enero 2019 a junio 2020 en las áreas que disponen de este sistema y se han realizado 14 sesiones formativas a los profesionales de las mismas.

CONCLUSIONES

La participación activa de profesionales en los equipos de gestión de riesgos y la herramienta implementada han consolidado el sistema de mejora continua y cultura de seguridad.
El método diseñado se ha integrado en el paradigma de la gestión del impacto de la crisis por COVID-19.

ID: 428

LA DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE NO HOSPITALIZADO DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES: JIMENEZ PICHARDO, LUCIA[1]; ÒRPEZ RAMÌREZ, A[2]; ATIENZA GIL, E[3]; RODRIGUEZ MOLINS, E[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL RIOTINTO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La telefarmacia se impone como medio de atención farmacéutica y dispensación de medicamentos hospitalarios ante la situación originada por Covid19

OBJETIVOS Cuantificar la actividad de la telefarmacia durante la pandemia en un servicio de farmacia de un hospital comarcal

MATERIAL Y MÉTODOS Criterios de inclusión al programa:pacientes estables,adherentes al tratamiento,inmunodeprimidos,derivados de otros hospitales o habitantes de zonas geográficas de difícil acceso.Se excluyeron pacientes onco-hematológicos que tenían que acudir a consulta médica para continuar el ciclo de tratamiento y aquellos que no dieron su consentimiento.Con el uso de la historia clínica digital se validaba la prescripción médica y la situación clínica del paciente.Tras conversación telefónica con el paciente confirmábamos el tratamiento y las dudas del mismo y realizábamos dispensación informática.La medicación era preparada en bolsas opacas con etiquetas que identificaban al paciente de forma encriptada, la zona básica de salud (Z.B.S.)y se indicaba si se necesitaba conservación en frío. Se establecieron circuitos de dispensación según la Z.B.S. mediante la secuencia hospital-celador-centro de salud-paciente

RESULTADOS Desde el comienzo del estado de alarma hasta el 24 de julio de 2020,han sido atendidos mediante telefarmacia 185 pacientes, pertenecientes a 6 Z.B.S.El análisis llevado a cabo a partir del 1 de junio, arroja los siguientes resultados:Se han llevado a cabo 88 dispensaciones mediante Telefarmacia,y en 27 de ellas (30,7 %),había que mantener la cadena de frío durante el transporte.Las patologías atendidas mayoritariamente fueron:artritis reumatoide(15,5 %);esclerosis múltiple(8,3 %);artritis psoriásica e infección por VIH(5,9 %); cáncer de próstata,leucemia mieloide crónica,mieloma múltiple y púrpura trombocitopénica idiopática(4,5 %);anemia, cáncer de pulmón, espondilitis anquilosante,fibrosis pulmonar idiopática,fibrosis quística e hipertensión pulmonar (3,6 %);otras.Se han dispensado una gran variabilidad de fármacos,destacando:adalimumab(8,3 %);etanercept(5,9 %);eltrombopag (4,5 %);dasatinib,enzalutamida,epoetina,Kreon, lenalidomida,osimertinib,ruxolitinib,sarilumab(3,4 %);y otros

CONCLUSIONES La implantación de la Telefarmacia ha supuesto mejorar la accesibilidad de la población a los medicamentos en una situación de confinamiento de la población y de limitación de visitas a centros médicos, con la dificultad añadida de la amplia dispersión geográfica.
De este servicio se han beneficiado: 1-pacientes inmunodeprimidos y por tanto, población de riesgo(pacientes con patologías onco-hematológicas ,22, 6%, o con infección por vih,5,9 %)2-pacientes con movilidad reducida bien sea por una patología reumatológica: artritis reumatoide,artritis psoriásica,espondilitis anquilosante,etc.(27,4 %),o bien por una patología neurológica: esclerosis múltiple,ELA, ataxia de Friedreich (11,9 %).Sería interesante medir el impacto en salud y la calidad de vida ganada por el paciente en próximos estudios

ID: 429

ADHERENCIA A LOS INDICADORES DE CALIDAD EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS RESPIRATORIOS EN UNA UCI EN ÉPOCA COVID

AUTORES: GARCÍA DEL ROSARIO, CRISTINA[1]; PÉREZ ACOSTA, G[2]; SANTANA CABRERA, L[3]; PASQUAU NIETO, M[4]; SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, RC[5]; MARTÍN GONZÁLEZ, JC[6]

CENTROS DE TRABAJO: CHUIMI[1456], HUIGC[23]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El objetivo de la Medicina Intensiva es ofrecer a los pacientes críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y lo más segura posible. Esto se complica durante la pandemia de COVID 19, donde los servicios sufren una sobrecarga asistencial importante, teniendo que adaptar su funcionamiento para evitar el contagio entre los profesionales y otros pacientes no afectados por esta enfermedad, lo que puede provocar que la asistencia no sea de la calidad que se pudiera ofrecer en otras circunstancias.

OBJETIVOS Monitorizar la adherencia a distintos indicadores de calidad en el cuidado respiratorio en una Unidad de Cuidados Intensivos

MATERIAL Y MÉTODOS Se monitorizan indicadores de calidad, avalados por la SEMICYUC, en relación con procesos asociados a la actividad asistencial, actividades relacionadas con la seguridad y de las buenas prácticas clínicas. En una UCI de 30 camas perteneciente a un hospital de tercer nivel. Durante el período Abril a Junio, cuando la UCI se tuvo que adaptar a la nueva realidad con una ocupación del 50% para pacientes con COVID 19.

RESULTADOS Durante dicho período, con una tasa de ocupación del 78%, sólo 1 paciente reingresó en < 48 horas, una tasa de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica de 8'49 (nº de episodios/1000 días de VM) algo superior al estándar. En cuanto a las tasas de reintubaciones casi dobla el estándar con un 23'4%, sin embargo, las extubaciones no programadas se ajustan al criterio de aceptación con sólo 3'9 episodios por mil días de intubación. Se recogieron 19 extubaciones por obstrucciones del tubo endotraqueal por traqueobronquitis necrotizante.

CONCLUSIONES Las complicaciones respiratorias derivadas de la enfermedad COVID 19 y las dificultades en el manejo de estos pacientes debido al alto riesgo de contagio, hacen que se modifique la adherencia a los indicadores de calidad y no se alcancen los criterios establecidos en el Servicio. El Servicio establece medidas para mejorar e introducir cambios con el fin de alcanzar los criterios que garanticen la misma calidad asistencial que antes de la pandemia

ID: 430

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN CIRUGÍA DE COLON EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: KIWITT CÁRDENAS, JONATHAN[1]; ROMÁN SÁNCHEZ, J[2]; RUEDA NIETO, S[3]; VIDAL-ABARCA, I[4]; LÓPEZ-PICAZO, J[5]

CENTROS DE TRABAJO: UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA PREVENTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA[123], SERVICIO DE CALIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA[45]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La profilaxis tromboembólica consiste en administrar el anticoagulante adecuado en aquel paciente que cumple criterio. La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes operados de colon, fue identificada como un objetivo prioritario de actuación tras la evaluación inicial del Plan de Monitorización en Seguridad del Paciente en nuestro hospital de tercer nivel.

OBJETIVOS Analizar la adecuación de la profilaxis tromboembólica en pacientes tras cirugía oncológica colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo transversal. Se optó por la técnica de evaluación rápida de aceptación de muestras por lotes (LQAS), con las siguientes características (Tamaño del lote:19. Estándar: 98%. Riesgo Î±: 5%. Riesgo Î²: 20%. Umbral mínimo aceptable: 85%. Nº Decisional: 1). Se excluyeron de la muestra los pacientes con anticoagulación previa al ingreso, exitus durante el ingreso, o falta de información en (Selene, Ágora). Se consideró administración correcta atendiendo a: tipo de fármaco, dosis y duración del tratamiento.

RESULTADOS Se evaluaron los 14 casos previstos sustituyendo cuando los pacientes no cumplían los criterios de inclusión. La media de edad fue de 65,5 años, siendo la edad mínima de 49 años y la máxima de 91 años. De todos los pacientes, el 64,3% eran varones y el 35,7% mujeres. En relación a la valoración del riesgo, el 92,8% (13) obtuvieron un valor IMPROVE < 7 y eran candidatos a anticoagulación. La conducta adecuada de profilaxis fue del 100%.

CONCLUSIONES La profilaxis tromboembólica en el Servicio de Cirugía General y Digestiva se llevó a cabo de forma adecuada en todos los casos, lo que supuso la aceptación del lote y garantiza una actuación correcta en más del 99% de los pacientes y con un umbral mínimo del 85%.

ID: 431

PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

AUTORES: CABRERIZO FERNÁNDEZ, JAVIER J.[1]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL U. DEL HENARES[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La rápida propagación de la pandemia COVID-19 y el elevado número de casos que han requerido ingreso en las plantas de hospitalización o unidades de críticos nos ha obligado a redistribuir los recursos del Servicio para atender de forma emergente a los pacientes infectados. Esto ha forzado a suspenderlas consultas no urgentes así como los tratamientos de fisioterapia y terapia ocupacional de carácter ambulatorio. Se han dirigido nuestras actuaciones a la colaboración con la atención a pacientes COVID en las plantas de hospitalización y UCI.
De esta emergencia nos ha surgido la necesidad de realizar un plan de actuación adaptado a esta situación cambiante. Con distintos escenarios, ajustando las necesidades de los paceintes al valance de riesgos beneficios en cada situación; creando formulas alternativas a las actuaciones presenciales; y creando recursos para realizar tratamientos de forma segura.

OBJETIVOS

- Identificar los riesgos que presenta el SAR-Co-V-2.
- Redistribuir espacios y recursos para garantizar la máxima eficiencia de los recursos disponibles.
- Creación de recursos de tele asistencia.
- Definir normas de higiene, prevención individual y desinfección.
- Implementación de mecánica de trabajo adaptada a la situación cambiante.
- Definición de los diferentes escenarios.

MATERIAL Y MÉTODOS Se han desarrollado distintas lineas de trabajo:

- Videos y documentos de recomendaciones
- Protocolo de objetivos para las principales patologías quirúrgicas.
- Distribucion de espacios.
- Medidas de prevencion.

RESULTADOS Se han definido tres escenarios difernetes de actuacion en funcion de indicadores de evolucion de la pandemia y de situacion del hospital.
Con medidas como:

- Implementacion de seguimiento mediante teleconsulta de fisioterapia y terapia ocupacional.
- Desarrollo de videos para el autotratamiento.

CONCLUSIONES Con la realización de este manual se pretende tener definidas las actuaciones necesrias para poder adaptar las actuaciones de la unidad a las distintas situaciones que puedan surgir de la pandemia, de forma que nos anticipemos, minimizando los riesgos y aportando alternativas eficientes de tratamiento.

ID: 433

LA BIBLIOTECA HOSPITALARIA EN LA PANDEMIA: OBJETIVOS SMART PARA EVOLUCIONAR EN SINERGIA CON LAS NECESIDADES DEL USUARIO

AUTORES: SAN JOSÉ MONTANO, BLANCA[1]; TARÍN VICENTE, N[2]; NÚÑEZ GARCÍA, M[3]; GALINDO GALLEGO, M[4]; MATEOS ROMERO, M[5]; RODRÍGUEZ PÉREZ, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde el año 2007, la Biblioteca de Ciencias de la Salud de nuestro Hospital tiene certificado todos sus servicios en la norma UNE-EN-ISO 9001:2015, con un Procedimiento de Planificación y Control Operacional que actualiza anualmente, con los procesos de todos los servicios que presta a sus usuarios. Cuando en marzo se declara la pandemia la dirección del hospital decide cerrar el espacio físico y dejar en funcionamiento la biblioteca virtual tan solo con la bibliotecaria teletrabajando en sus servicios.

OBJETIVOS Mantener el objetivo básico de la biblioteca de proporcionar a todo el personal del centro la información de calidad científica-técnica que precisa y el apoyo a la investigación, pero adaptadas al contexto de la pandemía. Priorizando la comunicación bidireccional en su propio escenario asistencial y el acceso personalizado a la información sobre la covid-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Los Procedimientos operacionales disponibles facilitan mantener los servicios bibliotecarios en línea teletrabajando. Y para adaptarnos a las vertiginosas necesidades de nuestros usuarios asistenciales y distribuir mejor los recursos, elaboramos un Plan de acción flexible basado en objetivos SMART mensuales que se debían ajustar a sus actividades.

RESULTADOS Desde el mes de marzo a julio del 2020, se han propuesto 5 objetivos SMART:

1. Marzo 2020, Creación de un Grupo de difusión de WhatsApp de la biblioteca con un horario de 24h. todos los días de la semana, orientado a los usuarios asistenciales que accedían a los servicios bibliotecarios desde el lugar donde les surgía la pregunta clínica o de cuidados. Actualmente formado por 192 usuarios.
2. Abril 2020. Creación Newsletter temáticos (a petición de los usuarios) con información filtrada y con enlaces a los textos completos de los artículos científicos originales adaptada a los dispositivos móviles donde los consultan y revisan. Actualmente se han realizado 13 Newsletter.
3. Mayo 2020. Creación de una Guía Rápida de uso de Pubmed y tres talleres sobre su utilización en línea. PubMed había anunciado el cambio definitivo de su interfaz.
4. Junio 2020: Difusión de la Producción científica 2019 y 2020 para animar a la publicación del trabajos desarrollado en estos últimos meses. Creación de un vídeo.
5. Julio 2020. Creación 2 Flyers- folletos publicitarios UpToDate y ClinicalKey con sus características y servicios que ofrecen beneficios curriculares (créditos FMC..).

Además, atendiendo los servicios e la Biblioteca que han aumentado su volumen y colaborando con otras bibliotecas en un portal de acceso a la información sobre la Covid-19.

CONCLUSIONES El uso de los objetivos SMART nos ha permitido enfocar el esfuerzo para usar el tiempo y los recursos de forma más productiva, fijando y adaptando el rumbo de las actividades bibliotecarias. La sinergia producida por la integración de la bibliotecaria con los usuarios ha facilitado el flujo de información de calidad y mejorado la calidad asistencial durante la pandemia.

ID: 436

GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. PERIODO MARZO-JUNIO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE MADRID

AUTORES: RAMIRO GONZALEZ, MARIA D[1]; PARRA RAMIREZ, LM[2]; TORIBIO VICENTE, MJ[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO[23]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 13-3-2020 el Equipo Directivo del hospital dio instrucciones de cese temporal de consultas presenciales por la epidemia COVID-19, excepto emergencias y consultas no demorables. Se pusieron en marcha acciones para gestionar las citas afectadas por dichas instrucciones. A finales de mayo, se recibieron instrucciones para el retorno paulatino a la actividad presencial.

OBJETIVOS Describir la gestión de la instrucción de cese de consultas presenciales, y retorno de dicha actividad.

MATERIAL Y MÉTODOS Reuniones estratégicas con Equipo Directivo, y operativas con los grupos de trabajo.
Registro teléfono/mail de los profesionales para facilitar el contacto entre grupos.
Diseño de plan de acción:

- Bloqueo de agendas de consultas
- Información a pacientes
- Dotación telefónica
- Cuadros de mando de consultas
- Diseño de agendas para retorno a actividad presencial

RESULTADOS Se realizaron reuniones semanales.
Participaron aprox. 300 profesionales (alguno temporal/intermitente, según disponibilidad): admisión, secretarias, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, personal enfermería, estadísticos, personal de apoyo.
Se habilitó la llamada externa en todos los teléfonos, y se instalaron teléfonos en todos los despachos y zonas con ordenadores.
Se bloquearon 1900 agendas de consultas para no citar más pacientes.
Se cancelaron 750000 citas presenciales correspondientes a 216000 pacientes, que fueron informados telefónicamente - se realizaron 410000 llamadas (1.9 llamadas/paciente). Se diseñó locución telefónica para homogeneizar la información (“Buenos días, le llamo del Hospital para informarle que, debido a la situación actual, queda temporalmente cancelada la cita que usted tiene en el Sº XX. Se pondrá en contacto con usted el médico o el Sº de Admisión cuando la situación lo permita. Muchas gracias”).
Se difundió mensaje en Radio Nacional para informar a la población (“Buenos días, desde el Hospital se está llamando a los pacientes que tienen consultas o pruebas para que no acudan a dichas citas. El médico revisará sus consultas y les llamará si es preciso. Al normalizarse la situación volveremos a citarles”).
Se gestionaron dudas telefónicas de pacientes: durante la llamada o facilitando el teléfono del médico responsable.
Las consultas presenciales canceladas se resolvieron casi en su totalidad con llamada telefónica del médico.
Los cuadros de mando semanales indicaron el número de consultas realizadas, pendientes y anuladas.
Para volver a la actividad presencial se diseñaron agendas con menos pacientes, según la capaci-

dad de las salas de espera, siguiendo medidas de distanciamiento social. Se transmitió instrucción a pacientes vía sms y/o llamada telefónica sobre puntualidad, tipo de cita, acompañamiento o no. Se incorporó de forma generalizada la consulta telefónica y videoconferencia.

CONCLUSIONES

El esfuerzo coordinado y transversal evitó el desplazamiento de pacientes al hospital y garantizó su asistencia vía telemedicina. Esto evitó aglomeraciones en el hospital y mayor eficiencia ante la pandemia.

SEGUIMIENTO TELEFÒNICO DE POSIBLES CASOS Y CONTACTOS DE COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA

ID: 437

AUTORES: GASULL GOMIS, MERCÈ[1]; GARCÍA BOUSO, M[2]; SANTIGOSA AYALA, T[3]; RUIZ MORCILLO, E[4]; AGUILAR URPI, J[5]; NEVOT BUENO, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: ABS SANT SALVADOR

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La llamada telefónica como medio inmediato y de fácil acceso ha sido una herramienta para la atención sanitaria que ha ido aumentando des del inicio del estado de alarma hasta la actualidad en los centros de Atención Primaria (AP).
Una de les estrategias de AP durante la pandemia del virus Sars-CoV-2 se ha dirigido a disminuir las visitas presenciales de las personas potencialmente infectadas implantando la atención telefónica.

OBJETIVOS Describir el seguimiento telefónico realizado por enfermería de una ABS semiurbana a los afectados por sintomatología o con sospecha de infección por Sars-CoV-2 durante el periodo de estado de alarma comprendido entre el 16/03 al 20/06 del 2020.
Describir las características de las personas atendidas teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, género, nacionalidad, días de incapacidad temporal (IT) y exitus.

MATERIAL Y MÉTODOS El presente trabajo es un estudio descriptivo retrospectivo de recogida y análisis de datos de las llamadas efectuadas a los casos posibles y contacto por covid-19 de una ABS que atiende a 12.510 personas.
La atención telefónica se hacía siguiendo el cuestionario estandarizado por el Institut Català de la Salut donde se registraban datos clínicos: edad, sexo, comorbilidades, sintomatología (fiebre, tos, disnea, diarreas, alteraciones del gusto/olfato), contactos, pruebas como Rx, PCR y condiciones de aislamiento.
En función del agravamiento del proceso enfermería valoraba la necesidad de atención médica, la periodicidad del seguimiento activo telefónico, se explicaban los signos de empeoramiento, se proporcionaban recomendaciones sanitarias y de aislamiento.

RESULTADOS Se registran un total de 1424 llamadas telefónicas en el periodo estudiado correspondientes a 368 pacientes. El número de llamadas por paciente fue de 1 a 28 con un promedio de 4.
El 92,2% de pacientes tenían nacionalidad española. En relación al sexo se atendieron un 46,9% de hombres. El promedio de edad fue de 43,3 años y se observa que la franja comprendida 40 a 49 años fue la más atendida con un 58% de mujeres y un 41,7% de hombres.
De los pacientes activos atendidos 172 necesitaron la IT con un promedio de duración de 30,32 días.
De los pacientes atendidos 3 fallecieron, todas ellas mujeres mayores de 79 años y en dos de ellas se dispuso de PCR positiva.
Las llamadas se distribuyeron de manera similar en los distintos días de la semana observando un incremento en el mes de abril.

CONCLUSIONES La consulta telefónica ha facilitado el seguimiento, atención y cuidado de los casos posibles, evitando desplazamientos y exposiciones, manteniendo el aislamiento domiciliario, evitando la transmisión y reduciendo un alto porcentaje de visitas al centro, todo ello ha derivado a una mejora de la seguridad de nuestros pacientes.
La franja de edad del mayor numero de llamadas se ve influenciada por el hecho de ser pacientes con síntomas leves/moderados sin necesidad de hospitalización.

ID: 438

RETO EN LA COMUNICACIÓN DURANTE LA PANDEMIA .CÓMO LLEGAMOS AL CIUDADANO.

AUTORES: CAULES TICOULAT, YOLANDA[1]; DE MAGRINYA CLARAMUNT, JM[2]; GONZÁLEZ GARCES, A[3]; RAMBLA VIDAL, C[4]; MURISCOT FORTET, A[5]; AGUILERA PEREA, N[6]

CENTROS DE TRABAJO: CAP SARRO ROSET

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante la pandemia nos preguntamos cómo podriamos llegar a nuestros pacientes y darles una información veraz y en línea con nuestra institución. Y a la vez mantener a nuestros profesionales actualizados sin confundir-los

OBJETIVOS Dar una información veraz a nuestra población de referencia.
Mantener actualizados a nuestros profesionales con los últimos protocolos.

MATERIAL Y MÉTODOS Ante la situación de la pandemia y para evitar bulos e Intoxicación, decidimos contactar con el servicio de comunicación de nuestro ayuntamiento y dar a conocer nuestra estrategia de comunicación externa a través de nuestro blog que iría alineado con la información de nuestra institución. Por parte de los profesionales se creó un canal de WhatsApp en el que se iban publicando los protocolos y en el que solamente la dirección podía intervenir.

RESULTADOS Por lo que respeta al blog en marzo realizamos 48 entradas (4 en 2019) con 2109 visitas (1353 en 19) Abril 45entradas (5en 2019) con 1588 visitas (1066 en 19) Mayo 41 entradas (7 en 2019) con 2029 visitas (1418en 19) Junio 23 entradas (6 en 2019) con 1361 visitas (631 en 19) Insistimos en síntomas y como contactar con nosotros y medids preventivas y ahora insistimos e lavado manos, distancia y mascarilla.
Por lo que se refiere a los profesionales ha sido angustiante pero disponer de este canal de WhatsApp ha sido una forma rápida de poder consultar la información y no perderse.

CONCLUSIONES Es importante una buena comunicación para evitar miedos, bulos pero es difícil hacer llegar esta información a nuestra población se deberían estudiar utilizar nuevas vías como Instagram o YouTube pero con personas famosas.
Por lo que respeta a nosotros como evitar la infooxicación delante del mar de información que se originó, A nosotros nos ayudó y sigue el canal WhatsApp.

IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ID: 439

AUTORES: GONZALEZ PEREZ, MARTA EVA[1]; PARRADO CUESTA, MS[2]; DIEZ RODRIGUEZ, R[3]; DOMINGUEZ TEJERO, A[4]; CASANOVA FUERTES, MB[5]; CASTAÑEDA GARCIA, MB[6]

CENTROS DE TRABAJO: CAULE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El sector sanitario se encuentra en medio de un cambio fundamental, y aquellas organizaciones que comprometen a sus profesionales de primera línea en el desarrollo de las estrategias para mejorar la gestión, aumentar la satisfacción, y afinar los procesos para reducir la variabilidad innecesaria y los gastos, estarán bien posicionadas para sobrevivir en un entorno post reforma.
La estandarización Lean ha demostrado mejorar realmente la calidad, la productividad y la seguridad de los pacientes y profesionales.
Antes de iniciar cualquier cambio es necesario conocer la posición de partida y la satisfacción de los pacientes con la asistencia que reciben.

OBJETIVOS General: Conocer la satisfacción de los pacientes que acuden a los dos hospitales de día del CAULE, y aplicar la metodología LEAN al proceso de prescripción, preparación y administración de medicación y productos intravenosos.
Específicos:
- Conocer el grado de satisfacción del paciente antes de aplicar la metodología LEAN.
- Identificar tareas de valor: diagnóstico, tratamiento y cuidados
- Identificar tareas de no valor: defectos, sobreproducción, tiempos de espera, transporte…

MATERIAL Y MÉTODOS Se realiza un análisis inicial de la satisfacción de los pacientes mediante una encuesta que incluía 12 items, con una pregunta abierta. Tamaño muestral de 156 y nivel de confianza del 95%.
Se establece el mapa de flujo de valor del proceso de prescripción, preparación y administración de medicación y preparados intravenosos para identificar los flujos de pacientes, profesionales, materiales, información… y se planifica el trabajo a realizar para alcanzar este diseño.
Se identifican las tareas que aportan valor al proceso (diagnóstico, tratamiento y cuidados) y las que no (defectos, sobreproducción, tiempos de espera, transporte)
Y se introducen mejoras en el sistema.

RESULTADOS 156 pacientes contestaron la encuesta en los diferentes turnos. Edad: 44% entre 61 y 80 años; 31% entre 41 y 60 años. En relación a la satisfacción de los pacientes: 75% muy satisfechos con los trámites, 82% muy satisfechos con el trato recibido, 75% muy satisfechos con los cuidados. En el 35% no ha habido demora de inicio en el tratamiento, aunque un 14% han esperado más de 45 minutos.
Se han producido varias mejoras con la aplicación de la metodología Lean al proceso de prescripción, preparación y administración: reducción del tiempo de ciclo total, mejora del flujo de información clave de los pacientes y del proceso de citación, mayor coordinación entre servicios implicados y mejora de la satisfacción de los profesionales.

CONCLUSIONES La metodología lean ha logrado optimizar el proceso, llegando a agilizar la velocidad en algunas fases, lo que ha permitido mejorar la gestión de los recursos.
Pequeños cambios en la Eficiencia del Servicio han supuesto GRANDES cambios en el tiempo de servicio.
Al año de aplicar la nueva metodología, se realizará una nueva encuesta a los pacientes para evaluar la mejora de los resultados.

ID: 440

LA MUERTE EN ANCIANOS EN TIEMPOS DEL COVID. DANDO CALIDAD EN LA DISTANCIA A UN DUELO NO ESPERADO.

AUTORES: MOLINA ROBLES, MERCEDES[1]; HERRERA ABIAN, M[2]; MONSALVO SAORNIL, J[3]; GONZALEZ MORALES, LM[4]; GAGLIARDI ALARCÓN, L[5]; LÓPEZ MARTIN, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La muerte es representada en nuestra cultura como la "gran segadora" nuestra sociedad instaurada en una falsa sensación de seguridad ha sido azotada por la pandemia SARS-COV-2 con más de 600.000 muertes registradas en 6 meses. La población anciana, diana por su fragilidad y comorbilidad ha sufrido un confinamiento domiciliario y el aislamiento en el Hospital, ensombreciendo su pronóstico y ocasionando su muerte en soledad. La comunicación en la distancia ha supuesto un reto para los sanitarios y los familiares afectos.El equipo de Cuidados paliativos, concienciado al 100% con las necesidades de su población e integrado en el equipo multidisciplinar de nuestro Hospital desarrolló una estrategia con tres prioridades: la información del proceso , la comunicación de malas noticias y las condolencias.

OBJETIVOS Valorar el fallecimiento de los pacientes ancianos en el hospital, el impacto emocional a través de la exploración realizada telefónicamente durante las llamadas de duelo. Valorar la efectividad de la comunicación

MATERIAL Y MÉTODOS pacientes mayores de 80 años con éxitus en Marzo, Abril y primera semana de Mayo del 2020.Mediante consulta a documentación y entrevista semiestructurada de condolencia. análisis estadístico: medias y desviación típica o medianas para las variables cuantitativas .la prueba Chi-cuadrado o el de Fisher y la pruebas U de Mann-Whitney para las variables cualitativas. se construyó un modelo de regresión logística multivariante para el duelo

RESULTADOS 105 pacientes media de 86,64 años y una desviación típica de 4,90. El 56% varones. Tuvieron una mediana de estancia de 4 días. El 26% presentaban deterioro cognitivo moderado-severo. El 87% fallecieron por COVID, de los que el 100% requirió oxígeno y el 18% necesitaron ventilación. El 95% recibió medicación para control de síntomas. El 72% falleció en planta de hospitalización y el 20% en una unidad específica de cuidados intermedios. El 61% de las familias fueron informadas por el médico tratante, de forma telefónica. Se consiguió el acompañamiento en la agonía al 37% de los pacientes, mejorando el duelo con una p menor de 0,030 así como la comunicación presencial en el 43,9%. Las emociones más negativas las sufrieron los familiares cuyo familiar presentaba deterioro cognitivo con una p< 0,001 requiriendo seguimiento psicológico 33 familiares de los cuales el 62% presentaron un duelo complicado. En cuanto a la llamada de condolencia que nos permitió explorar la experiencia vivida, se estableció contacto con un 70% de los familiares de nuestros pacientes, los que no contactaron fue por ausencia de familiar o traslados de otros centros

CONCLUSIONES En nuestro estudio, con una muestra pequeña, hemos podido acercarnos a la Vivencia del duelo por la pérdida de seres queridos, mayores y frágiles en la distancia. Hemos comprobado como una buena comunicación e información mitiga el dolor y genera cercanía, siendo la vía telefónica un recurso útil y cercano.

441

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID-19

AUTORES: ROSILLO RAMÍREZ, NICOLÁS[1]; CADENAS MANCEÑIDO, A[2]; MORANO VÁZQUEZ, A[3]; PEDRERA JIMÉNEZ, M[4]; RUIZ LÓPEZ, P[5]; VARELA ROFRÍGUEZ, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN uno de los principales retos del sistema sanitario durante la epidemia de COVID-19 ha consistido en la caracterización y control de los casos a tiempo real. Se presenta un sistema de alertas basado en los códigos diagnósticos de la OMS, integrado en la historia clínica electrónica y empleado en un hospital de tercer nivel durante la pandemia.

OBJETIVOS Evaluar la implementación y desempeño del sistema de alertas clínico-epidemiológicas para la gestión de pacientes durante la epidemia COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Análisis descriptivo del sistema de alertas de caso COVID-19 en un hospital de tercer nivel. Se analizó el periodo entre marzo y primera quincena de julio de 2020. Se calculó la distribución por sexo y la edad media (± desviación estándar) de cada uno de los grupos de caso no descartado: caso confirmado, probable/diagnóstico clínico, en investigación/sospechoso.

RESULTADOS Se activaron 9561 alertas de caso. 5288 (55,3%) fueron etiquetas de caso confirmado, distribuidas en 5009 pacientes diferentes. Los casos probables o de diagnóstico clínico fueron 1124 (11,8%), y los sospechosos o en investigación 1931 (20,2%). El número de pacientes únicos en cada grupo fue 1049 y 1709 respectivamente. Se activaron 1218 alertas de caso descartado (12,74%). La edad media de los casos con alerta de caso confirmado fue de 57,1±18,9 años, de 65,2±18,2 en los casos probables o con diagnóstico clínico y de 57,1±24,8 en los casos en investigación / sospechosos. La proporción de mujeres fue del 54,8%, 44,7% y 44,8% respectivamente.

CONCLUSIONES El sistema implementado ha resultado de utilidad para el establecimiento de una cohorte conformada por los pacientes ingresados en nuestro hospital durante la pandemia. Ha hecho más eficiente la declaración de casos a las autoridades de salud pública, y ha favorecido un mayor conocimiento de la casuística y características de dichos pacientes. El uso de la codificación recomendada por la OMS hace que estos resultados sean comparables con centros que hayan seguido dichas recomendaciones. Parece necesario realizar una integración más profunda y con mayor planificación previa de dichos sistemas, así como realizar evaluaciones periódicas de los niveles de cumplimentación y calidad del dato.

ID: **442**

REPERCUSION EMOCIONAL POR LA PANDEMIA COVID 19 EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS.

AUTORES: FERRARI, MARIA[1]; RODRIGUEZ JOSEFA, J[2]; GOMEZ PRIETO, C[3]; BANCHERO, I[4]; OYENARD, C

CENTROS DE TRABAJO: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La experiencia de los países europeos, donde la pandemia impactó en los trabajadores sanitarios, generó múltiples y variadas reacciones. El Gobierno Argentino decretó la cuarentena el 20 de marzo a raíz del primer caso diagnosticado el 3 de marzo.

OBJETIVOS Evaluar la repercusión emocional en los trabajadores sanitarios de la pandemia por Covid-19.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una encuesta semiestructurada, descriptiva, autoadministrada, con respuestas cerradas con múltiples opciones (25) y una respuesta abierta, por medio de la WEB, (mail).Evaluada a través de la plataforma de Google forms.
Se incluyeron participantes de Argentina, Chile y México.

RESULTADOS Se obtuvieron 398 respuestas.
El promedio de edad fue de 51 años (rango de 18 a 64 años), 64,7% de género femenino.
El 81,1% tiene pareja, el 78,9% tiene hijos y el 10% vivía solo.
Según la profesión: el 44,8% eran médicos, 8,1% enfermeras y el 27,8% bioquímicos.
El nivel académico alcanzado: el 51,3% eran especialistas y el 19,9% eran doctores o magister.
De acuerdo a su lugar de trabajo, el 55,3% desarrollaban su actividad en el sector privado, el 21,5 en el sector público y el 28,1% en ambos.
El ingreso económico se mantuvo igual en el 48,1% de los casos y disminuyo menos del 50% en el 30,7%.y más del 50% en el 15%.
El 94,9% de los encuestados refirió contar con los equipos de protección personal (EPP), adecuado
El 78,5% los encuestados atiende pacientes con enfermedades crónicas y el 24,7% indicó que aumentaron las consultas de estos pacientes descompensados.
El 23,2% de los participantes se aisló de sus convivientes y el 13,4% sufrió algún tipo de discriminación.
La afectación emocional frente a la pandemia la refiere el 70,2% de los encuestados.
Se agruparon los diferentes tipos de manifestaciones referidas:

- Ansiedad o temor: el 59,8%.
- Signos depresivos: el 43.6%.
- Desgaste profesional: el 50,4%.

Se consultó sobre las necesidades emocionales de los encuestados y las respuestas más significativas se refirieron a:

- Trabajo en equipo 40%
- Comenzar o retomar una actividad gratificante: 18,5%
- Encontrar aspectos positivos: 19,3%
- Tratar de tomar la situación con humor: 9,8%
- Pensar en algo diferente a la pandemia: 12,3%

Las respuestas a la pregunta abierta jerarquizan: el trabajo en equipo, la velocidad de reacción frente a esta situación de crisis, la importancia de los vínculos genuinos, tanto laborales como familiares, la solidaridad como fuerza comunitaria, el refuerzo de las propias creencias espirituales y la capacidad de adaptación y resiliencia del equipo de salud.

CONCLUSIONES La pandemia afectó emocionalmente a los trabajadores de la salud, pero los mismos buscaron mecanismos o acciones proveedoras de bienestar

ID: 443

INICIATIVAS PARA LA ADECUACION CENTRO AMBULATORIO ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PANDEMIA COVID 19

AUTORES: BANCHERO, IRENE[1]; DOOR, S[2]; RAGAGNIN, F[3]; CASTAÑEDA, G[4]; CARO, L[5]; CERISOLI, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: GEDYYT SA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 20 de marzo en Argentina, se decreta el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. En este entorno, el Centro cierra sus puertas; inmerso en un entorno de máxima incertidumbre, en todos los niveles de la organización, se propone accionar un plan rápido con la intención de ofrecer una nueva etapa asistencial adaptada al Covid19.

OBJETIVOS Describir las medidas instrumentadas para garantizar la accesibilidad al servicio, brindando una práctica endoscópica segura, para pacientes, equipo médico y personal. Implementar un circuito critico de insumos de calidad y con stock suficiente para sustentar la atención. Delinear nuevos protocolos de endoscopias, considerando a todos los pacientes potencialmente sospechosos de COVID. Monitorear mediante seguimiento telefónico post práctica, el grado de satisfacción percibido con el servicio brindado y triage COVID post procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS La central de turnos, entre el 20 de marzo y 13 de abril, realiza 4559 llamadas a pacientes con turnos programados. Previa evaluación de riesgo se reasignan 1769 citas para endoscopia; el resto se desestima por no presentar criterio de electividad en pandemia ó por riesgo ambulatorio. Se implementan protocolos de atención en salas de endoscopía, realizando 4 simulacros, preapertura, con equipo tratante completo y en presencia de un veedor supervisor de Infectología. Se capacita en colocación y retiro de Elementos de Proteccion personal (EPP); se rearman los grupos de profesionales fijos según agenda ante eventuales contagios. Se incrementan horas de limpieza para la desinfección minuciosa de sala, entre paciente y paciente. Se rediseñan agendas de endoscopia a 1 hora por paciente. Se efectúan llamados post practica dentro de las 8 horas post procedimiento y a los 7 y 14 días siguientes, para evaluación del servicio y Triage Covid.

RESULTADOS En 20 días el Centro reabre sus puertas. De abril a junio 2020 se efectuaron 1769 endoscopias.
Por protocolo se efectuaron 1458 llamados a pacientes, con un 78.44% de contactos efectivos, de los cuales el 87.46% clasifica el servicio entre excelente y muy bueno.
Se completa llamado por Covid a los 7 y 14 días arrojando en el mes de junio 2 pacientes positivos.
Comparando mismo periodo 2019, se llamó a 6125 pacientes, con 73.49% de contactos efectivos, de los cuales el 88.87% categorizó el servicio entre excelente y muy bueno.
Dos trabajadores del área técnica resultaron Covid+, no se comprobaron coordenadas temporales relacionadas con los contagios registrados.
Se verifican aumentos significativos en los costos de los siguientes rubros: EPP 17 %: abono de limpieza y desinfección de salas 94% y en referencia al procesamiento de residuos patológicos 31%.

CONCLUSIONES En el contexto pandemia, se registran similares resultados de calidad percibida del Centro en relación a igual periodo 2019.
Con celeridad y adaptabilidad de sus integrantes, la Organización logra mantener la continuidad de cuidado, en indicaciones medicas impostergables, a los pacientes que lo necesitan.

ID: 444

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS POR EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRADA: SUPERISLAS

AUTORES: SALRACH-ARNAU, CRISTINA[1]; JUAN-SERRA, M[2]; HERRERA-CARDENAL, E[3]; MIRALLES DE IMPERIAL-LLOBET, JM[4]; ALABRÓ-GRABULOSA, J[5]; HILARIÓN-MADARIAGA, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN - UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. ESPAÑA[135], ÀREA DE DRETS SOCIALS, AJUNTAMENT DE BARCELONA[2], DEPARTAMENT DE GENT GRAN DE L'INSTITUT DE SERVEIS SOCIALS DE BARCELONA (AJUNTAMENT DE BARCELONA)[4], UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN - UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. ESPAÑA; RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD (REDISSEC), ESPAÑA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Ayuntamiento de Barcelona, en 2017, inició una experiencia piloto de aplicación de un nuevo modelo de atención domiciliaria (SAD), inspirado en los principios de Buurtzorg Model. El modelo SAD tiene como objetivo prestar una atención más próxima, personalizada y continua, centrada en la persona y sus necesidades sociales y sanitarias, y a la vez crear equipos de trabajadoras familiares que atienden a las persones usuarias que residen en una "super isla" (vecindario). Con dicho cambio de modelo se consideró importante recoger en la evaluación de los resultados del pilotaje, la percepción de las personas atendidas y su entorno cuidador, para valorar los atributos de cali dad del nuevo servicio.

OBJETIVOS Describir la experiencia percibida por parte de las personas atendidas y su entorno cuidador en la primera fase del piloto del nuevo SAD, en base a los atributos de calidad del modelo SAD.

MATERIAL Y MÉTODOS Diseño mixto, cualitativo y cuantitativo en base a entrevistas semi-estructuradas domiciliarias individuales. Se consideró el método más conveniente para la tipología de servicio y la población atendida. Todas las entrevistas fueron realizadas por el mismo encuestador, lo que permitía asegurar la fiabilidad de las respuestas y sistematizar la recogida de comentarios cualitativos.
Las entrevistas incluyeron 48 preguntas que exploraban la experiencia percibida relacionadas con los atributos de calidad del Modelo SAD, basadas en los principios de Buurtzorg Model.
La muestra se estructuró en cuatro "super islas", para cada una de ellas se seleccionaron diez casos de forma aleatoria para realizar la entrevista en profundidad.

RESULTADOS Se entrevistaron a 40 participantes con experiencia en el nuevo modelo SAD, de las cuales el 75% eran mujeres y el 65% eran personas mayores de 81 años. El 85% de los entrevistados eran personas atendidas y el 15% cuidadoras principales. El 73% eran personas que recibían la prestación SAD de dependencia y el 27% el SAD socioeducativo. El 78% de las personas entrevistadas tenían experiencia de haber sido atendidas por el SAD tradicional.
La valoración positiva en relación con los atributos de calidad del modelo SAD fue: Proximidad del equipo, 100 % (IC 92,8 ÷ 100); Atención prestada por los profesionales, 97,5% (86,8 ÷ 99,9); Continuidad de la atención, 100% (92,4 ÷ 100); Posibilidad de salir a la calle, 94,7% (82,3 ÷ 99,4); Mejora del estado de ánimo, 92,5% (79,6 ÷ 98,4); Ser más autónoma/o, 84,6% (69,5 ÷ 95,9); Mejora de la relación con otras personas del barrio, 57,9% (40,8 ÷ 73,7); Coordinación entre SAD y servicios sanitarios, 85,7% (42,1 ÷ 99,6).

CONCLUSIONES Revisando los resultados obtenidos se puede considerar que el nuevo modelo de SAD, basado en los principios de Buurtzorg Model, cumple con los atributos de calidad del SAD y confirman una percepción positiva de los nuevos atributos del modelo en relación con el modelo tradicional. Se deberían mejorar los atributos relacionados con las relaciones sociales y la participación en la comunidad.

ID: 445

IMPLEMENTACIÓN DE TELEMEDICINA EN CONTEXTO DE PANDEMIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN GASTROENTEROLOGÍA.

AUTORES: DOOR, SANDRA[1]; BANCHERO, I[2]; RAGAGNIN, F[3]; CARO, L[4]

CENTROS DE TRABAJO: GEDYT S.A.

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En Argentina, el 20 de marzo se decreta el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio con motivo de declararse pandemia al COVID 19. En ese contexto, se cancelan todos los turnos asignados a pacientes hasta nuevo aviso. Esta situación nos lleva a repensar alternativas de adecuación al nuevo entorno.

OBJETIVOS Generar una rápida respuesta para brindar asistencia a nuestros pacientes manteniendo la calidad y favoreciendo la continuidad de la atención en gastroenterología mediante la implementación del nuevo servicio de teleasistencia.
Lograr la adhesión de nuestros médicos al nuevo servicio de atención.
Valorar la experiencia desde nuestros pacientes y médicos del uso de la nueva herramienta para efectuar las mejoras técnicas en lo inmediato.
Medir la satisfacción del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS Se crea un Comité de Crisis con el objetivo de trabajar en un plan de acción y seguir brindando asistencia, enfocado en el cuidado de los pacientes y profesionales. Se implementa el servicio de teleasistencia.
Requisitos indispensables para la implementación de la teleasistencia:
Reciente legislación para recetas electrónicas y el acto médico a distancia, póliza de praxis médica y el aval de nuestros financiadores.
Los requerimientos técnicos de sistemas, la conectividad, seguridad de datos, accesos a la historia clínica.
Creación y diseño de agendas.
Comunicación del nuevo servicio a través de las redes sociales y página web a nuestros pacientes, adecuación y creación de nuevos procesos, midiendo el nivel de satisfacción del servicio.
Se nombró un Coordinador Médico del servicio de teleasistencia.

RESULTADOS El 13 abril se implementa oficialmente el servicio de Teleasistencia.
Comenzamos con el 30% del staff de médicos y para el mes de junio la adhesión fue del 75% agregándose además las sub-especialidades.
Comenzamos en abril con 403 teleasistencias y para el mes de junio realizamos 1708, con un marcado incremento.
En mayo el 80% de los médicos calificó de muy bueno el acceso al servicio y la conexión con el paciente. La teleasistencia resultó de utilidad para la consulta breve, revisión de estudios, dudas y/o prescripción de recetas para tratamientos crónicos.
El 77% de los pacientes que completaron la encuesta respondieron que el servicio es excelente y un 17% que es muy bueno. Las observaciones marcadas en la pregunta abierta nos sirven para evaluar las mejoras a implementar para darle continuidad a la herramienta.

CONCLUSIONES En una situación crítica de pandemia, tuvimos una rápida respuesta de reorganización de los consultorios externos.
Extendimos el servicio de teleasistencia a nuevos pacientes.

Nuestros financiadores se adaptaron al nuevo marco normativo.
Permitió a los médicos su continuidad laboral y a nuestros pacientes una nueva forma de ser atendidos manteniendo una alta calidad percibida del servicio.

ID: 447

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR HEMATOLOGÍA-CUIDADOS PALIATIVOS PARA MIELOMA MÚLTIPLE AL DIAGNÓSTIC

AUTORES: VELASCO-VALDAZO, A[1]; VICENTE-MARTIN, C[2]; SALVATIERRA-CALDERON, G[3]; MIRANDA-CASTILLO, C[4]; ROSADO-SIERRA, B[5]; LLAMAS-SILLERO, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL REY JUAN CARLOS[12345], FUNDACION JIMENEZ DIAZ[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El mieloma múltiple (MM) es un tumor de células plasmáticas. El síntoma más frecuente del MM es el dolor óseo que aparece en >60% de los pacientes al diagnóstico, y prácticamente en todos a lo largo de su evolución. Son muy frecuentes también la anemia, síndrome constitucional, los secundarios a insuficiencia renal, estreñimiento, insomnio, trastornos adaptativos… A parte hay que considerar la carga del cuidador principal, problemas socioeconómicos...
Muchos pacientes, por su avanzada edad, asocian comorbilidades y tienen seguimiento por otros especialistas, que en ocasiones pueden generar hospitalizaciones.
El abordaje tradicional del MM implica visitas a múltiples especialistas (Hematología, Traumatología, Endocrinología, Geriatría, Nefrología, Unidad del dolor...), que actúan de manera parcelada.
Por este motivo hemos puesto en marcha un proyecto de atención multidisciplinar integral entre Hematología y Cuidados Paliativos (HCP), para intentar, no sólo tratar el MM como entidad, sino todos los síntomas y enfermedades asociadas, sin que esto suponga carga adicional para los pacientes, y obteniendo mejores resultados en salud.

OBJETIVOS
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con MM
- Reducir del número de visitas a especialistas
- Evitar sumas de medicaciones que no aportan
- Reducir el número de visitas de los pacientes al hospital

MATERIAL Y MÉTODOS La consulta conjunta de HCP se puso en marcha en marzo de 2019. A través de la historia clínica electrónica, se analizaron los pacientes de nuevo diagnóstico en dos períodos: marzo 2018-febrero 2019 (primer periodo), y marzo 2019-febrero 2020 (segundo periodo). Se analizaron los datos correspondientes a los seis meses posteriores al diagnóstico

RESULTADOS En el primer periodo se diagnosticaron 11 pacientes:
- Número medio de fármacos a los seis meses (excluyendo QT): 10,1
- Número medio de visitas a especialistas en los seis meses excluyendo HCP: 8,3
- Número medio de visitas al hospital en los seis meses: 18,8

En el segundo periodo se diagnostican 16 pacientes:
- Número medio de fármacos a los seis meses (excluyendo QT): 9,4
- Número medio de visitas a especialistas en los seis meses excluyendo HCP: 4,2
- Número medio de visitas al hospital en los seis meses: 13,7.

En el corto espacio de tiempo de análisis hemos observado:
- Reducción de medicaciones: 6,9%
- Reducción de visitas a especialistas: 49,3%
- Reducción de visitas al hospital: 27,1%

Actualmente estamos desarrollando un cuestionario de calidad de vida asociado a pacientes con MM que acuden a la consulta de HCP.

CONCLUSIONES La atención integral del un paciente complejo, como es el paciente con MM, reduce las cargas

asociadas a la enfermedad como son el número de vistas al hospital y el número de fármacos que toman. Probablemente también tenga un efecto favorable sobre la calidad de vida.

ID: 450

PROCESO DE RECUPERACION DE LA ACTIVIDAD AMBULATARIA EN FASE DE DESESCALADA EN UN HOSPITAL ALTA TECNOLOGIA

AUTORES: AYALA-BLANCO, MARIA PILAR[1]; BAÑOS-BAÑOS, C[2]; ARMANS-MORENO, E[3]; VOLTES-SABATE, A[4]; GARCIA-MIRALLES, R[5]; FEU-CABALLE, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia hizo que todos los hospitales se dedicasen de forma casi exclusiva a la atención de pacientes Covid dejando desamparadas patologías graves que sufrieron retrasos en la atención y demora en las pruebas diagnósticas. Pasadas las semanas más criticas, la dirección encarga la elaboración e implantación de un protocolo de actuación para la recuperación de la actividad ambulatoria antes de que pudiese producir un nuevo brote.

OBJETIVOS Recuperar la actividad ambulatoria con total garantía de calidad y seguridad para pacientes y profesionales. Identificar los pacientes con mayor riesgo en lista de espera y priorizar su atención con diferentes tipos de visitas. Protocolizar la atención post-Covid con recomendaciones y medidas de prevención. Crear circuitos y accesos diferenciados para pacientes No Covid-Covid dando garantías de seguridad en la atención. Potenciar y consolidar la telemedicina como nueva herramienta de atención. Validar la aceptación de las visitas virtuales. Conocer la experiencia del paciente presencial y aplicar sus aportaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS Creación de un grupo multidisciplinar para trabajar la desescalada dependiente de la dirección médica. Se contó con la colaboración de los servicios de Medicina Preventiva, Salud Laboral, Calidad y Seguridad, Comunicación y Experiencia del Paciente. Se priorizó la lista de espera y las programaciones pendientes desde el inicio de la pandemia por especialidad y agenda. Con metodología Lean calculamos la actividad presencial a realizar en una estructura con nuevas medidas de seguridad y citamos el resto como visitas virtuales. Creación de un grupo operativo de implantación y seguimiento diario de incidencias con observación directa. Prueba piloto con la participación del responsable del área de Experiencia del Paciente. Encuesta a pacientes visitados sobre la información recibida con la cita y durante la visita. Nuevo canal de comunicación (MEU CLINIC)

RESULTADOS Se elaboró un protocolo de atención con medidas de seguridad y recomendaciones. Se recuperó la actividad a cifras similares al año 2019, 247.254 visitas (-7%) con un 51% virtuales. Diseño de circuitos y accesos diferenciados con instrucciones claras para el personal de soporte. Diseño de un estándar de trabajo que según la afluencia y el crecimiento de la actividad permite planificar los recursos necesarios por franjas horarias y dias para cumplir con el protocolo. Solo se detectaron 8 pacientes sospechosos (7 confirmados con PCR) lo que confirma que las medidas de prevención y seguridad han sido efectivas. Gran aceptación de las recomendaciones y medidas de seguridad (5.8 sobre 6), información recibida antes de la visita clara y útil (5,6 de 6).

CONCLUSIONES Gran oportunidad para introducir mejoras e iniciar procesos de transformación en la consulta. Se ha trabajado con calidad y seguridad para pacientes y profesionales. Excelente aceptación de la telemedicina. La opinión del paciente ha sido clave para el proceso de recuperación. Implicación del voluntariado en consulta.

ID: 453

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN UN IMV A TRAVÉS DE UN CENTRO MÓVIL DE COORDINACIÓN O VEHÍCULO DE COMUNICACIONES

AUTORES: GONZALEZ MEDINA, JORGE[1]; MENDEZ ALONSO, C[2]; GOMEZ GIMENEZ, RE[3]; GARCIA MARTINEZ, R[4]; MORATO FERNANDEZ, MA[5]; FERNÁN PEREZ, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Dentro de la Cartera de Servicios de nuestro Servicio de Emergencias Extrahospitalaria (SEM) se encuentra la asistencia sanitaria en Incidentes de Múltiples Víctimas (IMV). Para optimizar su atención, de forma sistemática se realizan simulacros, tras los cuales, se llevan a cabo debriefing en los que participan todos los intervinientes y que tienen como finalidad identificar fallos y áreas de mejora. De forma reiteradas se identificó que las comunicaciones constituían un Factor Contribuyente al riesgo de mayor importancia.

OBJETIVOS Mejorar las comunicaciones dentro de un Incidente de Múltiples Víctimas (IMV) o incidente complejo mediante la implantación de un centro móvil de coordinación (CMC) en un servicio de extrahospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS Se desplegó en varias fases:

1. Formación de un grupo de expertos multidisciplinares en IMV que llevó a cabo el diseño y creación de este nuevo recurso.
2. Proyecto piloto con la creación y diseño del vehículo de comunicaciones y puesta a prueba en las diferentes simulaciones y dispositivos de cobertura preventiva prevista para verificar su idoneidad.
3. Realización de estudio cualitativo (entrevistas en profundidad y grupos de discusión) sobre la idoneidad del dispositivo.

RESULTADOS Diseño y creación de un CMC dotado con:

- 2 Ordenadores portátiles de sobremesa, para poder estar conectados con el software de coordinación de la sala de Coordinación
- 1 monitor de TV (fuente de información secundaria).
- Para comunicaciones diversas: 4 emisoras y 2 radios portátiles,2 teléfonos fijos y 2 móviles.
- Red wifi.
- Un generador autónomo.
- Mobiliario para favorecer espacios de colaboración y reuniones.

Se ha pilotado su uso durante un año movilizándose 11 veces a simulacros tanto dentro de la comunidad autónoma como nacionales.
Discurso de los intervinientes sobre idoneidad: el 100% consideran que es una importante mejora. Destacan que mejora el Puesto de Mando Avanzado, que permite desarrollar un Centro de Coordinación de emergencias en cualquier lugar, que es un espacio resguardado climatológicamente donde concentrar y asegurar las comunicaciones y transferencia de datos para más ágil, confidencial y segura toma de decisiones en un IMV, mejora las zonas asistenciales y supone un recurso indispensable en IMV complejos para asegurar la asistencia sanitaria.
Detección de mejoras a través del análisis del discurso de los intervinientes:

- Implantación de una cámara para apoyo visual para mejorar comunicación en el Puesto de Mando Avanzado.
- Instalación de Banda Aérea, para disponer de un sistema de comunicaciones con los recursos

aéreos, cada vez con mayor colaboración en la asistencia de incidentes de esta índole.
- Instalación de un concentrador de comunicaciones, para asegurar al 100% la cobertura de radio, con señal o bien GSM, satélite ó radio.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia la implantación de un CMC diseñado y creado por expertos tiene ventajas importantes para la gestión de IMV complejos y para garantizar la mejor asistencia a los pacientes.

MIRANDO AL FUTURO: ESTRATEGIAS DESPUES DE LA PANDEMIA

ID: 454

AUTORES: PLA MESTRE, ROSA[1]; GONZALEZ GARZON, G[2]; FERNANDEZ CASTELLÓ, A[3]; DIAZ REDONDO, A[4]; COLOMER ROSAS, A[5]; VALCARCEL DE LA IGLESIA, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GREGORIO MARAÑON[14], GERENCIA ATENCION PRIMARIA C. MADRID[2], DIRECCION DE CALIDAD SANITAS[3], SUMMA[5], HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS 17 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia Covid-19, ha producido una situación crítica en el conjunto del SNS y en particular en la atención hospitalaria. Durante los momentos álgidos del pico epidémico, se tomaron decisiones y se implementaron medidas para gestionar con la máxima seguridad posible, el incremento explosivo de la demanda, pero una vez superada esta situación es imprescindible abrir una reflexión pluridisciplinar y desde una perspectiva independiente que permita recuperarse a nuestro sistema de salud y a la propia sociedad. Las sociedades científicas pueden y deben facilitar esta reflexión, así desde una asociación autonómica de calidad asistencial, nos planteamos aportar, con el concurso de profesionales de distintos ámbitos, nuestras aportaciones respecto a las estrategias que deberían abordarse para garantizar una atención segura y de calidad en el futuro.

OBJETIVOS Elaborar recomendaciones estratégicas para el futuro del sistema sanitario en el ámbito nacional y con especial referencia a la Comunidad de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODOS Grupo de Trabajo: Además de los miembros de la Junta directiva de AMCA (en la que están representados Atencion primaria, Hospitales, Servicios de emergencia, Corporaciones sanitarias del ámbito privado) se invitó a incorporarse al análisis a profesionales de servicios clínicos de hospitales y atención primaria, Salud Pública, Atencion Farmacéutica y gestión.
Metodología: La base metodológica ha sido desarrollar un DAFO, estructurado en tres niveles micro (centros sanitarios), meso (Administracion Autonómica) y macrogestión (Autoridades y Centros de Referencia Nacional) por parte la mitad de la junta y de los colaboradores externos, sobre el mismo se llevó a cabo una revisión por la otra mitad del grupo y finalmente se mantuvo una reunión de consenso. Con los elementos del DAFO consensuados se priorizaron debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades en base a dos criterios: factibilidad e impacto en el sistema. Sobre aquellas con mayor puntuación se desarrolló el CAME, estableciendo la fuerza de la relación entre debilidades y fortalezas con las oportunidades y amenazas, y finalmente enunciando líneas y objetivos para las estrategias resultantes.

RESULTADOS Las dimensiones que finalmente resultaron relevantes del análisis DAFO se agrupan en los ámbitos de liderazgo, organización y estrategia, gestión del conocimiento, gestión suministros, profesionales, pacientes y ciudadanía, sistemas de información, coordinación institucional y gestión operativa. La mayor parte de debilidades se identificaron en el nivel de la mesogestión y las fortalezas se concentraron en la microgestión.

CONCLUSIONES La participación de un amplio panel de profesionales ha acumulado mucho conocimiento del sistema y ha resultado muy enriquecedor. El abordaje de análisis complejos, como es el caso, requiere un proceso de trabajo muy estructurado pero imprescindible para aportar valor .

ID: 455

IMPLEMENTACIÓN USO EVA EN UN SEM A TRAVÉS DE PRIORIZACIÓN PATOLOGÍAS CON DOLOR COMO FACTOR CRÍTICO

AUTORES: MARTIN GONZALEZ, MARIO[1]; FERNÁN PEREZ, P[2]; BARTOLOME COLUSSI, M[3]; DE PAZ DE PAZ, F[4]; COLOMER ROSAS, A[5]; MARTIN FRESNEDA, MS[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Uno de los síntomas más frecuentes que se atienden en los servicios de emergencias extrahospitalarios (SEE) es el dolor que aparece en múltiples patologías de diferente nivel de gravedad, y distinta intensidad pudiendo tener implicación en la morbimortalidad por lo que es determinante identificarlo a través de una Escala de Valoración Analógica (EVA) que facilite su correcta evaluación y adecuado tratamiento.

OBJETIVOS Estandarizar la utilización de la EVA a través de una estrategia para fomentar su uso en las patologías prevalentes en la atención urgente extrahospitalaria en la que el dolor es un síntoma determinante.

MATERIAL Y MÉTODOS Material: Informe clínico electrónico de los recursos móviles. EVA validada en nuestro SEE. Sistema de Información (SIS).
Método: Grupo de trabajo: Comisión del Dolor, Departamento de Calidad y SIS:
En la 1ª reunión se planteó el objetivo y la metodología a seguir:

- Identificación de las patologías prevalentes en las que el dolor es síntoma determinante. El SIS aportó el registro y su codificación CIE-9. Revisión bibliográfica.
- Inclusión de la EVA dentro del Informe Clínico Electrónico (ICE) en campos cerrados para su posterior explotación. Propuesta de inclusión en criterios de productividad.
- Difusión hacia los profesionales

2ª.- Reunión: Identificación de las patologías (código CIE 9) más prevalentes en las que el dolor es síntoma principal.
Desde el Departamento de Informática se implementó una aplicación para incluir la EVA en el tablet PC.
Difusión: reuniones con responsables de unidades, intranet (píldoras informativas) y módulo específico para responsables de unidad funcional.

RESULTADOS 1) Se identificaron 121 patologías que cumplían los requisitos, agrupadas en:

- 44 contusiones y traumatismos
- 29 aparato digestivo.
- 12 Sistema Cardio Vascular
- 10 quemaduras y picaduras
- 8 procedimientos y técnicas aplicadas sobre el paciente
- 7 origen osteoarticular
- El resto de diferentes causas no agrupables.

2) Aplicación informática en el ICE que incluía la EVA como 5º constante.
3) Inclusión en el Contrato Programa de Unidades Funcionales.
4) Se realizaron dos reuniones con los Responsables de Unidad Funcional facilitándoles una presentación sobre uso de EVA y las patologías seleccionadas. Se incluyó una Píldora Informativa en la Intranet. Se programó un curso para mandos intermedios en el que se incluía la utilización de la EVA y la selección de los CIES.

CONCLUSIONES

El diseño e implementación de una estrategia para la mejora de la atención del dolor en los servicios de urgencia resulta efectivo para unificar esfuerzos y acciones de diferentes departamentos para identificar los procesos clínicos más prevalentes en los que más impacta la mejor atención al dolor, genera un proceso que sensibiliza y mejora la cultura del dolor en el entorno, facilita la traslación a la sistemática de la organización de la medición y seguimiento que, en conjunto, las mejoras en el proceso permitan inducir una mejora en la calidad de la atención.

ID: 456

ADAPTACIÓN METODOLÓGICA DE UN ESTUDIO DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE AL PROCESO ASISTENCIAL INTERDISCIPLINAR CÁNCER DE MAMA

AUTORES: PÉREZ GONZÁLEZ, ASIER IÑAKI[1]; SALAMANCA CASTRO, AB[2]; PARDO PACHECO, AM[3]; ESPALLARGAS MOYA, P[4]; VARELA RODRÍGUEZ, C[5]; RUIZ LÓPEZ, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: DOWAYO FORESIGHT[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE[2456], DOWAYO[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El Beryl Institute define la experiencia del paciente como la suma de todas las interacciones, moldeadas por la cultura de una organización que influyen en las percepciones del paciente a lo largo del servicio. Es por tanto una realidad compleja y de gran subjetividad, por ello, el proceso de trabajo es iterativo y creativo y permite innovar para las personas en la entrega de sus experiencias. Los expertos encargados de la realización del proyecto, a través los proyectos previos, tienen sistematizada una manera de trabajar que se ajusta al presupuesto y al calendario de ejecución. Se trata de diseñar los puntos de interacción de los pacientes y es importante comprender bien los procesos asistenciales donde esta experiencia sucede, y la complejidad de estos procesos es variable e impacta en la metodología de análisis.
El conjunto del resultado de la investigación permite innovar en la experiencia de las pacientes empoderándolas en su día a día, hace más gratificante y satisfactorio el trabajo a los profesionales sanitarios. Así mismo, se estima que la incorporación de la experiencia de los pacientes en el ciclo de mejora continua permite optimizar el coste medio de paciente de cáncer de mama.

OBJETIVOS Adaptar la metodología etnográfica a la complejidad, interdisciplinaridad y determinantes del proceso asistencial de pacientes con cáncer de mama en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS Innovación centrada en las personas mediante investigación etnográfica, utilizamos diferentes herramientas de síntesis como Mapas del Itinerario del Paciente y Mapas de Empatía o Personas. Para la toma de datos, se realizaron talleres y entrevistas con los profesionales sanitarios, entrevistas y seguimiento (shadowing) de pacientes y Sprint en los que prototipamos soluciones de manera temprana en entorno real. Para trabajar en el proyecto de diseño de la experiencia de paciente de cáncer de mama el propio mapa no nos servía para apoyar la investigación de campo.

RESULTADOS El resultado final fue la integración de la información obtenida en un flujograma del proceso centrado en la experiencia del paciente que permitió reflejar al menos un porcentaje de la complejidad del mismo.
Integramos la experiencia en las diferentes fases de un proceso asistencial con una duración longitudinal en el tiempo de unos cinco años.
Definimos los momentos de contacto con los pacientes que permitan la toma de datos y registro en las bases de dato para el uso primario y secundario de los datos.

CONCLUSIONES Comprendimos durante la investigación aspectos que teníamos que dejar de lado procesos de trabajo que en otros momentos sirvieron para ahora integrar elementos emocionales de peso que condicionan absolutamente el conjunto de la experiencia de la paciente desde antes del propio diagnóstico. El antes y el después se llevan todo el peso, con un durante con mucha cotidianidad solitaria en la que no se sabe a quién recurrir.

ID: 457

GESTION POR COMPETENCIAS: PERFIL DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS. DE UN SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS

AUTORES: SÁEZ GONZÁLEZ, MARIA PILAR[1]; CABALLERO FERNÁNDEZ, PL[2]; FERNÁN PEREZ, P[3]; COLOMER ROSAS, A[4]; DE PAZ DE PAZ, F[5]; QUINTELA GONZALEZ, Z[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las organizaciones más innovadoras se caracterizan por una alta valoración del saber y del conocimiento, promoviendo que este se traduzca en competencias de sus profesionales y en la retención del talento dentro de la misma.
Nuestro servicio de emergencias extrahospitalario (SEE) tiene implementado un modelo de gestión por competencias, con una perspectiva integral que asegura una gestión de recursos humanos con objetivos comunes y transparencia en el acceso a dichos puestos.
En la evaluación EFQM se detectó como área de mejora la actualización y creación de perfiles de puestos de trabajo (PT)y profesionales con el objetivo de alinear la formación y mejorar el desempeño, y específicamente en el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) en la labor realizada por los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES) en cuánto a la gestión de los recursos móviles, de ahí la necesidad de diseñar dicho perfil.

OBJETIVOS Elaborar y actualizar los perfiles de los PT de la organización en cuánto a la figura de los TES en el SCU.

MATERIAL Y MÉTODOS Creación de grupo de trabajo de equipo multidisciplinar con formación previa sobre metodología de perfiles.

- Revisión: bibliográfica, del marco legal del RD 1397/2007 (título de Técnico en Emergencias Sanitarias) y del documento previo para identificar y analizar los cambios del perfil de TES Locutor vigente y la nueva figura creada de TES Cero
- Reuniones del grupo de trabajo mixtas: 3 presenciales y virtuales (email y espacios de colaboración).
- Entrevistas semiestructuradas presenciales sobre el puesto de trabajo a 3 profesionales clave para la figura del TES Cero

RESULTADOS

- Ficha de perfil de PT revisada: misión del PT, dependencia orgánica y funcional, requisitos de formación/titulación obligatorios y valorables, funciones, tareas específicas, nivel de cada una de las 15 competencias del Directorio de Competencias de nuestro SEE.
- Actualización de la ficha de perfil PT de los TES
- Elaboración de las fichas de perfil PT del TES Locutor Cero

CONCLUSIONES La implantación de un modelo de gestión de competencias con definición de PT:

- Facilita la revisión y actualización de cualquier PT de la organización y su adaptación a nuevos requerimientos y competencias técnicas y de habilidad de una forma normalizada para toda la organización y para todos los PT. En el caso presente, la actualización de los perfiles de PT de los TES, adaptándola a la nueva normativa y requerimientos de nuestra organización, y en concreto, a la elaboración del perfil de un nuevo PT de TES “0” creado en base al rediseño de nuestro Servicio Coordinador de Urgencias.
- Establece bases objetivas y transparentes para la selección de perfiles profesionales acordes al perfil del PT haciendo una adecuada gestión del talento de la organización. En nuestro caso en su utilización para la selección de profesionales para este nuevo PT.

ID: 458

MEJORA DEL PROCESO DE TRASLADO DE RIESGO BIOLÓGICO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES: MÉNDEZ ALONSO, CARLOS[1]; FERNÁN PEREZ, P[2]; SEMPRÚN GUILLÉN, MA[3]; ABEJÓN MARTÍN, R[4]; QUINTELA GONZALEZ, Z[5]; COLOMER ROSAS, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Dentro de la cartera de servicios de nuestro Servicio de Emergencia Extrahospitalario (SEE) se encuentra la realización de traslados interhospitalarios (TIH) de pacientes en los que se sospecha o existe confirmación de que padece una enfermedad de las llamadas emergentes o reemergentes, de alta contagiosidad y que puede suponer un reto en su control por los mecanismo ordinarios de Salud Pública, por lo que el TIH, además, se realiza con medios especialmente diseñados y con personal altamente cualificado y entrenado.
Estos TIH precisan una adecuada planificación y ejecución por parte de los intervinientes, y supervisión estricta de los pasos a realizar para su consecución.
La pandemia de COVID 19 evidenció la amenaza de que, debido a la incidencia de casos que dispararon la demanda asistencial, se dificultase la cobertura del TIH de estos pacientes, siendo preciso realizar una revisión del mismo e incluir mejoras.

OBJETIVOS Optimizar y actualizar el proceso de Traslados Interhospitalarios de Riesgo biológico (TRB) en nuestro SEE.

MATERIAL Y MÉTODOS Revisión bibliográfica COVID19: vías de transmisión, medidas específicas para el traslado y experiencias en otros países y comunidades.
Constitución equipo de trabajo con miembros del grupo de TRB. Utilización de espacios de colaboración virtuales para agilizar las reuniones presenciales.
Identificación de necesidad de recursos humanos y materiales en base a los escenarios del Plan de Contingencia COVID19. Evaluación recursos existentes. Diseño de proceso de TIH fijandose estándares de calidad, y asignación de recursos.
Diseño y divulgación: nuevo circuito TIH, material formativo, píldoras para actualizar conocimientos y afianzar los adquiridos en crisis sanitarias previas.

RESULTADOS Aumento de recursos:grupo de profesionales sanitarios especializados en TRB aumenta hasta 60.
Se reasignan los grupos de traslados y modifica el calendario de guardias, pasando de alertas quincenales a semanales.
Se crea la figura del Coordinador de equipo de traslados con funciones de planificación de traslado, enlace de comunicación con el Servicio Coordinador de Urgencias, coordinación de traslados y supervisión de circuitos de limpio-sucio en los centros hospitalrios, apoyo a la supervisión de puesta y retirada de EPI, control de los tiempos de exposición, activación de los profesionales de guardia y evaluación de traslado detectando mejoras.
Se ha garantizado la asistencia, realizándose el 100% de los traslados solicitados a nuestro SEE, cumpliendo los estándares fijados.
Desde que se inicia el 25/02 el primer TRB hasta el 31/05/2020 que se cierran los hoteles medicalizados para atención a pacientes COVID19 se realizaron 214 traslados de pacientes críticos y un total de 5971 pacientes en soporte vital básico.

CONCLUSIONES La mejora del proceso de TRB ha supuesto dar respuesta al total de las necesidades de traslado y

una asistencia segura de los pacientes sospechosos o confirmados COVID19 al cumplirse los estándares de calidad marcados por la organización.

ID: 459

PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD INFUSIÓN TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS E INMUNOSUPRESORES EN TIEMPOS DE COVID-19.

AUTORES: JANKILEVICH, GUSTAVO[1]; O'LEARY, K[2]; RODRÍGUEZ, M[3]; LOMBARDI, E[4]; MONTES DE OCA, E[5]; , [6]

CENTROS DE TRABAJO: SERVICIO DE ONCOLOGIA- HOSPITAL G DURAND

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia de COVID 19 es el mayor desafío sanitario actual. Los recursos se han dirigido hacia la prevención y el tratamiento de esta entidad. Las enfermedades crónicas no transmisibles son las primeras causas de morbimortalidad en adultos en Argentina. Una de las estrategias es no alterar tratamientos y atención de pacientes con trastornos oncologicos, oncohematológicos e inmunológicos.

OBJETIVOS Medir cuantitativamente los resultados de una estrategia tendiente a reforzar la seguridad, la compliance y la continuidad de los tratamientos mediante la participación del personal de salud, el paciente y sus familias.

MATERIAL Y MÉTODOS Fueron tomados los datos en forma retrospectiva de las historias clínicas e instrumentos de registro de enfermería y farmacia de pacientes consecutivos con diagnóstico de tumores sólidos, hematológicos e inmunodeficiencia hereditaria atendidos en nuestro centro de infusiones oncológico, en el período de enero a 30 de junio de 2020 contra igual período de 2019. Se prestó atención a variables cuantitativas, seguridad y casos de contagio.
El personal de salud y los pacientes fueron capacitados e informados acerca de normas de alerta y prevención.
Se comparó el número y la mortalidad dentro de los 30 días de infusión de tratamientos contra el mismo semestre del año anterior.

RESULTADOS Se contabilizaron los tratamientos y preparaciones entre enero y junio de 2019 y 2020.
Se registró un incremento en el número de pacientes pero al mismo tiempo una disminución en el número de preparados desde farmacia. (Tabla 1).

	Pacientes en tratamiento	Preparados farmacia
Ene/ Jun 2019	1375	2830
Ene/Jun 2020	1443	2640
variación	+ 4,94%	- 7,2%

El personal de salud y familiares fueron informados y entrenados en todos los casos.
Solo uno de veintiseis casos fue positivo en el personal sanitario. (0,038%)
Seis pacientes desarrollaron COVID post tratamiento (5 con diagnóstico oncohematológico y uno con cáncer de pulmón)
No hubo muertes en el personal de salud.
No hubo muertes en pacientes en los 30 días posteriores de las infusiones por COVID-19 hasta el corte de 120 días.

CONCLUSIONES El cumplimiento de procedimientos de seguridad adecuados a la contingencia COVID-19 permitió administrar en un Hospital Público tratamientos en forma adecuada. La dirección de recursos hacia COVID-19 no es un impedimento para atender adecuadamente a pacientes oncológicos e inmunodeficientes en la curva epidemiológica argentina.

ID: 460

PROCEDIMIENTOS SEGURIDAD INFUSIÓN TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS PACIENTES CON TUMORES GESTACIONALES EMBARAZO COVID19.

AUTORES: BIANCONI, MARIA INES[1]; OTERO, S[2]; TRIBIÑO, L[3]; O'LEARY, K[4]; FERRARI, M[5]; JANKILEVICH GUSTAVO., G[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL G DURAND- SERVICIO ONCOLOGIA[12346], UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia de COVID 19 es el mayor desafío sanitario actual. Los recursos se han dirigido hacia la prevención y el tratamiento de esta entidad. La neoplasia trofoblástica gestacional es un tumor curable, Una de las estrategias es no alterar tratamientos y atención de pacientes con tumores curables que se desarrollan durante el embarazo.
Es importante porque es una población particularmente vulnerable.

OBJETIVOS Medir cuantitativamente los resultados de una estrategia tendiente a reforzar la seguridad, la compliance y la continuidad de las consultas y tratamientos mediante la participación del personal de salud, el paciente y sus familias

MATERIAL Y MÉTODOS Fueron tomados los datos en forma retrospectiva de las historias clínicas e instrumentos de registro de enfermería de pacientes consecutivos con diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional. Se prestó atención a variables cuantitativas, seguridad y casos de contagio.
El personal de salud y los pacientes fueron capacitados e informados acerca de normas de alerta y prevención.
Se comparó el número de consultas y tratamientos y la mortalidad dentro de los 30 días de infusión de tratamientos contra el mismo semestre del año anterior.

RESULTADOS Tabla 1:

	Pacientes en tratamiento institucional	Pacientes admiitidos en consulta
Ene/ Jun 2019	5	144
Ene/Jun 2020	3	168
variación		+ 14,29%

CONCLUSIONES

El personal de salud y familiares fueron informados y entrenados.
No hubo muertes en el personal de salud ni 30 días posteriores de las infusiones por COVID-19 hasta el corte de 120 días.

El cumplimiento de procedimientos de seguridad adecuados a la contingencia COVID-19 permitió administrar en un Hospital Público tratamientos y continuar las consultas de pacientes con Neoplasia Trofoblástica Gestacional. La dirección de recursos hacia COVID-19 no es un impedimento para atender adecuadamente a pacientes con tumores curables y situación de vulnerabilidad.

ID: 461

PROCEDIMIENTOS DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA A PERSONAL SEGURIDAD DE CIUDAD BUENOS AIRES EN COVID 19. RESULTADOS 120 DIAS

AUTORES: NEUSPILLER, SEBASTIÁN[1]; LÓPEZ, A[2]; PÉREZ, D[3]; LOMBARDI, E[4]; GALLUCCI, M[5]; JANKILEVICH, G[6]

CENTROS DE TRABAJO: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SEGURIDAD PUBLICA CABA[12345], UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia de COVID19 es el mayor desafío sanitario actual. Las fuerzas de seguridad urbanas son capital humano esencial.
El uso de información, medidas de prevención y derivación oportuna son herramientas invaluables para prevenir decesos.

OBJETIVOS Medir cuantitativamente los resultados de una estrategia tendiente a reforzar la seguridad, educación y asistencia de los agentes y sus familias durante el inicio de la pandemia de COVID 19 en la policía de la Ciudad de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODOS Analizamos en forma prospectiva los datos obtenidos de los indicadores sanitarios establecidos desde el inicio del aislamiento preventivo obligatorio y la implementación de un sistema de información actualizado sobre el personal de seguridad, durante 120 dias.

RESULTADOS Sobre un total de 20.114 agentes, 66% de sexo masculino, con una edad media de 32,93 años ± 7,79 (r 18-65), durante el período marzo – julio 2020 (120 días) se registraron 542 casos, 2 de los cuales requirieron internación en UTI, ningún fallecido. Tasa de positividad: 34%.

CONCLUSIONES La educación y el cumplimiento de procedimientos de seguridad y derivación oportunos adecuados a la contingencia COVID-19, resultó en una tasa de letalidad nula y la atención de todos los casos en los cuatro primeros meses de pandemia.

ID: 462

CONSENSO ARGENTINO EN GESTIÓN EFECTIVA DE CALIDAD PARA CLÍNICAS DE ANTICOAGULACIÓN CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K

AUTORES: CERESETTO, JOSE[1]; DUBOSCQ, C[2]

CENTROS DE TRABAJO: SERVICIO DE HEMATOLOGIA. HOSPITAL BRITANICO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El paciente tratado con antagonistas de la vitamina K (AVK) sigue siendo un desafío, especialmente en regiones donde, por el costo, los dicumarínicos son todavía la alternativa más buscada a la hora de elegir un anticoagulante oral. Las clínicas de anticoagulación (CAC) han demostrado ser la forma más eficiente y segura de evitar complicaciones trombóticas y hemorrágicas y de mantener al paciente en rango óptimo de tratamiento mediante el monitoreo de la relación internacional normatizada (RIN). Se requiere de óptima infraestructura y personal entrenado para su gestión eficiente y normas de educación para el personal y los pacientes. En Argentina estas normas para mantener la calidad de las CAC no están estipuladas claramente, dejando a criterio de cada institución el correcto manejo de esta compleja población.

OBJETIVOS Proponer una serie de indicadores de calidad en la gestión efectiva de las clínicas de anticoagulación para unificar el manejo de los pacientes anticoagulados con AVK.

MATERIAL Y MÉTODOS El documento inicial fue elaborado por los dos editores y se revisó en primera instancia por ocho expertos médicos hematólogos y bioquímicos especialistas en hemostasia. Seguidamente se realizó una segunda ronda de consultas por mail con 62 profesionales de todo el país. Teniendo en cuenta sus sugerencias se elaboró el documento final que fue aprobado por todos los autores.

RESULTADOS El consenso incluye 15 criterios claves para establecer parámetros mínimos que toda clínica de anticoagulación debe incluir. Se discuten diferentes factores que afectan el rango de anticoagulación con AVK y cuáles son los requerimientos mínimos pre analíticos, analíticos y pos analíticos del laboratorio para obtener un RIN correcto. Se definen características de estructura necesarias para el buen funcionamiento de la CAC, rol del personal de salud abocado al manejo del tratamiento anticoagulante y necesidades de educación al paciente. Se proponen algoritmos de manejo para realizar el monitoreo de los AVK y se define el circuito que realiza el paciente para cumplir con estándares de calidad. Se proponen indicadores de calidad para monitorear el desempeño de las CAC. Estos requisitos deberían adaptarse a la irregular disponibilidad de recursos de cada centro del país.
El documento de consenso final fue aceptado para su publicación en la revista MEDICINA con el fin de su difusión en la región

CONCLUSIONES Este consenso es el primer documento donde participa un amplio grupo de expertos en hemostasia para definir criterios de funcionamiento de una CAC en nuestro medio. Tener en consideración estas premisas nos permitirá optimizar el manejo del paciente anticoagulado con AVK y minimizar intercurrencias trombóticas y hemorrágicas a las que están expuestos.

ID: 463

ORGANIZACIÓN EN PANDEMIA COVID19 DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANO: COORDINACIÓN, COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES

AUTORES: ASTIER PEÑA, MARIA PILAR[1]; LEON LATRE, M[2]; GÓMEZ MARCOS, FJ[3]; BERNAD GIMENO, JA[4]; CASILLAS FERRANDIZ, L[5]; PARDO PARDO, MC[6]

CENTROS DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El 15.03.2020 se declaró el estado de alarma. Cada equipo de atención primaria (EAP) se organizó con los recursos disponibles garantizando atender con calidad y seguridad a sus pacientes, identificando riesgos y aprendiendo a gestionarlos.

OBJETIVOS
1. Describir la organización de un EAP en la pandemia.
2. Evaluar resultados y rediseñar el plan de respuesta a la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS El EAP atiende Zona Básica de Salud (ZBS) urbana de 37.000 habitantes de 8 a 20hs. Formado por 23 médicos de familia (MF), 5 pediatras, 8 administrativos, 21 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería, 1 matrona, 1 trabajadora social y 3 fisioterapeutas. Métodos: Creación de 4 grupos de trabajo –GdT- (Tipo task- force): (1) Gestión administrativa y salud pública, (2) Atención a la comunidad. (3) Gestión clínica y documental, (4) Gestión de recursos materiales y humanos. La participación en GdT fue voluntaria. Comunicación interna por 6 grupos de WhatsApp (WaP), 1 por GdT; 1 general y 1 Biblioteca Covid19 con repositorio en la nube. Se diseñaron reuniones de coordinación: 2 reuniones por semana con medidas de distancia, mascarilla y en sala de espera amplia.

RESULTADOS Los GdT contaron con 4-5 voluntarios. Cada grupo realizaba sus tareas más las del grupo. La comunicación interna por WaP fue diaria, festivos incluidos. La Biblioteca Covid19 en la nube sigue actualizada. Se han realizado 23 reuniones de coordinación. Desde mayo, 1 por semana. Estructura de reuniones: Cada GdT resumía novedades, necesidades para solventar y logros. El GdT 1 ha modificado agendas en las fases de pandemia para consulta telefónica/presencial, listados de casos para salud pública, definición de aforos. El GdT 2 se coordinó con consejo de salud y asociaciones de la ZBS. Crearon cuentas en Twitter, Facebook, Instagram. Se ofreció información sobre uso de mascarillas, lavado de manos, distancia social, aislamiento domiciliario, duelo de familiares/amigos, cuidado del cuerpo y las emociones con sesione online con fisioterapeutas, clases de preparación al parto y crianza con matrona. El GdT 3 recopiló, elaboró y transmitió recomendaciones oficiales de las distintas fases. Coordinó protocolos de circuitos asistenciales, triajes y rastreadores. El GdT 4 recogió donaciones de material, creó protocolos y formación en uso de Equipos de Protección Individual (EPI) y adecuó espacios. Informó de medidas de seguridad laboral. A partir del 21.06.20 esta organización dejó de funcionar. La evaluación es positiva en cuanto a control de pandemia y funcionamiento del EAP con la comunidad. Sin embargo, los profesionales están agotados y la presión asistencial ha aumentado con cifras elevadas COVID19 sumado a demoras asistenciales acumuladas. La propuesta es activar el plan con mejoras identificadas por GdT.

CONCLUSIONES Evaluar el despliegue organizativo inicial y espontáneo del pico de la pandemia da claves para rediseñar un plan de respuesta adaptado al EAP para la segunda ola, si bien el equipo precisa refuerzos.

ID: 464

¿CÓMO TRATAMOS EL DOLOR A LOS PACIENTES ATENDIDOS POR RECURSO MÓVIL DE UN SISTEMA DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA?

AUTORES: LLAMOSAS FALCÓN, LAURA S.[1]; FERNÁN PÉREZ,, P[2]; COLOMER ROSAS, A[3]; MARTÍNEZ GOMEZ, J[4]; LUIS-YAGÜE LÓPEZ, J[5]; DE PAZ DE PAZ, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: H DOCE DE OCTUBRE[1], SUMMA[23456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Nuestro servicio de emergencias extrahospitalario dispone de una estrategia para la adecuada atención del Dolor, desarrollada por la Comisión del Dolor que ha validado una Escala de Valoración Analógica (EVA), integrada en el informe clínico de los recursos móviles (tablet PC), y se ha establecido como objetivo la utilización de la misma en patologías seleccionadas (CIE-9) en las que el dolor es un elemento determinante por su intensidad, limitación y posible repercusión en la morbi-mortalidad. La utilización de la EVA tiene como objetivo ser una herramienta para optimizar la atención al dolor teniendo como referente la escalera analgésica de la OMS y a la guía propia de Manejo del Dolor Agudo en la Urgencia Extrahospitalaria.

OBJETIVOS Evaluar el grado de adecuación del tratamiento analgésico al nivel del dolor objetivado a través del uso de la EVA en pacientes atendidos por los recursos móviles aquejados de patologías en las que el dolor se ha establecido como determinante por su potencial impacto sobre la morbimortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo transversal de pacientes atendidos por recursos móviles afectados por las patologías seleccionadas en los que se ha utilizado la escala EVA para conocer el nivel del dolor. Se seleccionó una muestra aleatorizada de 200 pacientes, que cumplían criterios de inclusión. Se presentan resultados preliminares de los primeros 70 informes clínicos auditados.
Las variables recogidas fueron de patología CIE-9, nivel de EVA, tratamiento. Se recopilaron los medicamentos utilizados en nuestro servicio, agrupados por categorías según la escalera de tratamiento analgésico de la OMS adaptada a nuestra guía de manejo de dolor agudo en la urgencia extrahospitalaria. Se evaluó la adecuación como: Adecuada, No adecuada y No valorable.

RESULTADOS De los 70 Informes auditados, 60 correspondían a pacientes atendidos por Soporte Vital Avanzado y 10 por Unidades de Atencion Domiciliaria.
El motivo de demanda más frecuente fue el Dolor Torácico (40%), de los que en más del 50% el origen fue cardíaco, correspondiéndose el resto con procesos musculoesqueléticos y digestivos.
El 2.º motivo de asistencia fueron los accidentes (tráficos, laboral..), siendo un total de 22, de los que 10 fueron caídas y 8 accidentes de tráfico.
El nivel de EVA más frecuente fue de 7 (15 pacientes), seguido de 8 (10 pacientes) y 5 (8 pacientes).
El tratamiento se consideró adecuado en 49 pacientes (70%), inadecuado en 10 (14,3%) y no valorables en 11 (15,7%).
En 8 ocasiones se devaluó tras el tratamiento pero solo en 3 se especificó la EVA. Se hizo en Observaciones en texto libre.

CONCLUSIONES El resultado preliminar de nuestro estudio muestra que mayoritariamente el dolor se trata de forma adecuada en nuestro medio aunque tenemos que seguir realizando actividades de sensibilización y formación.
Es preciso mejorar el formato del Informe para que las reevaluaciones del nivel de dolor tras tratamiento a través de la EVA puedan registrarse como las demás constantes de forma reiterada.

AFECTACIÓN DEL COVID-19 EN LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES.

ID: 465

AUTORES: S. VALBUENA, CARMEN-VICTORIA[1]

CENTROS DE TRABAJO: MUTUA UNIVERSAL[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN A mediados del mes de marzo vivimos una situación excepcional generada por una pandemia de un nuevo tipo de coronavirus que desembocó en una crisis sanitaria a nivel mundial. Debido a ello, el Estado decretó un estado de alarma por el que nuestra entidad tuvo que adoptar medidas urgentes para ir dando respuesta y adaptándose a los continuos cambios que se generaban, para ello contó con el teletrabajo y el desarrollo de proyectos telemáticos (teleconsulta, APP y visita telefónica de tratamiento). Todo ello provocó un cambio en todos los departamentos, incluyendo la gestión de las reclamaciones.

OBJETIVOS Principal: Conocer la implicación que ha supuesto la pandemia en la gestión de las reclamaciones. Secundarios: Conocer el estado de los proyectos iniciados para la mejora de la calidad en la gestión de reclamaciones; analizar la afectación en las instancias y de los proyectos telemáticos; comparar el comportamiento de las reclamaciones con el año pasado.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó un estudio observacional cuantitativo de 481 instancias desde el 16 de marzo hasta el 21 de junio de 2020 basándonos en la base de datos del aplicativo informático de las reclamaciones y en la creación de excel que monitorizaban los proyectos en curso.

RESULTADOS El 25,71% de los proyectos generados se han paralizado. Se han gestionado 322 reclamaciones menos que el año pasado. Las prestaciones económicas han tenido una incidencia más elevada este año (21,14% frente al 15,32% del 2019). El 93,17% de las instancias han sido reclamaciones (abril ha sido el mes con menos reclamaciones). El canal más utilizado ha sido el telemático. No se han modificado los motivos de reclamación: prestaciones económicas (21,14%), desacuerdos con el alta (17,12%) y la contingencia (16,49%). Un 16,94% de las reclamaciones recibidas están vinculadas con el COVID. El 45,22% de las reclamaciones están pendientes en la fase de envío. Existe un incremento de un 7,10% en la utilización de los proyectos telemáticos. Existen 6 reclamaciones sobre desacuerdo en la atención telefónica en rehabilitación durante el confinamiento (1,26% en el total de las reclamaciones). Existe una mejora en la demora del envío al reclamante (48,95%).

CONCLUSIONES La pandemia ha producido la paralización de proyectos, pero también la creación de otros nuevos que se están evaluando para adoptarlos de forma permanente. Se han potenciado las nuevas tecnologías diseñadas sin percibir insatisfacción de los pacientes por el cambio. Cabe destacar que estas herramientas han estado limitadas durante la época de pandemia, por lo que debido a su gran aceptación se valora el mantenimiento de las mismas. Se han registrado menos reclamaciones que el año pasado, utilizado la vía telemática para realizarlas durante este período. No se han modificado los motivos (aunque los desacuerdos con las prestaciones económicas han aumentado). La creación de un sistema de envío de respuesta por el Buzón voz paciente ha mejorado las demoras, consiguiendo cumplir con los 10 días exigidos por ley.

ID: 466

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19

AUTORES: COBOS VARGAS, ANGEL[1]; CASADO FERNÁNDEZ, E[2]; ALBA FERNÁNDEZ, CM[3]; BUENO CAVANILLAS, A[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO[123], UNIVERSIDAD DE GRANADA[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS [1]7 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia de COVID-19 ha supuesto un enorme desafio para los profesionales sanitarios, que han respondido con entrega y dedicación, arriesgando su propia salud y la de sus familiares. Nos planteamos recoger la experiencia de todos de los profesionales que trabajan en este hospital, recoger su percepción sobre lo que se hizo bien y lo que pudo haberse hecho mejor, buscando una crítica constructiva, que permita integrar sus aportaciones en un plan de respuesta ante futuras crisis, en el que se reconozca y refuerce el espíritu de compromiso y colaboración, y se garantice la seguridad de los profesionales y de los pacientes.

OBJETIVOS

- Fomentar la Seguridad del Paciente.
- Conocer la opinión y experiencia vivida por los profesionales ante la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Reforzar la preparación del hospital frente a futuras pandemias, en particular frente a las posibles nuevas oleadas de infección por coronavirus.

MATERIAL Y MÉTODOS Se diseñó un cuestionario online, validado en la comisión de seguridad del paciente, con una estructura DAFO con 15 items, más un área de observaciones, en cada una de sus dimensiones. Se difundió telemáticamente entre todos los profesionales y las contratas del hospital. El acceso al cuestionario estuvo abierto desde el 25 de mayo hasta el 16 de junio de 2020. Se realizó un análisis cuantitativo de las puntuaciones asignadas a cada respuesta y cualitativo de las observaciones.

RESULTADOS Contestaron 507 personas. Destacaron el estrés y la sobrecarga de profesionales; el cese de la actividad asistencial programada y las frecuentes modificaciones de los protocolos de actuación entre las debilidades y la sobrecarga física y emocional de los sanitarios; el duelo patológico de la familia; el retraso en la demanda a urgencias y la dificultad de acceso a pruebas diagnósticas desde atención primaria entre las amenazas. Fortalezas: compromiso de los profesionales; disponibilidad para la colaboración; capacidad de adaptación y alto nivel de competencia del personal de enfermería. En materia de oportunidades: apertura del antiguo hospital Clínico y el alto grado de concienciación de los profesionales. En el análisis cualitativo se puso de manifiesto la preocupación por los EPIs (equipos de protección individual), la seguridad del paciente, en particular el aislamiento de los pacientes, y la satisfacción por el trabajo realizado. Entre los profesionales expuestos a pacientes con Covid destacó también el estrés. La debilidad de atención primaria, y la falta de coordinación entre niveles recibieron también una atención considerable.

CONCLUSIONES Es preciso desarrollar un plan de atención a los profesionales para el afrontamiento del estrés emocional, con promoción de entornos de trabajo saludable; planificar la organización de la actividad programada y reforzar la humanización de la asistencia en el supuesto de un nuevo brote y mantener los protocolos de actuación permanentemente actualizados y accesibles en todas las áreas, mejorando los canales de difusión de la información

ID: **467**

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS MODERADA-SEVERA.

AUTORES: SANCHEZ SANCHEZ, VICTORIA[1]; OCON PADRON, L[2]; SANTANA SUAREZ, A[3]; MARTIN MARTINEZ, A[4]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALRIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con endometriosis, es una herramienta fundamental para sensibilizar al personal sanitario y a la sociedad acerca de esta patología.
La medición de la CVRS presenta algunos retos que entorpecen su incorporación a la práctica clínica: falta de tiempo en las consultas, de espacios tranquilos para la cumplimentación de cuestionarios, dificultad en el dominio de la variedad de herramientas de medición disponibles

OBJETIVOS Conocer resultados de indicadores de calidad de vida y salud sexual en pacientes con endometriosis moderada-severa

MATERIAL Y MÉTODOS En el periodo 1/10/2018 a 31/12/2019 se exploran los indicadores relacionados con la calidad de vida y vida sexual en todas las pacientes atendidas por primera vez en una Unidad Específica de Endometriosis de un centro asistencial de 3º nivel en las Islas Canarias. Todas ellas con enfermedad grado III-IV según rASRM score.
Herramienta: cuestionario autocumplimentado SF-12 v2ïƒ¢ Health Survey que ofrece una medición de la salud de carácter multidimensional y que se resume en 2 componentes sumario: físico (CSF) y mental (CSM). También se preguntó a las pacientes acerca del impacto de la enfermedad en su vida sexual.
Las puntuaciones de los cuestionarios se estandarizan con los valores de la norma poblacional (EEUU), siendo 50 (DE 10) la media de la población general; los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejor o peor, respectivamente, que la población general

RESULTADOS N: 129 pacientes. Edad media: 40 años. Rango de edad: 25-53 años
La puntuación media para el componente sumario físico (CSF) fue 43,57 (DE 10,74); la puntuación media para el componente sumario mental (CSM) fue 44,06 (DE 9,94)
Las mujeres de entre 25-34 años tuvieron una puntuación CSF: 45,28; para CSM: 44,34.
En el rango de 35-44 años la puntuación CSF fue 44,08 y de CSM: 43,77
En el rango de 45-54 años la puntuación CSF fue 41,9 y para el CSM: 44,96
El 52% de la muestra presentó valores para CSF y CSM inferiores a la población general.
El 46% de pacientes resultó estar en riesgo de depresión frente al 20% en la población general.
El 69,35% de las pacientes manifestó que la enfermedad afectaba negativamente a su vida sexual; de ellas el 79% consideraba que la afectación era bastante o mucha.

CONCLUSIONES El importante impacto que la endometriosis en sus formas moderada-severa tiene en la función física, social, psicológica y sexual de las mujeres, justifica la inversión en recursos humanos y materiales destinados a la implantación y desarrollo de unidades especializadas sobre endometriosis, en la que las enfermas sean tratadas de forma precoz y eficaz.
La documentación objetiva de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tanto en situación basal como tras la aplicación de las diferentes opciones terapéuticas, es el indicador principal que determinará el verdadero valor de nuestras acciones sobre la salud de las pacientes.

UNA FOTOGRAFÍA PANORÁMICA DE LA UCI: "NARRACIONES LLENAS DE VIDA"

ID: 468

AUTORES: DEL CAMPO MOLINA, EMILIO[1]; AGUILERA PEÑA, M[2]; HIDALGO PEDRAZA, ML[3]; MORENO OSUNA, F[4]; RUIZ CABALLERO, P[5]; LÓPEZ VALERO, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: EMPRESA PUBLICA ALTO GUADALQUIVIR: HOSPITAL DE MONTILLA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Si preguntásemos que es una UCI, podrían verse diferentes maneras de definirla, según la vivencia de cada eslabón. La realidad podría ilustrarse en una fotografía de 360º, donde la definiesen los profesionales, familiares y pacientes, dependiendo de la mirada de cada uno. Tras el paso por la UCI: ¿La recuerdan los pacientes y familias?, ¿Qué es lo que piensan de ella?. Y los profesionales: ¿Tenemos ese lado humano que dicen que tenemos?

OBJETIVOS Objetivos 1º:
- Dar valor y visión a la sociedad del trabajo que realizan los profesionales de UCI.
- Conocer vivencias y emociones que ocurren en una UCI contadas por profesionales, pacientes y familiares y difundirlo a la sociedad
- Editar un libro de vivencias en UCI y representarla en una obra de teatro.
- Objetivos 2º:
- Reconocimiento a un intensivista y ser proyecto solidario.

MATERIAL Y MÉTODOS Formación del grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales de las UCIs de la provincia de Córdoba. Proyecto nacional basado en relatos de vivencias de profesionales, pacientes y familiares en su paso por UCI, y posterior edición en libro, añadiendo una representación teatral basada en los relatos. Jun-Agost 18: Difusión del proyecto. Sept 18: Presentación a la sociedad del proyecto. Sept-Dic 18: Recogida de relatos y revisión para editar el libro. Se realizaron 5 reuniones del jurado. Se recopilaron 92 relatos, 90 fueron aptos. Tras su lectura, se escogieron 42 para el libro "Narraciones llenas de Vida". El Proyecto de denominó 'I Certamen de relatos Dr. Guerrero Pabón'

RESULTADOS Nov-Dic 18: La portada del libro fue dibujada y donada por un paciente de UCI. Enero-Marzo 19: Edición y maquetacion del libro y 1ª y 2ª reunión del Jurado. Mayo-19: Presentación del libro a la sociedad y 4ª-5ª reunión del jurado, donde se escogieron los 6 mejores relatos que serían los premiados en el proyecto. Junio 19: Presentación de Obra de teatro y entrega de premios.
Octubre 19: 2ª Edición en papel del libro. Mayo 20: Edición digital del libro.
La venta del libro y entradas del teatro han proporcionado unos ingresos de 7500 euros. El libro ha sido editado en formato papel, y en formato digital.
De los 50 relatos restantes, se han extraído otros 36 relatos, que se han editado en un segundo libro, encontrándose en el momento actual en edición.

CONCLUSIONES
1. Se han conseguido editar dos libros de relatos
2. La lectura del libro nos hace comprender:
   - Como se trabaja y que se hace en una UCI
   - Como se piensa en "el otro lado" y porqué.
   - Que emociones siente el paciente, el familiar y el profesional.
   - Quizás entendiendo "al otro" podamos provocar una mejora en los aspectos humanos que aún faltan en nuestras UCIs.
3. Aseguramos que las emociones serán fácilmente transmitidas a cualquier lector del libro.

4. Los beneficios económicos han sido donados a 5 ONG
5. "I Certamen de relatos cortos Dr. Guerrero Pabón", hace referencia a un gran jefe de UCI, por su implicación en el área de UCI.

ID: 469

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS EN TEMAS LGBT+ DE LOS PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS: PROYECTO IENE9

AUTORES: LOPEZ LIRIA, REMEDIOS[1]; VEGA-RAMIREZ, F[2]; TORRES-ALAMO, L[3]; DIAZ-LOPEZ, MP[4]; ROCAMORA-PEREZ, P[5]; AGUILAR-PARRA, JM[6]

CENTROS DE TRABAJO: UNIVERSIDAD DE ALMERÍA[1356], DISTRITO SANITARIO PONIENTE[2], CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS 17 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El conocimiento sobre el colectivo LGBT+ (personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales) se reconoce como el mejor predictor de una actitud positiva durante las interacciones paciente-profesionales sociosanitarios. Mejorar este conocimiento contribuye a reducir el prejuicio y la estigmatización a la que a veces se enfrentan las minorías sexuales en contextos de salud.

OBJETIVOS El objetivo principal del proyecto europeo IENE9 "Diseño de un curriculum culturalmente competente y compasivo en LGBT+ para la formación de profesionales sociosanitarios" se ha basado en la evaluación de las necesidades de los profesores/ formadores en términos de enseñanza-aprendizaje LGBT+ a través de un cuestionario y la revisión de las políticas y directrices nacionales e internacionales en relación al tema.

MATERIAL Y MÉTODOS Siete países (España, Italia, Rumanía, Chipre, Dinamarca, Alemania y Reino Unido como coordinador) elaboraron un cuestionario para evaluar estas necesidades, traducido en sus respectivos idiomas. El enlace para participar desde España ha sido https://www.unipark.de/uc/IENE9_Spain/. Fue una encuesta online y anónima, sobre las propias opiniones y experiencias personales en relación a los planes de estudio inclusivos LGBT+ en educación sociosanitaria, abordando temas como: variables demográficas (orientación sexual, trabajo, religión), conciencia y conocimiento sobre el colectivo LGBT+, su formación sobre el tema, abordaje de este tema en su lugar de trabajo, sensibilidad cultural y actitudes generales, experiencias como formador/profesor, competencia cultural y comportamientos, necesidades. Este estudio ha recibido la aprobación de los comités bioéticos de los distintos países participantes.

RESULTADOS Más de 350 participantes señalan la casi invisibilidad de la diversidad sexual o de género como materia de estudio y reflexión en la universidad en general, lo que contribuye a perpetuar el estigma en sus actuaciones y futuras responsabilidades laborales, sobre todo en ámbitos como el sociosanitario. A pesar de los nuevos marcos legislativos que se han ido configurando en los distintos estados para paliar estas carencias, es fundamental y urgente la incorporación de la diversidad LGBT+ a los currículos formativos y a las líneas de investigación que se desarrollan en este ámbito. Es necesario abordar el conocimiento de la terminología, la comunicación para evitar la discriminación, la sexualidad, disparidad y las preocupaciones sexuales, los problemas específicos de salud del colectivo LGBT +.

CONCLUSIONES Esta información está siendo la base para el desarrollo del modelo curricular sobre el que se sustentará un curso de formación online dirigido a una mejor preparación para los profesionales y formadores sociosanitarios.
Financiación: Comisión Europea. Programa Erasmus+, Key Action 2: STRATEGIC PARTNERSHIPS. Referencia del proyecto: 2019-1-UK01-KA202-061955. Página web: www.iene-lgbt.com

ID: 470

COMPROMISO DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS CON LA HIGIENE DE MANOS: INCLUSIÓN EN EL CONTRATO PROGRAMA

AUTORES: NAVARRO-SANTOS, SARA[1]; RODRÍGUEZ-DÍAZ, I[2]; CINTORA-SANZ, AM[3]; RUIZ-LÓPEZ GASCO, A[4]; FERNÁN-PÉREZ, P[5]; FERNÁNDEZ-BENÍTEZ, MA[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) deben comprometerse con la prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria(IRAS). La Higiene de Manos (HM) es la medida única más efectiva para su prevención.
La Dirección Participativa por objetivos ha demostrado ser una herramienta valiosa para desplegar objetivos estratégicos (OE), por este motivo, siendo la adhesión a la HM un OE de nuestra Estrategia de Seguridad de Paciente, se decidió incluir la adhesión a la HM en el Contrato Programa de las Unidades Funcionales (UF) que prestan asistencia presencial a pacientes, estableciendo como meta el estándar (35%) de nuestro SEM en 2019.

OBJETIVOS Determinar el cumplimiento de HM en cada UF con relación al estándar establecido.
Evaluar el cumplimiento por categoría profesional e indicación, el método utilizado para realizar HM y el uso de guantes en los casos de no HM.

MATERIAL Y MÉTODOS Material: Dirección, Grupo Promotor de HM y CP (Inclusión en CP del ítem "% de cumplimiento HM â‰¥ 35%").
Método:
Selección oportunista (mayor presión asistencial) de un centro de cada UF (total 24). La selección de los profesionales observados fue aleatoria.
Se realizó un curso de observador del cumplimiento de HM voluntario para profesionales de todas las categorías de cada UF. Los que superaron la formación realizaron observaciones en centros, nunca de su UF.
Hoja de recogida de datos normalizada.
Se planificaron 100 oportunidades por centro o un máximo de 12 horas, finalizando la recogida de datos cuando se cumplía uno de los dos criterios.
Comunicación a los Responsables de UF.

RESULTADOS Se recogieron 2486 oportunidades de HM (46,7% enfermeras (E), 47,3% médicos (M), 4,9% TES y 1,1% TCAE). El 31,9% de las oportunidades correspondieron al momento 1 antes de paciente, 16,5% al 2, antes de tarea aséptica, 20% al 3 después del riesgo de exposición a fluidos corporales, 27,9 al 4 después de contacto con paciente y 3,5 al 5 después de contacto con entorno de paciente
El cumplimiento global por UF, fue del 59,48% desviación típica 20% (mediana 65,62% Rango 25-75= 37,21). 3 UF no alcanzaron estándar en valores absolutos, cumpliendo todas al tener en cuenta intervalos de confianza.
El cumplimiento fue: 60,81% en E, 58,13 en M, 60,71% en TCAE y del 48,36% en TES.
El cumplimiento fue 51,95% para el momento 1, 40,59% en el 2, 71,69 en el 3, 68,59% en el 4 y 48,62% en el 5.
El método utilizado fue hidroalcohol en el 80% de las acciones. En un 49,20% de las oportunidades de no cumplimiento se usaban guantes.

CONCLUSIONES Nuestro SEM continúa avanzando en la HM. El hidroalcohol es el medio mas utilizado.

El estándar del 35% ha resultado accesible para todas las UF, y estimamos pertinente aumentar el estándar fijado.
El CP se muestra como una herramienta óptima para promover la adhesión a la HM.
No hay diferencias entre tipo de profesional lo que estimamos que es por una más homogénea y mayor toma de conciencia.
Como se aprecia en otros estudios los guantes tienen un papel controvertido de falsa protección.

ID: 472

COMPRENDER LA ENFERMEDAD COVID 19 DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROPIOS PACIENTES. ESTUDIO CUALITATIVO FENOMENOLÓGICO

AUTORES: MARTÍN MUÑOZ, BEGOÑA[1]; HERRERO MARTÍN, I[2]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2, pese a ser de descubrimiento muy reciente, mantiene una investigación y producción científica muy intensa. Se investiga sobre su epidemiología, métodos diagnósticos fiables, abordaje terapéuticos o en la elaboración de la vacuna. Sin embargo, sabemos poco sobre cómo vive la población afectada la enfermedad ¿Cómo se sienten las personas enfermas? ¿A qué dificultades se enfrentan? ¿Cómo afrontan la situación? ¿Qué necesitan para superarla?

OBJETIVOS Explorar la experiencia/vivencias de personas enfermas por el virus SARS-CoV-2 con el fin de comprender la enfermedad en toda su dimensión y trascendencia.

MATERIAL Y MÉTODOS Diseño: Estudio cualitativo de carácter fenomenológico
Participantes: Se seleccionó mediante muestreo intencional a cuatro participantes que había padecido la enfermedad COVID 19. Se eligieron personas con perfiles diferentes para aportar visiones diferentes/complementarias del mismo fenómeno.
Método de recogida de información: Entrevista cualitativa semiestructurada realizada a cada participante siendo grabada y transcrita literalmente.
Análisis cualitativo: Análisis de contenido siguiendo la propuesta práctica de Taylor-Bogman con el apoyo del programa informático Atlas Ti

RESULTADOS Categorías temáticas identificadas:
1. Afecta a la persona como ser individual.
   - Supone una agresión física.
   - Supone una agresión emocional catalogando la experiencia como traumática y articulando un discurso lleno de emociones negativas: miedo, inseguridad, desvalimiento/indefensión, desamparo, aislamiento/incomunicación, soledad, incertidumbre, ansiedad, frustración, ira/enfado, desesperanza y tristeza.
   - Modifica las creencias/escala de valores personales.
   - Afecta a la espiritualidad.

2. Afecta a la persona como ser social. Repercute en la familia/círculo social más cercano generando preocupación y obligando a movilizar recursos y desarrollar estrategias para cubrir las necesidades de la persona enferma.
3. Moduladores del padecimiento. Incluye aspectos que les han resultado de ayuda durante el enfermar y aquellos reconocidos como necesarios pero ausentes: Accesibilidad a consejos/recomendaciones sanitarias; Mantener la comunicación con los profesionales sanitarios; Soporte para cubrir las necesidades de la vida diaria; Apoyo anímico; Cuidados sanitarios cálidos y empáticos; Ayuda psicológica; Mantener la comunicación con la red de apoyo familiar/social; Mantener las aficiones personales; Creencias religiosas

CONCLUSIONES "Enfermar por SARS-CoV-2" puede llegar a ser una experiencia traumática, tanto si se vive desde el domicilio como hospitalizado, al percibirse como una amenaza hacia la persona como ser individual y social. Se afecta la esfera física y emocional profundamente y hace replantearse los valores/

creencias que han guiado el comportamiento hasta ese momento. El abordaje sanitario de la enfermedad no debe limitarse a salvar vidas, debe darse un paso más buscando paliar el sufrimiento y cubrir las necesidades sentidas por los afectados

ID: 473

APRECIACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES: VILLÁN-VILLÁN, YURI FABIOLA[1]; CONTRERAS-VILLAMIZAR, KM[2]; CASTILLO-ROSADO, VP[3]; GRANADOS-QUIÑONEZ, A[4]; VERDÚ-SÁNCHEZ, C[5]; MARTÍNEZ DE MIGUEL, B[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ[156], UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA[2], HOSPITAL EL TUNAL, BOGOTÁ, COLOMBIA[3], WASHINGTON UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE IN ST. LOUIS[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido un gran impacto a nivel mundial enfrentando a los servicios sanitarios a riesgos importantes en seguridad del paciente.

OBJETIVOS Realizar la apreciación de riesgos transversales en seguridad del paciente a los que se han enfrentado los profesionales en diferentes áreas.

MATERIAL Y MÉTODOS La apreciación de los riesgos (identificación y análisis) se ha realizado utilizando la metodología de la norma UNE 179003:2013, con profesionales de las siguientes áreas: quirúrgica, críticos, medicina interna/nefrología, pediatría y gestión, en tres países diferentes afectados de forma importante durante la pandemia: Colombia, España y Estados Unidos. La identificación (listado) y el análisis (categorización, determinación de causas, consecuencias, defensas actuales) se han realizado utilizando técnicas simples y de carácter genérico.
La determinación del nivel de riesgo (gravedad x probabilidad x capacidad de detección), la evaluación de los riesgos y las propuestas de planes de tratamiento adaptables al sistema sanitario/hospital, se realizarán en una segunda fase.

RESULTADOS Total riesgos identificados: 90 clasificados en 17 categorías. Más riesgos en: 17-Otras (limpieza, ambulancias) 16%, 1-Gestión organizativa/citaciones 12,5%, y 16-cuidados y seguimiento del paciente 9%.
A priori, riesgos más significativos:
1. Riesgo de decisión clínica incorrecta
Causas: necesidad de reubicación de profesionales en áreas no habituales en las que se desempeñan, conllevó a realizar tareas críticas sin adecuada preparación.
Aumenta su impacto con el número reducido de profesionales, que llevó a encontrarse sin oportunidad de comunicarse con compañeros ante cualquier duda y la complejidad/gravedad de los pacientes.
Defensas: a. Pase diario con los especialistas de referencia, b. Decisiones trascendentales tomadas en equipo (traqueotomías, extubaciones programadas, adecuación del esfuerzo terapéutico) y c. Apoyo telefónico (muy limitado al no poder ver al paciente; en este caso, existe otro riesgo en sí mismo, de toma de decisiones únicamente con la información referida por el profesional al teléfono).

2. Riesgo de identificación inadecuada del paciente
Causas: alto volumen de pacientes para un número de profesionales reducido.
Consecuencias: realización de valoración clínica y tratamiento al paciente equivocado.

3. Riesgo de Accidentes del Paciente
Causas: Pacientes aislados, edad avanzada, desarrollo de síndromes confusionales.
Consecuencias: Fracturas que tuvieron que ser intervenidas quirúrgicamente, con alto riesgo de complicaciones y elevada mortalidad.

4. Riesgo de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria
Causas: Carga asistencial, cambio de rutina de trabajo y personal de nueva incorporación.
Consecuencias: Aumento de la necesidad de recursos, tiempo de estancia y mortalidad.

CONCLUSIONES

Riesgos significativos: dificultad para la toma de decisiones clínicas, identificación del paciente, accidentes del paciente e infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

ID: 474

MEJORA DEL BIENESTAR EMOCIONAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: MORANO-VAZQUEZ, AITANA[1]; LLAMOSAS-FALCÓN, LS[2]; RAMOS-CASADO, MV[3]; SANTAMARÍA-SANTOS, BD[4]; BUENO-DOMÍNGUEZ, MJ[5]; ARTILLO-REMBADO, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE[2346], INSTITUT UNIVERSITARI AVEDIS DONABEDIAN - UAB[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El impacto que produce la hospitalización en los niños y adolescentes y sus familiares ha de ser abordado en una estrategia de hospitales amigables con los niños. Una de las estrategias actuales es incidir de forma precoz en aquellas situaciones que puedan afectar al bienestar emocional en la edad más temprana, y promover un desarrollo psicológico saludable. Por ello, con este proyecto podemos ayudar a minimizar y gestionar el estrés que representa para niños y adultos el ingreso y el abordaje del problema de salud.

OBJETIVOS El objetivo principal es mejorar el bienestar emocional de niños y adolescentes y sus familias durante la hospitalización pediátrica. Para ello se deben identificar las necesidades de soporte emocional y utilizar herramientas de sensibilización, organización, apoyo y mejora de competencias en atención psicosocial de los mismos. También se debe dar el apoyo a los profesionales para que utilicen y apliquen los instrumentos de mejora diseñados y priorizados por su alto impacto, para lograr intervenciones oportunas y efectivas y así contribuir a mejorar los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS Se organizó un grupo de trabajo multidisciplinar que englobaba la participación de cuatro unidades de pediatría (general, onco-hematología, cirugía cardíaca y UCI). Se realizaron tres cortes para medir indicadores agrupados en las siguientes categorías: valoración del estado emocional del niño hospitalizado, información y comunicación efectiva al niño y familia, presencia y participación de los padres en unidades especiales (UCI, inducción anestésica), prevención y tratamiento del dolor y continuidad de la atención en niños con pluripatología o ingresos prolongados. Se realizaron seminarios y sesiones de seguimiento y aprendizaje conjunto para analizar la progresión del plan de mejoras tras cada análisis del corte de indicadores. Se impartió formación básica y avanzada sobre bienestar emocional, atención centrada en la persona, derechos, infancia, adolescencia, hospital pediátrico y mejora de la calidad para profesionales a través de webinars. Se revisaron y adaptaron las guías de buena práctica para la mejora del bienestar emocional.

RESULTADOS La mejora en la valoración de todos los indicadores ha mejorado en cada una de las mediciones. En global, los ítems mejor valorados fueron la satisfacción de las familias y aquellos relacionados con unidades especiales y con el dolor. Los relacionados con el uso de la herramienta del cuaderno de preguntas y la transferencia al seguimiento como adultos han sido las áreas con mayor margen de mejora.
Se estableció un plan de mejora con 26 acciones divididas en 5 áreas. Se superó el 75% de desarrollo en más de la mitad de las acciones emprendidas. El caso de éxito ha sido la UCI con un alto grado de implicación y la implantación de herramientas de mejora propias para el bienestar emocional de sus pacientes y sus familias.

CONCLUSIONES Este proyecto ha mejorado el abordaje de diferentes aspectos psicosociales que influyen en el bienestar emocional.

ID: 475

NADA COMO LO POCO SIENDO BASTANTE ... LA RACIONALIZACIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS

AUTORES: ALBUERNE SELGAS, MERCEDES[1]; PRIETO ANTÓN, C[2]; NORIEGA LOPEZ, C[3]; CEDEÑO BENAVIDES, T[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTIN DE AVILES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por COVID-19 supuso un reto organizativo y un desafío en la utilización de los recursos, muy exiguos en las primeras semanas. El conocimiento sobre SARS-CoV-19 avalaba su transmisión por gotas y contacto. Los escenarios de masificación, la tensión en las organizaciones y los contagios entre sanitarios hacían recomendar medidas de sobreprotección, que no se correspondían con las habituales tomadas para esta transmisión. Nuestros recursos eran suficientes pero preveíamos escasez. En la Unidad de Urgencias elegimos racionalizar y utilizar la evidencia científica disponible como bandera para la toma de decisiones organizativas, estructurales y de protección

OBJETIVOS Dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿usar estrictamente medidas de aislamiento por gotas/contacto conllevó aumento de contagio entre los profesionales? ¿Pusimos en riesgo a los pacientes generando contaminación cruzada? ¿Empeoran los resultados si estructuralmente no es posible generar circuitos 100% separados?
Valorar si tuvo impacto la contención de gasto en urgencias sobre el abastecimiento de EPIs en toda la organización.

MATERIAL Y MÉTODOS Utilizamos una línea de tiempo como recurso de aprendizaje y revisión de las decisiones tomadas y sus resultados. En ella visualizamos: recomendaciones (institucionales y de otras fuentes), decisiones adoptadas, momentos de escasez, desabastecimiento de EPI avanzado (informes almacén), el diagnóstico de sospecha o ingresos por COVID con sospecha de infección en la Unidad (revisión de reingresos a través del data de gestión) . Por medio de los registros de Prevención se identifican los profesionales diagnosticados de COVID o con positivización serológica.

RESULTADOS Ningún paciente con diagnóstico o sospecha de COVID había acudido a la Unidad de Urgencias por causa no infecciosa en los 10 días previos a su diagnóstico. No aparece ningún brote de COVID-19 en pacientes ingresados por patología no COVID relacionado epidemiológicamente con la Unidad de Urgencias. Situaciones reconocidas como carestía extrema (almacén a menos del 1%): 10 ocasiones. Situación de falta de abastecimiento: 0. Profesionales de la Unidad afectados por COVID: 4: 1 medico, 2 TCAE, 1 MIR : 2,1% Situaciones reconocidas como carestía extrema: 10. Falta de abastecimiento: 0

CONCLUSIONES El uso de medidas simples de protección para gotas y contacto, realizadas estrictamente por todos los profesionales no aumenta el contagio de COVID-19 entre la plantilla. El uso de mascarilla quirúrgica, lavado de manos , protocolos de limpieza y separación de 1.5m entre pacientes ha evitado la contaminación cruzada aún sin disponerse de circuitos totalmente aislados o de generalizarse el uso de EPIs avanzados. La contención de gasto de material en urgencias permitió, aún estando en ocasiones al borde del desabastecimiento, garantizar que en ningún caso faltaron EPIs o material asistencial en aquellas circunstancias que se precisó abordaje sobre la vía aérea y generación de aerosoles en la organización

ID: 476

REINVENTARSE EN FISIOTERAPIA COMO CONSECUENCIA DE UNA PANDEMIA

AUTORES: GIJÓN NORIEGA, DANIEL[1]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La fisioterapia, como el resto de profesiones sanitarias, ha vivido un antes y un después ante el impacto de la pandemia del Covid19. Nos enfrentamos a algo nuevo y hemos tenido que reinventarnos para poder aportar nuestro granito de arena en esta lucha por salir adelante ante tal situación.
El trabajo nace de la necesidad de aplicar herramientas y métodos de tratamiento ya conocidos, y adaptarlos a las patologías que se presentan con dicho virus.

OBJETIVOS Dar a conocer la respuesta de los pacientes Covid19 añadiendo al tratamiento médico la fisioterapia, de tal forma que pueda reducir los tiempos en la recuperación y un menor consumo de fármacos. Realizar protocolos y videotutoriales de ejercicios para complementar con el tratamiento de fisioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS Aplicamos conocimientos y experiencias propias y del resto de profesionales. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación facilitan la coordinación entre especialistas, siendo éstas un recurso importante a la hora de mejorar día a día las distintas técnicas y métodos aplicados.
Disponemos de un canal de televisión interno en el hospital, en el cual se proyectan videotutoriales de ejercicios previamente hechos por nuestro equipo.
Se efectúan unos protocolos de ejercicios generales impresos que se entregan a cada paciente una vez estabilizado, para que así pueda empezar a realizarlos en su habitación, y posteriormente en su domicilio. Además de los protocolos impresos, se ha elaborado un videotutorial que se visualiza en un canal, en las televisiones de las habitaciones, con las instrucciones para los ejercicios de fuerza muscular, movilidad articular y respiratorios.
Una vez dados de alta hospitalaria se realiza un seguimiento telefónico e incluso presencial de cada paciente si es necesario. Se les intenta asesorar en la medida de lo posible, ayudándoles a una mejor adaptación a las actividades de la vida diaria.
También cabe destacar el aumento de la comunicación multidisciplinar a la hora de evolucionar en los tratamientos.

RESULTADOS Actualmente seguimos recogiendo resultados a través de cuestionarios de satisfacción entre los usuarios de nuestros servicios.
Los resultados obtenidos están siendo satisfactorios, pero no definitivos, debido al poco tiempo transcurrido desde los inicios de tratamiento.

CONCLUSIONES La actuación de la fisioterapia puede haber reducido el tiempo de hospitalización de muchos pacientes e incluso disminuir tratamientos médicos.
Como aspecto positivo, debemos valorar la capacidad para reinventarse y considerar el uso de las nuevas tecnologías a la hora de complementar los tratamientos (como el caso de los videotutoriales). Ante las necesidades surgidas ha aumentado la cercanía y la comunicación, tanto con el paciente y su familia, como con el resto de personal sanitario encargado de atenderlo, teniendo lugar una mayor coordinación entre los distintos profesionales.

PREVENCER: APP PARA CONOCIMIENTO MEJOR A LOS PACIENTES TRAS UN ICTUS Y PREVENCIÓN SECUNDARIA

ID: 477

AUTORES: SÁNCHEZ PARDO, DAVID JOSÉ[1]; ESCOBAR RODRÍGUEZ, GA[2]; PALOMINO GARCÍA, A[3]; HERNÁNDEZ RAMOS, FJ[4]; CABALLERO GARCÍA, A[5]; JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, MD[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El ictus es una enfermedad de consecuencias graves. A nivel nacional es la segunda causa de muerte y es la primera causa en mujeres.Además, es la primera causa de discapacidad adquirida en adulto y la segunda de demencia.Lo que implica un elevado consumo de recursos de los sistemas sanitarios y sociales y un gran sufrimiento de las familias donde alguien cercano padece esta enfermedad y sus secuelas.
Tras años trabajando en el ictus con el objetivo de la mejora en la actuación en la fase aguda a través de la telemedicina (teleictus), con resultados transferidos a la práctica clínica, identificamos la necesidad de aplicar las TICs a la fase previa al ictus, en prevención.
Para ello, utilizando las TICs abordamos dos líneas de trabajo.1ª) prevención del ictus a través de aplicaciones en movilidad para empoderar a los pacientes con su enfermedad.Al mismo tiempo,recogemos información a través de wearables y de la aplicación para la caracterización de los pacientes y su comportamiento.2ª) análisis de datos procedentes de los sistemas sanitarios

OBJETIVOS Desarrollar e implantar un sistema tecnológico que permita el empoderamiento de los pacientes con su enfermedad,así como,obtener información para conocer mejor el comportamiento de estos pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS Se está aplicando la metodología Technology Acceptance Model para conocer la aceptación del sistema por parte de los usuarios,profesionales y pacientes. Con esta metodología se ha realizado una validación funcional del sistema, midiendo la utilidad percibida,la facilidad de uso percibida,las condiciones facilitadoras y las intenciones de uso.Esta metodología se está aplicando a los usuarios del sistema en la fase piloto.
Se han establecido indicadores de medida de la evolución de los pacientes,definidos por el cumplimiento de la mejora de los factores de riesgo que tienen.Se ha recogido también como variable la recaída de ictus en los pacientes,ya que se espera según estudios científicos que el 10% de los pacientes reclutados puedan sufrir de nuevo un ictus u otro evento cardiovascular en el siguiente año tras el ictus.

RESULTADOS La APP está disponible a través de un SMS con las instrucciones a los pacientes y la aplicación web está configurada y disponible en los centros de reclutamiento y en cualquier punto de la red corporativa del SSPA. El precio máximo de mercado para todos los dispositivos es máximo 200€/paciente, según los FRV y condiciones de cada paciente. Actualmente se está realizando el pilotaje incluyendo 160 pacientes en el estudio, asignando estos a dos grupos (control e intervención), de forma aleatoria.

CONCLUSIONES Esta investigación trata sobre la prevención secundaria del ictus y obtención de un modelo de datos para a comprender mejor la enfermedad. Se ha realizado el desarrollo del sistema soporte a este estudio con dispositivos de bajo costo. Con un modelo de datos de estos pacientes, será posible realizar una prevención secundaria más eficiente y mejorar la adherencia a los tratamientos adoptando mejores hábitos de vida.

ID: 478

EFECTOS DE LA PANDEMIA SOBRE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

AUTORES: KEVORKIAN, RUBEN[1]; GONZALEZ, A[2]; VILLAMIL, A[3]; LANOSA, G[4]; VISER, M[5]; DUARTE, D[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL 'D.F. SANTOJANNI'

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Es conocido el efecto que ha producido la pandemia Covid 19 en los sistemas sanitarios. El desafío de un servicio de cardiología en un hospital general que deben atender numerosos pacientes infectados es sostener la calidad asistencial de las cardiopatías manteniendo las medidas de seguridad y evitando contagios.

OBJETIVOS Describir variaciones observadas en la asistencia de los pacientes durante la pandemia y cuarentena. Evaluar los resultados iniciales de la aplicación de un programa inicial de teleasistencia. Se describen los cambios de adecuación en el Servicio de Cardiología con la evolución de 5 meses de pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS Se trata de un Hospital público de agudos que cuenta con 380 camas de internación y alta complejidad. La división cardiología realiza atención ambulatoria, internaciones programadas, de urgencia y practicas como procedimientos percútanos coronarios o estructurales. La unidad coronaria cuenta con 8 camas de internación. La unidad de Cardiología Intervencionista forma parte de la la iniciativa 'Stent Save a Life', recibiendo derivaciones de toda la ciudad para tratamiento de angioplastia primaria. La división realiza mas de 30000 consultas y practicas anuales.

RESULTADOS Poco después que la OMS declarara la pandemia nuestro Gobierno decreto la primera Fase estricta de Cuarentena que continua actualmente superando los 100 días. La publicidad oficial recomendó 'Quédate en casa'. Progresivamente y debido a los efectos de una larga cuarentena se producen nuevas nuevas fases con diferentes grados de aislamiento. El Hospital sufrió la progresiva llegada de pacientes con Covid, requiriendo la adecuación de su estructura y función para realizar una atención mixta sin desatender la demanda habitual. Se duplicaron las camas de cuidados intensivos de 28 a 56 posiciones. Uno de cada tres cardiólogos fue afectado por turnos o en forma permanente a la atención directa Covid - 19. Se observo menor demanda de pacientes tanto ambulatorios como de urgencia. La mayor caída de practicas, comparadas con igual período de 2019, se observo paradójicamente al inicio de la cuarentena cuando la ocupación Covid era menor al 10%. La caída llego en promedio a un 70% menos de practicas que las esperadas. Actualmente, con ocupación Covid mayor al 50% de camas las prestaciones cardiológicas e internaciones se recuperan parcialmente sin llegar a los valores de 2019. Ademas, en Abril hubo una reducción del 50% en el ingreso de infartos agudos de miocardio por menor demanda con una tendencia a recuperarse en los meses siguientes. La aplicación de un protocolo de teleasistencia evito la mayor caída de las consultas cardiológicas.

CONCLUSIONES La llegada de Covid -19 produjo un profundo impacto asistenciales. La adecuación con cambios de conducta en la población y en la estructura mas procesos en nuestro hospital produjeron marcada caída inicial en la atención cardiológica que tiende resolverse parcialmente acorde a la mayor necesidad de los pacientes en situación de prolongada cuarentena y pandemia.

UNA CAMA PARA MORIR TRANQUILO Y CON MI FAMILIA

ID: 479

AUTORES: DEL CAMPO MOLINA, EMILIO[1]; DOBLAS MIRANDA, C[2]; ALHAMA LUCENA, C[3]; GOMEZ GARCIA, M[4]; AGUILERA PEÑA, M[5]; MORENO OSUNA, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: EMPRESA PUBLICA ALTO GUADALQUIVIR: HOSPITAL DE MONTILLA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Algunos pacientes terminales vienen en condiciones agónicas a urgencias sin que se pueda aplicar medicina curativa. Las condiciones en urgencias: masificación, lentitud para ingresar, y falta de camas, provocan que éstos puedan fallecer en urgencias sin posibilidades de ingresar. Urgencias no es área adecuada para morir, lo que provoca actitudes agresivas con los familiares, e incapacidad y desesperación en los profesionales que poco pueden hacer si no hay facilidad para el ingreso de estos pacientes. Cuando no hay ocasión de curar y si de cuidar: Nuestra urgencia está adaptada desde el 2012 con un procedimiento para morir dignamente.

OBJETIVOS

1. Dignificar el proceso de morir en el paciente moribundo
2. Disponer de un procedimiento consensuado que ofrezca una cama para la muerte inminente, que sea de fácil aplicación y rápido.
3. Describir los datos recogidos después de 7 años de aplicación.

MATERIAL Y MÉTODOS 2010: Elaboración de procedimiento de ingreso rápido desde urgencias para pacientes en situación de muerte inminente (M.I.). Definición de M.I. 2011: Divulgación a todo el personal de urgencias y hospitalización. Elaboración de hoja de recogida de datos. Prueba del procedimiento. 2012: Activación del procedimiento y habilitación de 1 habitación individual y posteriormente 2. 2012-2018: Cambios en la definición de M.I. y en la recogida de datos según memoria anual. Análisis de datos anual. Puesta en común anual. El tiempo de ingreso se contabiliza automáticamente desde que le paciente llega a urgencias hasta que el enfermero responsable en hospitalización escribe en la Historia clínica después de haber recibido al paciente (Tiempo estimado como normal 1h y se denomina Puerta-enfermero).

RESULTADOS Se recogieron 343 casos, de los cuales 301 cumplían criterios de M.I. Ingresos hospitalarios: 81,73%. Altas a domicilio sin ingreso: 13,29%, Exitus en urgencias 6,1% (Exitus < 20 min). Exitus: 80,73%. Altas a domicilio tras ingreso: 6,57%. Exitus en cama: 93,83%. Fallecen en las primeras 24 h: 90,46%. La sedación sólo fue necesaria en un 20,33%. Se escribió LET desde urgencias: 87,4%. Tiempo puerta-enfermero: en el 93% es menor de 1 hora.

CONCLUSIONES

1. Desde 2012 disponemos del circuito específico en urgencias para el paciente moribundo.
2. Conseguimos que el 93,83% de los exitus esperados fallezcan en una cama
3. Tan sólo un 6,1% de los pacientes mueren en urgencias: La Muerte ocurrió en menos de 20 min desde la llegada a urgencias.
4. Con la activación del procedimiento logramos dignificar el fallecimiento: morir en un área adecuada y acompañado
5. No se hemos tenido ninguna reclamación ni conflictos con la familia con este tipo de pacientes.
6. Aún tenemos margen de mejora.

ID: 480

ROL DE LOS LÍDERES CLÍNICOS Y GESTORES DE CASOS EN EL ANÁLISIS DE PROCESOS Y LA MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

AUTORES: VARELA RODRÍGUEZ, CAROLINA[1]; SANZ FERRANDEZ, MC[2]; MANSO SÁNCHEZ, L[3]; USANO GARCÍA, G[4]; DURÁ JIMÉNEZ, MJ[5]; RUIZ LÓPEZ, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los procesos asistenciales tienen una variabilidad importante en cuanto a su complejidad. En el caso concreto del proceso asistencial de pacientes con cáncer de mama la complejidad del proceso asistencial es importante ya que implica a muchos servicios distintos, varios niveles asistenciales, distintas categorías profesionales y un seguimiento a largo plazo. La complejidad se estructura a modo de unidades asistenciales que incluyen a todos los actores fundamentales del proceso: la unidad de cáncer de mama.
Es necesario explicitar el proceso asistencial por escrito, generalmente a modo de flujograma con varias capas de complejidad (experiencia del paciente, flujo de la información clínica, flujo de la toma de decisiones y los contactos asistenciales…).

OBJETIVOS Describir el rol que los líderes clínicos y que los gestores de caso tienen durante el análisis de procesos y la implantación de los proyectos de resultados en salud.

MATERIAL Y MÉTODOS Para la definición del proceso asistencial de atención a pacientes con cáncer de mama se definió mediante métodos cualitativos de recogida y análisis de la información asistencial. Se llevaron a cabo cuatro reuniones con todo el equipo interdisciplinar de la unidad de mama, un grupo de discusión con pacientes y otras cuatro reuniones con los dos líderes clínicos y la gestora de casos mediante entrevistas en profundidad.
El equipo de análisis sintetizó el proceso en un diagrama de flujo a tres niveles de conceptualización, llegando al itinerario de paciente para el 80% de la casuística. Dentro del análisis procesos se definieron puntos críticos para la experiencia del pacientes, el flujo de información, las sesiones de registro, los puntos de contacto con el paciente y los datos registrados sistemáticamente. Este análisis fue constantemente supervisado por los líderes clínicos y la gestora de casos, haciendo las pertinentes correcciones y aclaraciones al mismo.
Así mismo, los tres profesionales clave participaron de manera activa en el diseño de los cuestionarios clínicos de la historia clínica electrónica y de la usabilidad de la herramienta TIC para la aplicación adecuada de los cuestionarios PRO (Patient-Reported Outcome)

RESULTADOS El trabajo de consenso y síntesis desarrollado por los tres profesionales lograron definir cuatro líneas estratégicas de mejora de la gestión de los riesgos del proceso, ocho puntos fuertes del proceso que deben ser mantenidos y potenciados tras la transición al paradigma de medicina basada en valor y siete puntos críticos de mejora de la calidad asistencial.
Así mismo, se logró la participación activa de todos los componentes del Comité de cáncer de mama y se facilitó el flujo constante y fiable de información al equipo de análisis del proceso.

CONCLUSIONES Únicamente la implicación de los líderes clínicos y roles similares a los gestores de casos permite el alineamiento del proyecto con el equipo asistencial. Sin ellos, lograr la información básica de la asistencia real que se realiza en la institución sería inabarcable.

ID: 482

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO EN EL CUIDADO DEL PIE DIABÉTICO

AUTORES: PALOMO FERNANDEZ, MARIA JOSE[1]; BUJALANCE HOYOS, J[2]; PÉREZ JIMÉNEZ, MT[3]; GÓMEZ PEREA, AM[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El pie diabético engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infección producen lesiones tisulares o úlceras debido a pequeños traumatismos, produciendo una importante morbilidad que puede llegar incluso a amputaciones. Nuestro centro sanitario pertenece al Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®/BPSO®) con el objetivo de implantar 27 recomendaciones basadas en la evidencia de la Guía de Buena Práctica (GBP) de la RNAO sobre la Valoración y Manejo de las personas con Pie diabético para mejorar la práctica clínica.

OBJETIVOS

- Implantar las recomendaciones de cuidados basadas en la evidencia de la GBP siguiendo el modelo de CCEC®/BPSO®.
- Mejorar la calidad de los cuidados y los registros en la Historia Clínica electrónica (HCE).

MATERIAL Y MÉTODOS Se siguió la metodología del modelo BPSO® (Knowledge to Action): análisis DAFO, equipo de implantación, análisis de recomendaciones y adaptación al contexto local, identificación y análisis de stakeholders, evaluación de barreras y facilitadores, selección de estrategias y monitorización y evaluación de resultados.
Se han evaluado el resultado de la estrategia desarrollada (a nivel cualitativo) y los resultados de los diferentes indicadores del la implantación de la Guía basales (pre) y postimplantación a través de un estudio descriptivo.

RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA: cartel con recomendaciones, formación de profesionales, creación de equipo de implantación, actualización de protocolos, educación sanitaria grupal y formación a profesionales de AP.
DE SALUD: Datos Basales (diciembre-2017) / Datos Postimplantación (1 trimestre 2020):

- Valoración holística: 6,6% / 87,5%.
- Valoración de la Úlcera: 6,6% / 100%.
- Valoración del Dolor: 6,6% / 100%.
- Educación Sanitaria: 0% / 100%.
- Prescripción de Dispositivo de Descarga: 61,53% / 100%.
- Valoración Úlcera 4 semanas: 0% / 71,4%.
- Valoración Úlcera 12 semanas: 0% / 60%.

CONCLUSIONES En los datos basales se observó un infrarregistro con la información que nos solicitaban para monitorizar los indicadores, por este motivo, se desarrollaron nuevos registros para mejorar el registro en la historia clínica y se realizó formación específica del modelo a los profesionales de la unidad. La implantación de las recomendaciones de cuidados de la GBP de la RNAO ha supuesto una mejora importante de la calidad de los cuidados proporcionados, mejorando la satisfacción profesional y la implantación de un método sistemático de trabajo ya que el análisis de los pacientes a las 4 y 12 semanas es fundamental para el abordaje terapeútico.

ID: 483

HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD Y DIMENSIONAMIENTO DE RECURSOS PARA LA MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD.

AUTORES: GARCIA-CASANOVAS, ALBERT[1]; DURÁ JIMÉNEZ, MJ[2]; RUIZ LÓPEZ, P[3]; VARELA RODRÍGUEZ, C[4]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En la actualidad, un gran número de organizaciones sanitarias han incorporado la medición sistemática de resultados en salud y de experiencia del paciente como parte de su estrategia. Existen, al respecto, hojas de ruta y herramientas para facilitar su implementación. Sin embargo, no se observa ningún análisis para la priorización entre distintos proyectos que permita a las organizaciones centrar los esfuerzos en los procesos asistenciales y entidades clínicas con mayor probabilidad de éxito y menor coste.

OBJETIVOS Definir una herramienta práctica de análisis (toolkit) para evaluar la factibilidad técnica y presupuestaria de implementar un proyecto de medición sistemática de resultados de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS Se identifican las dimensiones clave y paquetes técnicos mediante método Delphi, mediante un panel de expertos compuesto por 38 expertos asistenciales, metodólogos y gestores con trayectoria académica y/o experiencia práctica en la medición de resultados, como criterios de selección. El cuestionario consta de 13 preguntas referidas a 6 dimensiones y 36 ítems relacionados con la factibilidad de un proyecto y, 6 paquetes técnicos con 52 ítems relacionados con el dimensionamiento de recursos. El panel valora la importancia de cada ítem en una escala de 0 a 5 (0-1: no importante, 2-3: medio, 4-5: importante), considerándose adecuado cuando la mediana se encuentra en el intervalo 4-5 y que existe acuerdo cuando más del 80% de las respuestas están en ese intervalo.

RESULTADOS En la primera ronda Delphi han participado 34 de los 38 expertos del panel, siendo el motivo principal de falta de respuesta la falta de tiempo. De los 88 ítems evaluados, un 93% fueron considerados adecuados llegándose a un grado de acuerdo en 55 de ellos (62%) en primera ronda. Se observó un consenso amplio entre los expertos en las 6 dimensiones clave para analizar la factibilidad de un proyecto: estandarización y normalización de los datos, herramientas TIC, organización operativa, calidad de los datos, gestión del conocimiento y paquetes técnicos. También se obtiene consenso en cinco de los seis ámbitos propuestos para el análisis de necesidad de recursos: gestión de proyecto, adecuación de los datos, adecuación de las herramientas, registro de datos estructurados, análisis y visualización de los datos, investigación e innovación, sin acuerdo en este último.
Se observaron algunas diferencias en la interpretación de determinados ítems, por ello, se procedió a la elaboración de un glosario con definiciones (segunda ronda) para facilitar la comprensión y delimitación del alcance de estos conceptos.

CONCLUSIONES La herramienta dispone del potencial consenso sobre la idoneidad de los criterios propuestos para el análisis de factibilidad y dimensionamiento de recursos. En un contexto de interés creciente por la medición de resultados en salud y la experiencia del paciente, las organizaciones sanitarias podrían beneficiarse de incorporar un instrumento de evaluación en la planificación de sus estrategias de implementación.

ID: 485

CRIBADO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EN CONSULTAS DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL PARA DETECCIÓN DE PACIENTES DE RIESGO COVID-19

AUTORES: BARROSO GUTIERREZ, CARMEN[1]; TORRES MORERA, P[2]; GASCÓN PIQUERAS, M[3]; MAYORGA JIMÉNEZ, F[4]; DELGADO GUERRA, E[5]; CASANOVA MERINO [28564866]Q, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En la atención al paciente en el gabinete de cirugía oral ambulatoria, existe un riesgo alto de exposición a la transmisión del virus SARS-CoV-2. Por este motivo es necesario la realización de un cribaje previo a la atención del paciente para así poder detectar qué pacientes pueden a priori presentar mayores riesgos y adoptar el protocolo convenido

OBJETIVOS Detección de pacientes de riesgo por infección con el virus SARS-CoV-2 antes de realización de procedimientos quirúrgico cma en consultas de Cirugía Maxilofacial y Estomatología

MATERIAL Y MÉTODOS
1. Todo el proceso de cribado se recoge en un registro que se incluye en la historia clínica. Tanto el registro como el circuito a seguir con los pacientes de riesgo/con infección por el virus, se ha consensuado con la Unidad de Medicina Preventiva
2. Encuesta clínico-epidemiológica:
   - Un profesional sanitario (enfermero) realizará una encuesta telefónica clínico-epidemiológica 72h antes del día de procedimiento, preguntando sobre si el paciente se ha realizado algún test con anterioridad, presenta síntomas respiratorios o ha convivido recientemente con un enfermo con infección por SARS-CoV-2
   - En este contacto telefónico se aprovechará para insistir en las recomendaciones previas generales: acudir acompañado sólo por una persona, consentimiento informado, retirada de antiagregantes/anticoagulantes si es el caso, traer mascarilla, avisar si presenta síntomas sospechosos o desea anular, etc.
3. Realización de PCR 24-48 h antes de acudir a consulta
4. El mismo día de la prueba, al llegar a la unidad, se le volverá a pasar al paciente el mismo cuestionario para realizar una nueva valoración y se le tomará la temperatura
5. En función de los resultados obtenidos en cada uno de los anteriores pasos, se procede según el protocolo establecido y se aplica criterio de inclusión del paciente en parte quirúrgico de cma

RESULTADOS Se ha realizado el proceso de cribado al 100% de los pacientes. Se ha detectado un caso COVID-19 y otro paciente que convivía con un caso positivo. En ambos casos se ha seguido el circuito establecido en el protocolo

CONCLUSIONES Conocer los riesgos y actuar en función de ellos es esencial para garantizar la seguridad de pacientes y profesionales. En este sentido, la inversión realizada en la organización de este cribaje está más que justificada

ID: 486

GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE PACIENTES Y PROFESIONALES ANTE LA COVID-19 EN UNA UNIDAD CON PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO

AUTORES: BARROSO GUTIERREZ, CARMEN[1]; GASCÓN PIQUERAS, M[2]; TORRES MORERA, P[3]; CASANOVA MERINO, C[4]; DELGADO GUERRA, E[5]; MAYORGA JIMÉNEZ, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En la atención al paciente en el gabinete de cirugía oral ambulatoria, existe un riesgo alto de exposición a la transmisión del virus SARS-CoV-2 por la exposición a saliva, esputos, fluidos corporales y a los aerosoles generados durante la cirugía oral y procedimientos odontológicos.
Tras el estado de alerta y la fase aguda de la pandemia, es necesario reanudar la actividad habitual de cirugía menor ambulatoria maxilofacial y de estomatología. Este hecho hace imprescindible implantar medidas que garanticen la seguridad de pacientes y profesionales ante la COVID-19

OBJETIVOS 1 Proteger a pacientes y profesionales de los riesgos de la infección por SARS-CoV2 y prestarles una atención de calidad
2 Recuperar la actividad de todos los procedimientos quirúrgicos que se realizan en las consultas de Cirugía Maxilofacial (CMF) y Estomatología

MATERIAL Y MÉTODOS 1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar para la elaboración del "Procedimiento de citación, acogida, realización de cirugía menor ambulatoria Maxilofacial y Estomatología" basándose en las recomendaciones para la prevención y control de la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial de cabeza y cuello. En este documento se describen:

- Medidas generales
- Medidas relativas al personal sanitario
- Protocolo de actuación en los procedimientos quirúrgicos de CMF
  - Gestión de agendas
  - Medidas de protección para el personal en pacientes COVID-19 positivos
  - Medidas de cribado de pacientes según riesgo de infección por SARS-CoV2 (pacientes ingresados, procedentes de urgencias, programados y ambulatorios) Incluye encuesta clínico epidemiológica 72 h antes del procedimiento y el día del mismo.
  - Recepción y acogida del paciente
  - Medidas durante el procedimiento y post-procedimiento

2 Implantación del procedimiento: tras su difusión se testó durante fase de pilotaje y posteriormente se introdujeron áreas de mejora
3 Otras medidas:

- Formación a todo el personal adscrito a la unidad de CMF sobre las medidas generales de prevención: distanciamiento social, higiene de manos, y colocación y retirada de EPIs
- Aumento de los dispensadores de solución hidroalcoholica
- Circuitos de entrada y salida de las consultas
- Educación sanitaria a todos los pacientes sobre prevención de la COVID-19
- Cartelería con medidas preventivas
- Test PCR a todos los pacientes y profesionales de la unidad
- Gestión de los EPIs

RESULTADOS Desde la implantación del procedimiento, se han realizado un total de 260 procedimientos quirúrgicos (el 100%), no identificándose ningún caso de COVID-19 ni en pacientes ni en profesionales

Tanto profesionales como pacientes manifiestan sentirse seguros con las medidas implantadas

CONCLUSIONES

Para garantizar la seguridad, se han dilatado los tiempos entre paciente y paciente, ya que la atención conlleva más puntos de seguridad así como una mayor limpieza del entorno, disminuyendo el número de actividad quirúrgica respecto a las cifras de la época pre COVID-19

ID: 487

RESULTADOS DE LA INTERCONSULTA INTRAHOSPITALARIA PARA TRASTORNOS POR ABUSO DE ALCOHOL: DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

AUTORES: VARELA RODRÍGUEZ, CAROLINA[1]; BERNAL SOBRINO, JL[2]; ARIAS HORCAJADAS, F[3]; LOSADA PÉREZ, C[4]; BLANCO ECHEVARRÍA, A[5]; DEL YERRO ÁLVAREZ, MJ[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El porcentaje de pacientes que presentan un problema de abuso a sustancias es elevado en los hospitales. El abuso de sustancias, especialmente el abuso de alcohol, son condiciones que afectan negativamente en los resultados de salud. Por ello, y para poder dar una adecuada asistencia a estos pacientes, muchos hospitales han implementado consultas sobre trastornos adictivos. En estos programas, un equipo de profesionales, diagnostican e inician el tratamiento del trastorno adictivo de los pacientes ingresados.
En nuestro hospital esta interconsulta hospitalaria ha sido integrada completamente en el programa extra-hospitalario de trastornos adictivos para favorecer la continuidad asistencial de los pacientes. Presentamos aquí los resultados observados tras los dos primeros años de seguimiento.

OBJETIVOS El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de la interconsulta intrahospitalaria en trastornos adictivos.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron en este estudio a todos los pacientes atendidos en el Hospital Universitario 12 de Octubre desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2017 que presentaron un trastorno diagnosticado por abuso de alcohol u otras sustancias. Para la evaluación de los resultados del programa se hizo un seguimiento de los siguientes indicadonúmero de pacientes referidos al programa extra-hospitalario, mortalidad intrahospitalaria, reingresos, estancia hospitalaria, adherencia al tratamiento ya sea médico o quirúrgico. Se empleó una regresión logística binaria para el ajuste al riesgo de análisis de la mortalidad intrahospitalaria y los reingresos, para el ajuste al riesgo de la estancia hospitalaria se usó una regresión de Poisson. Los intervalos de confianza se calcularon usando la aproximación de Byar a al test de Poisson. Las variables cuantitativas se compararon mediante una t-Student o una U de Mann-Whitney, y las variables cualitativas mediante una Ï‡2 o un test exacto de Fisher

RESULTADOS Se analizaron 133.181 estancias hospitalarias correspondientes al periodo de estudio. En el 13,14% de los pacientes se identificó un trastorno de dependencia al alcohol u otras sustancias y un 3,54% fueron remitidos a la consulta intrahospitalaria especializada. En los pacientes referidos a la consulta intrahospitalaria se observó una menor mortalidad intrahospitalaria, menores estancias hospitalarias y un menor riesgo de reingreso durante el primer año. Los pacientes que acudieron al programa extra-hospitalario de trastornos adictivos mostraron mayor adherencia a los tratamientos.

CONCLUSIONES Nuestros resultados apoyan la integración del equipo de interconsulta intrahospitalaria en el programa extra-hospitalario de trastornos adictivos para favorecer la detección precoz y el inicio de tratamiento del trastorno adictivo durante la estancia hospitalaria y facilitar la continuidad asistencial.

ANTICOAGULACIÓN ORAL Y TELEMEDICINA ANTES Y DESPUÉS DEL COVID-19

ID: 488

AUTORES: SOLA-APARICIO, ELENA[1]; ROSADO-SIERRA, B[2]; MIRANDA-CASTILLO, C[3]; SALVATIERRA-CALDERÓN, G[4]; URBINA-PRIETO, R[5]; LLAMAS-SILLERO, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS[12345], HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, INFANTA ELENA Y GENERAL DE VILLALBA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Debido a la reciente pandemia mundial por Sars-Cov-2, los profesionales sanitarios han adoptado herramientas virtuales para proteger a los pacientes y evitar que acudan a un centro sanitario.
Muchos pacientes están en tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K (AVK) y precisan realizar controles de INR.
El control de INR en domicilio o a través de la e-consulta con Atención Primaria ha sido descrito previamente y aunque en nuestro centro se utilizaba antes de la pandemia, la situación actual ha permitido su potenciación, al igual que otras opciones telemáticas.

OBJETIVOS Nuestro objetivo es describir las herramientas online para el ajuste de tratamiento anticoagulante en un hospital español de tercer nivel, así como analizar su uso antes de después de la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS Nuestro centro posee un programa pionero (telecontrol) que permite el control online de pacientes tratados con AVK desde la Unidad de Terapia Antitrombótica (UTA).
El funcionamiento de la herramienta online es el siguiente: Tras recibir una formación por parte del personal de enfermería especializado del uso de un coagulómetro portátil, los pacientes obtienen su INR. A través de una aplicación móvil (portal del paciente), introducen el valor junto a comentarios en caso de incidencias. El hematólogo responde en tiempo real con la pauta a seguir, volcándose todo ello a la historia clínica.
Por otra parte, los pacientes no familiarizados con aplicaciones móviles se benefician de consultas online (e-consulta) realizadas por parte de Atención Primaria (AP) que consisten en medición de INR en su centro de salud, envío de pauta a través de e-consulta y Hematología telemáticamente ajusta la pauta, que pueden visualizar en el Portal del paciente.

RESULTADOS Antes de la pandemia (Diciembre/19-Febrero/20) se realizaron 2055 ajustes de INR, de los cuales 470 (22,9%) fueron telemáticos (telecontrol + e-consulta). El resto, 1585 (79,1%) se ajustaron de forma presencial (Atención Primaria ajustado por su parte sin realizar e-consulta + Hospital). Durante los meses de Marzo-Julio/20 se ajustaron 1956 INR, 518 (26,5%) mediante telemedicina. El aumento del uso de la telemedicina durante la pandemia fue estadísticamente significativo (22,9% vs 26,5%; p=0,008). El grado de satisfacción de los pacientes fue alto. El número de ajustes disminuyó proporcionalmente en la segunda etapa, ya que parte de los pacientes pasaron a control directo por Atención Primaria, consecuencia también de la pandemia.

CONCLUSIONES Las herramientas online de ajuste de anticoagulación protegen al paciente y mejoran su calidad de vida, evitando que acuda a un centro sanitario, de forma eficiente y segura. En nuestro centro se utilizaban previamente y su uso ha aumentado durante la pandemia. Por ello, según nuestra experiencia, recomendamos implementar estas herramientas como una forma más de ajuste de INR independientemente de la situación epidemiológica.

ID: 489

DISEÑO Y DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE GESTIÓN DE LA CRISIS PARA LA EPIDEMIA DE COVID-19

AUTORES: VARELA RODRÍGUEZ, CAROLINA[1]; AGUACIL PAU, AI[2]; FERNÁN PÉREZ, P[3]; DE MERODIO SARRI, R[4]; LORENZO MARTÍNEZ, S[5]; MONTSERRAT CAPELLA, D[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia de SARS-CoV-2 ha sido un evento sin precedentes que ha tenido que ser gestionada en una situación de gran incertidumbre. Para facilitar esta gestión y reducir en la medida de lo posible la incertidumbre en la toma de decisiones y la variabilidad de la posterior práctica clínica, desde la AMCA se desarrolló una propuesta de protocolo de gestión hospitalaria de crisis sanitarias.
La gestión sanitaria "no asistencial" imbrica los protocolos, la cultura de las instituciones y las políticas internas establecidas por las gerencias. Situaciones de catástrofe o que suponen un gran incremento de la demanda en un corto periodo de tiempo y generalmente con problemas de suministro, hace que sea necesario tomar medidas extraordinarias de gestión sanitaria y que sean explicitadas y conocidas para favorecer una asistencia lo más fluida posible.

OBJETIVOS Diseño de un protocolo para la gestión de una crisis sanitaria, dando cobertura a los factores críticos: dar respuesta clínica con evidencia; continuidad asistencial; establecer y priorizar los niveles de acción; comunicación interna y externa; respuesta al incremento de la demanda; gestión recursos; y ambiente seguro de trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS Para el desarrollo y consenso del protocolo propuesto se realizó una búsqueda bibliográfica sistematizada por parte de los investigadores hospitalarios del proyecto, tras llegar a un nivel de consenso adecuado, se remitió para su evaluación crítica a los componentes del grupo de trabajo expertos de AMCA. Con las aportaciones y correcciones consensuadas se llegó a una versión final del protocolo. Los principales documentos de base para el desarrollo del protocolo fueron las guías y recomendaciones de instituciones internacionales para otras epidemias y/o catástrofes, así como los planes de catástrofes externas o de múltiples víctimas del hospital.

RESULTADOS El protocolo se difundió desde AMCA y se obtuvo confirmación de su recepción en la PAHO y a la ONU desde donde se distribuyó a las correspondientes task force. Así mismo, se tiene confirmación de la recepción del mismo en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y en hospitales argentinos y chilenos

CONCLUSIONES La sistematización metodológica y la accesibilidad a los documentos de organizaciones institucionales de prestigio y especializadas en salud pública y comunitaria, generales y específicos de otras epidemias para el diseño del protocolo permitió compensar por la falta de interdisciplinaridad debida a la situación de gran alerta. Las características de AMCA permitió la incorporación de diferentes niveles asistenciales (primaria, hospitalaria, emergencias…) expertise en gestión sanitaria y de crisis, calidad asistencial, seguridad de los pacientes, epidemiología, medicina preventiva y salud pública. El protocolo consideró las principales dimensiones consideradas como esenciales para el éxito de la gestión de una crisis sanitaria por parte de la OMS, los CDC y los ECDC.

ID: 490

IMPACTO EN EL BIENESTAR EMOCIONAL DE ENFERMERAS HOSPITALARIAS DURANTE EL ESCENARIO DE PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES: ARANDA GALLARDO, MARTA[1]; GUERRERO DÍAZ, M[2]; RIVAS RUIZ, F[3]; TIMONET ANDREU, E[4]; SÁNCHEZ MEGOLLA, D[5]; MEDINA LÓPEZ, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: AGENCIA SANITARIA COSTA DELSOL[13456], HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La situación de emergencia sanitaria provocada por el SARS-CoV-2 ha supuesto una profunda reestructuración en los hospitales, uso generalizado de dispositivos de protección de diferente nivel, junto con implantación de medidas de contención con restricciones a las visitas que han abocado a desenlaces en soledad con la única presencia del personal asistencial. Así, el afrontamiento de la actual pandemia COVID19 por parte de los profesionales sanitarios ha podido originar reacciones psicológicas que afectan la salud mental, generando sufrimiento psíquico y/o interferencia significativa en la vida personal, social y laboral.

OBJETIVOS Evaluar el bienestar emocional de profesionales de enfermería hospitalaria durante la situación de pandemia por SARS-CoV-2

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio transversal descriptivo centrado en la evaluación del bienestar emocional del colectivo de enfermería que estuvieron inmersas en la atención a pacientes ingresados durante la primera ola de la pandemia por SARS-CoV-2. Se han valorado tanto a enfermeras como auxiliares de enfermería que trabajan en la Agencia Sanitaria Costa del Sol asignadas en momento de estudio a unidades de hospitalización en planta, ya sea en área médica, quirúrgica, urgencias-cuidados intensivos o de pediatría. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Costa del Sol.
Mediante encuesta online enviada a través de correo electrónico en la segunda quincena del mes de mayo a todas las profesionales en activo en dichas áreas (650). Se evaluó la ansiedad/estrés a través de la escala GHQ-12 de Goldberg, el entorno laboral con el Maslasch Burnout Inventory, la resiliencia a través de la Escala Reducida de Resiliencia CD-Risk, las somatizaciones mediante el S-10Q-FRP, y la ideación autolítica mediante el ítem 9 del cuestionario PHQ-9; a parte de recoger características sociodemográficas y laborales.

RESULTADOS De las 430 encuestas recibidas se pudieron valorar 376, que eran las que contaban con principales escalas de evaluación emocional. El 68,8% tenían 40 o más años, el 81% eran mujeres, y el 38,7% eran auxiliares de enfermería.
La media de somatizaciones fue de 3,6 (DE: 2,5), siendo la más prevalente los dolores de cabeza (68,9%), seguida de la sensación de pesadez en extremidades (55,9%). El 80,6% presentaban síntomas relacionados con morbilidad psicológica según escala Goldberg, mientras que se identificaba una alta resiliencia en 24,8% según CD-RISC y según escala MBI el 19,9% de la muestra tenía un alto burnout según el agotamiento emocional, un 55,8% un alto grado de despersonalización y un 2,1% reflejaban sensación de logro. En 11 (2,9%) de las encuestadas se detectaba ideación suicida.

CONCLUSIONES En una amplia muestra de profesionales de enfermería en ámbito hospitalario inmersas en primera línea de atención durante primera oleada de pandemia, en 9 de cada 10 se presenta déficit en bienestar emocional que requieren de intervenciones psicológicas de diferente graduación a corto plazo.

ID: 491

HISTORIA CLINICA ELECTRÓNICA COMO FUENTE DE DATOS REAL WORLD DATA: CALIDAD DEL DATO DE ABUSO DE ALCOHOL (COVID-19)

AUTORES: CADENAS MANCEÑIDO, ÁLVARO[1]; SANTAMARÍA GAGO, P[2]; PEDRERA JIMÉNEZ, M[3]; RUBIO VALLADOLID, G[4]; RUIZ LÓPEZ, P[5]; VARELA ROGRÍGUEZ, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las posibilidades de procesamiento de datos a tiempo cuasi-real están permitiendo un nuevo paradigma de gestión del conocimiento con herramientas de análisis del Real World Data. Su implementación tiene unos costes de implementación y necesitan tanto comparaciones estrictas con gold standard como comprender la situación basal en cuanto a la calidad de los datos. La pandemia por SARS-CoV-2 nos ha permitido evaluar la eficacia del uso y la calidad de los datos.

OBJETIVOS Estimar la calidad de dato y la utilidad de la explotación a tiempo cuasi-real de los datos de antecedentes mediante la identificación y análisis de los resultados de salud de la cohorte de pacientes con antecedentes de alcoholismo.

MATERIAL Y MÉTODOS Se solicitó una extracción de datos de la historia clínica electrónica con el criterio de inclusión paciente atendido en hospitalización o en urgencias entre el 25 de febrero y el 5 de mayo de 2020. Los términos empleados para la identificación de los pacientes con alcoholismo fueron múltiples de acuerdo al lenguaje natural.

RESULTADOS Se identificaron 26.804 hospitalizaciones durante las fechas de interés, 4.968 con motivo de ingreso sospecha de COVID-19 y 3.967 resultaron ser COVID-19. Del total de contactos asistenciales 279 fueron detectados como pacientes con antecedentes en historia clínica electrónica (HCE) de abuso de alcohol, de estos 8 tenían señalada esta condición en sus antecedentes personales estructurados de la HCE, siendo 4 de ellos (1,4%) coincidentes con los identificados semiautomáticamente (N = 279) y otros 4 nuevos casos. Los datos demográficos, edad y sexo, de los pacientes con antecedente registrado de alcoholismo se encontraron en el 100% de los registros, así como su estado vital. De los 283 pacientes 99 acudieron con sospecha de COVID-19, siendo positivos 33 de ellos (33,3% de los pacientes con sospecha y un 11,8% de los pacientes con antecedentes de alcoholismo).
Del grupo de pacientes con alcoholismo fallecieron 12 pacientes y de los que tenían además diagnóstico de COVID-19 murieron 8, 66% de los fallecimientos se produjeron en pacientes con COVID-19 ($p< 0,05$). No se observaron diferencias significativas en en cuanto a la distribución por sexos. Las muertes se concentraron en mayores de 55 años. En cuanto al grupo de pacientes con COVID-19 que además tenían antecedentes de alcoholismo, mostraron una odds ratio de 1,6 [0,742 - 3,513] (ns) de fallecimiento. 83 de los pacientes con antecedentes de alcoholismo tenían otros antecedentes (HTA, Diabetes, EPOC, asma, cáncer, cirrosis, drogadicción). 2 pacientes estaban institucionalizados y 5 tenían limitación en el tratamiento.

CONCLUSIONES La estructuración de los antecedentes personales no se realiza de manera rigurosa, la estructuración semiautomática del apartado de diagnósticos permite identificar a los pacientes, pero no permite un análisis a tiempo real. Los pacientes con antecedentes de alcoholismo no tenían mayores probabilidades de acudir al hospital o de ser, ni de muerte por COVID-19.

ID: 492

DESARROLLO DE UN SET DE ITEMS PRO Y PRE PARA TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

AUTORES: BEZOS DALESKE, CARLOS[1]; LANDETE, P[2]; RUDILLA, D[3]; LALANZA, S[4]; HASS, N[5]; VERGARA, I[6]

CENTROS DE TRABAJO: IEXP[145], HOSPITAL PRINCESA[2], AIR LIQUIDE[36]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los resultados reportados por pacientes (PRO) y las experiencias reportadas por pacientes (PRE) son herramientas que permiten comprender las percepciones de los pacientes sobre síntomas, cuidado, calidad de vida, salud mental, experiencia y calidad asistencial durante el proceso de atención. A día de hoy, hasta donde ha alcanzado la revisión bibliográfica, no existen ítems PRO y PRE para terapias respiratorias domiciliarias (TRD). Sin embargo, su uso facilitaría una mejor gestión de la calidad asistencial, monitorización, empoderamiento de pacientes, adherencia y cambio de hábitos

OBJETIVOS Comprender la experiencia del paciente usuario de TRD y de sus familiares para definir y validar un set de PRO y PRE específico de TRD como primer paso a la creación de escalas validadas específicas tras la correspondiente validación psicométrica. El segundo objetivo consiste en que la identificación de estos PRO y PRE se encare a su uso en calidad asistencial, monitorización, empoderamiento, mejora de adherencia y al apoyo en el cambio de hábitos.

MATERIAL Y MÉTODOS Se trata de un estudio cualitativo que permite adaptar y validar items de escalas validadas para patologías respiratorias a las TRD y proponer nuevos items. El estudio se diseñó en 5 fases: 1. Revisión de la literatura de experiencia de paciente con TRD y de 49 escalas validadas de patologías tratadas con TRD para su adaptación a las terapias respiratorias domiciliarias. 2. Investigación cualitativa de la experiencia de paciente en TRD mediante 12 entrevistas a pacientes y 4 a cuidadores; 3. Realización de 3 talleres de investigación acción participativa de validación de la experiencia y de adaptación de items de escalas validadas en patologías respiratorias a TRD, así como propuesta y validación de nuevos items con 28 pacientes y 16 profesionales 4. Validación de ítems mediante cuestionarios a neumólogos y enfermeras de neumología de los Hospitales La Princesa, Basurto y Galdakao; 5. Definición de set de ítems finales.

RESULTADOS Se obtuvieron 16 PRO y 17 PRE para oxigenoterapia. Para CPAP se generaron 15 PRO y 17 PRE. Para aerosolterapia 29 PRO y 17 PRE. Para ventilación mecánica 14 PRO y 17 PRE.
Se generaron 78 insights sobre experiencia de paciente con TRD que se relacionaron analíticamente con los sets de PRO y PRE, así como con las variables d, calidad asistencial, monitorización, empoderamiento, adherencia a la terapia y cambio de hábitos de cara a una ulterior validación psicométrica que lleve a la creación de cuestionario.

CONCLUSIONES Este estudio es el primer trabajo que investiga los PRO y PRE que los pacientes de terapias respiratorias domiciliarias pueden necesitar. Pacientes y profesionales de la salud validan la utilidad de los items identificados para mejor gestión de calidad asistencial, monitorización, mayor adherencia, empoderamiento y cambio de hábitos. Se precisan más estudios con muestras más amplias para consolidar y mejorar los ítems identificados.

ID: 498

ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO EN PANDEMIA COVID

AUTORES: MARTI TRIGUERO, NURIA[1]; CLARET GISPERT, G[2]; SOPENA BERT, E[3]; CIMERMAN, J[4]; GONZALEZ SANCHEZ, M[5]; ALQUEZAR ARTIEDA, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLI[1], HOSPITAL SOCIOSANITARIO[23456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El COVID-19 ha transformado las relaciones sociales en el ámbito de la sanidad entre el médico, paciente y familias. A mitades de marzo nuestro Hospital sociosanitario de 156 camas se encontraba en cuarentena debido a la gran velocidad de contagio por el COVID-19. Los hospitales sociosanitarios atienden a pacientes con pluripatología, comórbidos y con diferentes grados de dependència. Éstos pacientes son los más vulnerables a la infección. La atención prestada se desarrolla de forma multidisciplinar.

OBJETIVOS Evaluación de la adecuación de la atención al paciente en un hospital sociosanitario en la pandemia COVID.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio retrospectivo, desde el 17 marzo al 28 mayo, de pacientes ingresados en un hospital sociosanitario de 156 camas .Los pacientes proceden en el 98% de un hospital de tercer nivel colindante. Se atendieron a 102 pacientes COVID-19 positivos. La detección inicialmente se realizó a los pacientes con síntomas y luego a los contactos del positivo. Se implementaron una serie de medidas urgentes para el control de la trasmisión y contacto con las familias -17 de marzo se limita la entrada de familiares a los pacientes en situación de ultimos dias -30 de marzo cribaje masivo con PCR, tanto del personal como de la totalidad de los pacientes ingresados -se trasladaron a otro centro los pacientes que en el cribaje resultaron negativos convirtiéndonos en hospital COVID -Contacto con la familia: se implementó un programa de atención telefónica diaria a las familias conjuntamente con la unidad de Trabajo social- el 9 de marzo con el soporte de Psicología se inicia una rueda de videollamadas en pacientes previamente seleccionados, así como un programa de atención continuada de soporte Psicológico para los profesionales.

RESULTADOS 102 pacientes, 58 mujeres y 44 hombres, media de edad 79 años. Charlson medio de 2,9 puntos. Asintomáticos 28 (27,5%).Se realizó tratamiento sintomático en 80 pacientes (78%) y tratamiento específico con hidroxicloroquina +/- azitromicina en 22(21%). Éxitus directamente por COVID-19 18 pacientes (17,6%) media de edad de 90,4 años.La causa fue la disnea rápidamente progresiva en el contexto de distrés respiratorio. 16 pacientes (15,7%) murieron por otras causas (6 por progresión de la enfermedad oncológica, 6 por broncoaspiración y 2 por HDA, ACV, gangrena. Media de edad global de éxitus fue de 82,7 años. El Charlson de los éxitus es de 3,57 puntos.

CONCLUSIONES El cribaje masivo de forma precoz permitió el aislamiento de los pacientes y personal positivos.Esto fue determinante para la detección de asintomáticos ,evitar la transmisión y control del brote.La atención multidisciplinar permitió la adaptación a las nuevas necesidades.La tasa de éxitus por COVID es baja comparada con otras series y corresponde a los pacientes de más edad y con Charlson elevado.El contacto telefónico y la instauración de videollamadas permitió disminuir la ansiedad de los pacientes y familia con un alto grado de satisfacción.

ID: 500

ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN CONSULTA DURANTE LA PANDEMIA DE SARAS-COV-2 EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: MARTINEZ-DE MIGUEL, BARBARA[1]; VILLAN-VILLAN, YF[2]; FORES-MORENO, G[3]; AMENGUAL-PLIEGO, M[4]; RIOS-BLANCO, JJ[5]; COBAS-GAMALLO, J[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La situación de pandemia por SARS-CoV-2, exigió realizar una reestructuración de actividad en consultas, redistribución y desarrollo de recursos, así como determinación de circuitos seguros para el desarrollo de la actividad.

OBJETIVOS Planificar y establecer medidas oportunas para la actividad en consultas durante la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en un hospital terciario que permita mantener atención de calidad, y garantizar la seguridad de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS Se estableció grupo de trabajo multidisciplinar liderado por Gerencia con la participaron de varias especialidades, Calidad, Preventiva y Prevención de Riesgos Laborales. Este grupo definió la metodología y medidas necesarias.
En base al protocolo cada especialidad realizó un diagnóstico inicial sobre la situación de sus consultas, así como propuesta de planificación y reestructuración de su actividad.
La puesta en marcha del protocolo se realizó con servicios piloto, sobre los que se evaluó la idoneidad del procedimiento.

RESULTADOS Tras estudio de la planificación y necesidades se reestructuraron las agendas de todas las consultas con presencialidad y telemedicina ajustando horarios de citas y circuitos, tanto para el hospital como para los centros de especialidades. Se rediseñaron las agendas de consultas presenciales y se crearon agendas nuevas para las no presenciales reduciendo al máximo las primeras.
Toda la actividad se coordinó con Servicios Centrales (Extracciones, Microbiología, Diagnóstico por Imagen y otras pruebas diagnósticas).
Se definieron espacios para cada agenda que permitieran cumplir con las medidas establecidas y circuitos seguros de entrada y salida de pacientes.
Las citas se han tramitado de forma telefónica. Los pacientes reciben un SMS con los datos de su cita, e información complementaria Covid-19 como acudir a la cita sin acompañantes en la medida de lo posible y un SMS con una URL dirigida a la página web del hospital para consultar las medidas y normas para acudir al hospital.
Al llegar a consulta, el personal sanitario realiza un checklist de cribado, como herramienta para la toma de decisión en la atención. Cualquier síntoma o criterio epidemiológico incluido en la encuesta podía suponer sospecha de Covid-19. Se alertaba al paciente de la necesidad de posponer la actividad o realizarla con las precauciones oportunas según protocolo. Las respuestas de este checklist quedan registradas en la Historia Clínica electrónica.
Para teleconsultas, se desarrolló un checklist con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente al mismo tiempo que la calidad percibida.

CONCLUSIONES La colaboración entre equipo directivo, Calidad y representantes de los servicios logró dar respuesta a las necesidades de las consultas durante la pandemia. La combinación de actividad presencial y no presencial ha permitido continuar con la atención a los pacientes. Así mismo, el protocolo, la exhaustiva planificación y medidas establecidas han permitido garantizar la seguridad del paciente y profesionales.

ID: 503

LOS INTENSIVISTAS APORTAMOS CALIDAD FUERA DE NUESTRAS UCIS: SEDACIONES EN EL ÁREA DE DIGESTIVO

AUTORES: DEL CAMPO MOLINA, EMILIO[1]; RIVERA ESPINAR, F[2]; GARCIA PRIOR, MA[3]; DURBAN GARCÍA, I[4]; PEREZ MANRIQUE, R[5]; CHICANO GALLARDO, M[6]

CENTROS DE TRABAJO: EMPRESA PUBLICA ALTO GUADALQUIVIR. HOSPITAL DE MONTILLA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los intensivistas podemos ser útiles fuera de nuestra UCI. Hay procesos hospitalarios donde nuestro trabajo puede ser utilizado como herramienta de calidad en los pacientes y dar valor al trabajo realizado por otras especialidades. Desde el año 2008 los intensivistas comenzamos en nuestro hospital a realizar sedaciones en los procedimientos de endoscopia y colonoscopia del área de digestivo. Lo que empezó siendo una excepción, actualmente es lo habitual en nuestro hospital, trasladando este proceder a otros 2 hospitales más de la misma empresa.

OBJETIVOS

1. Analizar las sedaciones realizadas en el área de digestivo desde el 2008 hasta Junio del 2020.
2. Valorar si las sedaciones realizadas por UCI en procedimientos de colonoscopia/endoscopia disminuyen la percepción del dolor en los pacientes.
3. Valorar otros resultados de la encuesta de calidad: Satisfacción del endoscopista y dificultad percibida de la sedación.

MATERIAL Y MÉTODOS Las sedaciones realizadas desde el año 2008 quedan registradas en una base de datos propia (Access). 2018: Se procedió a la realización de un cuestionario de percepción del dolor y de satisfacción. 2018-2020: Se pasó el cuestionario al paciente antes y posterior a la sedación, así como al endoscopista e intensivista que realizaban la técnica y la sedación. La recogida de datos de calidad se realizó los Martes y Miércoles. Para la estadística de variables cualitativas se usaron rangos del 1 (Ninguno o nada) al 10 (Lo que más). Para estadística del estudio usamos medias, máximos, mínimos, y Desviación estándar. Para el análisis de determinación del dolor del paciente se rechazaron aquellos casos, donde se había realizado la prueba anteriormente usando sedación (112 casos)

RESULTADOS Se han realizado 1752 sedaciones en total. Se recogieron 519 encuestas de calidad sin rechazar ningún cuestionario. La sedación en Colonoscopias: 81,5%, y en endoscopias: 18,49%. Varones: 33%. Edad media: 55,15 (Max 88-Min 14- DesvSt 15,62), y un tiempo medio por proceso de 32,42 min (colonoscopias) y 16,08 min (endoscopias). Dolor que el paciente cree que va a tener presedación: 7,48 (10-4-2,31). Dolor que ha tenido tras el procedimiento: 1,09 (4-1-0,47). Satisfacción del endoscopista: 9,78 (10-7-1,18). Dificultad para la sedacion del intensivista: 1,1 (5-1-0,48). No hubo ninguna complicación en nuestra serie.

CONCLUSIONES

1. La sedación realizada por intensivistas en colonoscopias/endoscopias disminuyen claramente la percepción de dolor en el paciente.
2. Los intensivistas podemos aportar al hospital mejoras en el dolor y ofrecer calidad asistencial en técnicas invasivas en otras zonas de trabajo fuera de nuestra UCI.
3. Es factible que los intensivistas puedan salir de nuestras UCIs, para mejorar la calidad de ciertas técnicas de otras especialidades.
4. La satisfacción del endoscopista que realiza la técnica y la percepción del dolor del paciente son claves en la mejora de la calidad percibida

ID: 504

IDENTIFICAR RIESGOS PSICOSOCIALES EN PROFESIONALES HOSPITALARIOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA (SARS COV2)

AUTORES: COBIAN MARTÍNEZ, JORGE LUIS[1]; SORIA MARTÍN, DC[2]; BETANCOR CÁRDENES, C[3]; GARCÍA DEL ROSARIO, C[4]; MARTÍN GONZÁLEZ, JC[5]; SANTANA CABRERA, L[6]

CENTROS DE TRABAJO: CHUIMI[145], HUIGC[236]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La identificación de factores de riesgo psicosocial en el entorno laboral no es ajeno al contexto de los hospitales. Los profesionales sanitarios están sometidos a grandes presiones psicosociales. Presiones que provienen de la clase política que hacen cuestionar la eficiencia del modelo de salud Español generando inseguridad laboral, de los gestores de los Hospitales que en la búsqueda de una mayor eficiencia que aumentan las exigencias, de los cambios tecnológicos que mantiene al personal en constante formación y actualización, de los pacientes y familiares que con la gran información disponible y su relativo fácil acceso pueden cuestionar las decisiones que éstos toman, las interrelaciones personales-profesionales y de la propia medicina que no es una ciencia exacta. Teniendo en cuenta el estrés sobreañadido que la pandemia por Sars CoV2 ha ocasionado en el personal sanitario, se hace necesario, la adecuada identificación de estos factores de riesgo, para establecer acciones de prevención.

OBJETIVOS Identificar los principales riesgos psicosociales que influyen en la salud de los profesionales y en el rendimiento de su trabajo

MATERIAL Y MÉTODOS En la identificación y evaluación de los factores psicosociales utilizaremos el método denominado FPSICO 4.0, técnica cuantitativa desarrollada por INSHT para el diagnóstico psicosocial de una organización o de áreas parciales de la misma, a partir de los cuestionarios de aplicación individual. La muestra será todos los profesionales de una Unidad de Hospitalización de un Hospital (n=170) que de manera voluntaria contesten el cuestionario completo, durante el mes de junio 2020 durante la última semana de la fase 3 e inicio de la fase 4 asociada a la Pandemia COVID-19. Añadiéndose algunos datos demográficos útiles para el análisis interno y establecimiento del plan de mejora.

RESULTADOS Se identifican los siguientes factores de mayor riesgo por orden de significancia:

1. Participación/Supervisión (PS), con un 84,0% de nivel de riesgo en el aspecto de participación.
2. Demandas Psicológicas (DP), con un 53,8%
3. Relaciones y Apoyo Social (RAS), con un 49,4%
4. Carga de Trabajo (CT), con un 48,1%
5. Desempeño del Rol (DR), con un 44,2%
6. Tiempo de Trabajo (TT), con un 34,0%
7. Autonomía (AU), con un 30,8%
8. Interés por el Trabajador/Compensación (ITC), con un 29,5%
9. Variedad/Contenido (VC), con un 17,9%

CONCLUSIONES Los factores psicosociales identificados presentan un nivel de riesgo susceptible de mejorar. Resulta de especial interés analizar cada pregunta del cuestionario que conforma un factor psicosocial a fin de conocer qué parte está más alterado.
Las situaciones específicas serán valoradas por un grupo de trabajo formado por un médico especialista, dos enfermeras y un MIR, que de manera voluntaria se ofrecieron a trabajar en este plan de mejora que sin duda redundará positivamente en el personal de la Unidad.

Como resultado se definieron 32 medidas preventivas específicas orientadas a disminuir los niveles de riesgo psicosocial.

ID: 505

#YOTEAPLAUDO: CAMPAÑA DE APOYO A LOS PROFESIONALES Y TRABAJADORES SANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2

AUTORES: YUSTE, BELÉN[1]; RIVAS-CABALLERO, S[2]; LÓPEZ BERLANGA, M[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia de SARS-CoV-2 ha sido un evento sin precedentes que ha tenido un impacto catastrófico en los sistemas y servicios de salud. El entorno de trabajo de los profesionales sanitarios y de los trabajadores de las instituciones sanitarias ha sido extremadamente traumático y estresante, teniendo que hacer frente diariamente durante más de dos meses a situaciones socialmente impensables en condiciones de una gran incertidumbre y con una falta de recursos o apoyos necesarios. La respuesta social ha sido variada y ha servido a los profesionales de apoyo y consuelo para continuar trabajando.
El área de Cultura y Ciencia del Hospital lanzó la campaña #yoteaplaudo para apoyar a todos sus trabajadores. La idea de origen a esta campaña era la de poner cara al aliento y nombre al cotidiano aplauso, solicitando a personalidades de distintos ámbitos un aplauso personal.

OBJETIVOS Dar un apoyo personal y cercano a los profesionales y trabajadores que se encontraban paliando los efectos de la pandemia en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS La empresa Rocaviva Eventos, donó desinteresadamente la edición y difusión de los vídeos que fueran llegando. Desde el Área de Ciencia y Cultura se centralizó el trabajo de contacto con las personalidades y el canal hospitalario para hacer llegar los mensajes a sus destinatarios mediante la estrecha colaboración con la Unidad de Calidad y Planificación estratégica del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital.

RESULTADOS El 2 de abril de 2020 lanzamos la campaña #YoTeAplaudo llegando a 55 mensajes con los que cerramos la campaña el 27 de mayo. Como despedida, el último mensaje cambió de destinatarios, fue de gratitud hacia todos los participantes que habían hecho posible esta campaña. Le puso voz y rostro del director del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital.

CONCLUSIONES La ciencia, la cultura, el arte, el periodismo, el deporte, el mundo diplomático y militar tuvieron sus rostros y llegaron sus palabras de aliento, de consuelo, de gratitud, poniendo su grano de arena en una lucha común: Premios Nobel de Medicina y de la Paz, académicos de Ciencias y Arte en academias españolas y extranjeras, Medalla Echegaray, Diploma Cajal, Medalla de Oro del CNRS, Premio Jaume I, Medalla de Oro Carracido de la Real Academia Nacional de Farmacia, Premio Príncipe de Asturias de la Concordia, Premio Princesa de Asturias de las Artes, Mensajera de la Paz de Naciones Unidas, Medalla de Oro al Mérito en las Bellas Artes, Premios Nacionales de Teatro, Poesía, Música y Danza; Medalla de Oro de Andalucía, Premio de Cultura de la Comunidad de Madrid en Literatura y Danza, Medalla de Oro del Concurso Internacional de Rosas de Mónaco, campeona olímpica de Natación Sincronizada, campeona de España de Danza sobre Hielo, Premio Grammy Latino, Premio Goya, Premio González Sinde de Cine, Premio Max de Teatro, Premio de la Unión de Actores, Premio Nacional de Periodismo Miguel Delibes, Premio Cerecedo de Periodismo, Premio Ondas, Premio Antena de Oro.

ID: 508

ANALISIS DEL AUMENTO DE LA TASA DE CONTAMINACION DE HEMOCULTIVOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID19

AUTORES: DIAZ KRALL, SILVIA[1]; CABRERA WILLEN, WC[2]; VIVOT ADELIA, VA[3]; FURFARO NORBERTO, NF[4]; ROTRYNG FLAVIO, FR[5]

CENTROS DE TRABAJO: SANATORIO FINOCHIETTO[1], SANATORIO FINOCHIETTO[2], SANATORIO FINOCHIETTO[3], SANATORIO FINOCHIETTO[4], SANATORIO FINOCHIETTO[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los hemocultivos son esenciales para la detección de las bacteriemias y permite tomar decisiones terapéuticas. La contaminación de origen cutáneo durante la toma de muestra lleva a demoras en el diagnóstico , tratamiento y conlleva a mayores días de internación.

OBJETIVOS El objetivo es identificar las causas que originaron el incremento de la tasa de contaminación de hemocultivos con crecimiento de bacterias contaminantes.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron 807 pacientes internados con diagnóstico de COVID 19, febriles con hemocultivos realizados entre Febrero 2020 y Junio 2020. Los hemocultivos se procesaron en equipo automatizado Bactalert (BIOMERIEUX). El estudio microbiológico se ralizo en autonalizador Vytek (Biomerieux)

RESULTADOS La tasa habitual de contaminación de Hemocultivos del laboratorio es del 3 %. En 2020 las tasas fueron : 3.24% en enero , 3,05% en febrero , 6,0% en marzo y 11,3 % en Abril. Este dato disparo la alarma y se busco la causa del incremento . Se evaluó al personal involucrado en la toma de muestra, supervisando presencialmente su tarea. Se descartó que hubiera personal no capacitado. Se analizaron microbiológicamente los antisépticos utilizados en la asepsia de la piel, no hallándose contaminante alguno.
No habiendo detectado motivos técnicos del origen de la alta tasa, se planteó, la posibilidad de una causa conductual. Para ello se realizó una encuesta anónima donde cada trabajador evaluaba cada uno de los puntos de la toma de muestra de hemocultivo .
La encuesta arrojo que el 30 % manifestaba temor de interactuar con el paciente infectado, y el deseo de abandonar rápidamente la habitación por temor al contagio, asumiendo que esta podía ser la causa de no cumplir de manera eficiente la asepsia de la piel donde se realiza la venopuncion.
Se realizaron reuniones con el personal reforzando los conceptos de atención segura y facilitando un ámbito donde manifestar sus temores o angustias. Se evaluó la eficacia de la medida , observando una disminucion del porcentaje de hemocultivos contaminados Mayo: 9.0 % y Junio :6%.

CONCLUSIONES se pone de manifiesto la importancia de la contención afectiva –efectiva del personal de salud durante la pandemia .Los miedos se reflejan e impactan en el proceso de atención ,por lo tanto es necesario detectar y atender las necesidades psico afectivas del personal involucrado en la atención de pacientes COVID 19.

ID: 509

GESTIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DEL ÁREA DE CALIDAD DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES: MARTINEZ-DE MIGUEL, BABARBA[1]; VILLÁN'-VILLÁN, YF[2]; COBAS-GAMALLO, FJ[3]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, las organizaciones debieron establecer medidas de reorganización asistencial con el desarrollo de nuevos protocolos de actuación. El elevado volumen y frecuencia de cambio en los documentos oficiales nacionales y autonómicos obligaron a establecer medidas para que todos los profesionales tuvieran a su disposición la información más actualizada.

OBJETIVOS Describir el papel del Área de Calidad en la coordinación, revisión, actualización, normalización y difusión de los protocolos generados durante la pandemia por SARS-CoV-2, así como en la posterior fase de transición.

MATERIAL Y MÉTODOS Partiendo del Protocolo para la Gestión Hospitalaria de la Pandemia de SARS-CoV-2, la Dirección del hospital asignó a Calidad la Gestión Documental de los protocolos intrahospitalarios, búsqueda y difusión de los protocolos oficiales.
Se creó grupo multidisciplinar, con participación de Medicina Interna y Comunicación. Se diseñaron circuitos para creación y actualización de protocolos: Envío documento inicial por parte del servicio a Calidad para revisión técnica y científica, Normalización, Feedback a autores para aceptación de cambios tras revisión, Actualización del documento, Envío a Dirección para validación, Publicación, Difusión.
Difusión por la intranet y carpeta compartida para todo el personal, lista de distribución y resúmenes diarios de actualizaciones al grupo referente COVID-19.

RESULTADOS Se elaboró el Protocolo para la gestión de la respuesta hospitalaria a la pandemia y 4 específicos COVID-19 de carácter transversal: Plantas, Tratamiento, Protocolos Medicina Preventiva y Protocolo Prevención de Riesgos Laborales (PRL).
Se desarrollaron protocolos de ámbitos específicos, en total 36 (urgencias, hospitalización, intensivos, bloque quirúrgico, radiología, microbiología, farmacia, materno-infantil, gestión de residuos...).
En la fase de transición se desarrollaron 5 transversales: Consultas, Actividad quirúrgica adultos e infantil, Recomendaciones Medicina Preventiva, Recomendaciones de PRL, Ingresos programados.
Respecto a los protocolos de ámbitos específicos durante la fase de transición se publicaron 35.
Se desarrollaron circulares informativas para los pacientes (ingresados, ambulatorios y para padres acompañantes de pacientes pediátricos) y checklist de cribado COVID-19 (adultos e infantil) en colaboración con Medicina Preventiva.
La gestión de la carpeta compartida COVID-19: se crearon subcarpetas para los protocolos transversales y la información relevante de plantas, coordinadores, contactos y resumen de actividad. Subcarpeta específica para documentación externa oficial y para cada uno de los Servicios. En total: 38 subcarpetas y 8 adicionales del hospital Infantil con más de 150 documentos.

CONCLUSIONES La eficiente gestión documental realizada por el Área de Calidad ha sido fundamental para mantener los protocolos actualizados y disponibles para todo el personal del hospital, tanto en la fase aguda de la pandemia, como en la fase de transición.

ID: 510

"POR MÍ, NO TE VAS A CONTAGIAR" PROMOCIÓN DE LA SALUD POR PARES, DE JÓVENES PARA JÓVENES

AUTORES: YUSTE, BELÉN[1]; ARELLANO GARCÍA, JL[2]; LÓPEZ MEDRANO, F[3]; GRANADOS RUIZ, MA[4]; RODRÍGUEZ PERALTO, D[5]; REGUILÓN AGUADO, O[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE[134], LA JOVEN COMPAÑÍA[256]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Tras la desescalada del primer brote de COVID-19 por SARS-CoV-2 se produjo una relajación de las medidas de precaución y prevención del contagio. Profesionales sanitarios del Hospital Universitario 12 de Octubre quisieron facilitar la realización de una campaña de promoción de la salud para jóvenes por jóvenes (sus pares). Como herramienta de comunicación se optó por el teatro. El grupo de teatro La Joven Compañía, sensibilizada por el tema, y con un acceso importante a la población diana de manera habitual, donó la realización de un anuncio de promoción de la salud, realizado por sus actores que, al encontrarse dentro de la franja de edad de la población diana, ejercieron de pares en la campaña.

OBJETIVOS Diseñar mensajes de promoción de la Salud para reducir el contagio del Coronavirus en población joven.

MATERIAL Y MÉTODOS Previo a la realización del vídeo, el referente del Hospital encargado del proyecto, en colaboración con la Unidad de Ciencia y Cultura, identificaron a los actores clave para la elaboración, identificación y definición de los mensajes sanitarios clave. El Servicio de Medicina Preventiva y las Unidades de Enfermedades infecciosas y de Calidad.
Los mensajes sanitarios a trasmitir se pusieron en conocimiento de la Compañía de teatro que le dio forma de spot publicitario de jóvenes para jóvenes, adaptando adecuadamente los mensajes científicos a la audiencia joven y a los canales de comunicación propuestos.
El script fue supervisado por los profesionales sanitarios, que dieron educación para la salud a los profesionales de la compañía de teatro mediante pequeños talleres de higiene de manos y manipulación adecuada de la mascarilla. Y se canalizó el aval de una organización del ámbito sanitario que fue Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid).

RESULTADOS Ocho actores voluntarios y todo el equipo de gestión y grabación de la Compañía trabajaron durante un fin de semana. Y así, el vídeo de promoción de la salud con los mensajes clave enviados por ocho actores, pares de la población diana, el vídeo se presentó a medios por el área de salud del Ayuntamiento de Madrid y se canalizó activamente por las redes sociales. Teniendo las primeras 24 horas en las redes sociales de la Compañía teatral, tras su presentación a medios 8.600 visitas en YouTube (170,5 horas de visualización), 10.600 visualizaciones en Twitter con 195 "retweets" y 211 "me gusta", en Facebook tuvieron 10.418 visualizaciones multimedia, 26.116 visitas al tweet derivado de Facebook, 2.555 interacciones con el vídeo, con un alcance de 6.483 en Instagram. Se presentó en el telediario de Tele5, en Radio 5 de RNE, emitido por Mensajeros por la Paz y el Instituto Francés.
https://www.youtube.com/watch?v=diy0sUM-FMQ

CONCLUSIONES Las nuevas tecnologías y la brecha generacional suponen un reto de adaptación para la promoción de la salud y la comunicación de los servicios de salud y salud pública con los ciudadanos a los que sirven. La colaboración activa y sinérgica con los agentes sociales es imprescindible y beneficiosa.

ID: 511

PROCESOS, FLEXIBILIDAD Y COMPETENCIA: CLAVES DE LA RESPUESTA DE UN SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS FRENTE AL COVID19

AUTORES: QUINTELA GONZALEZ, ZITA[1]; FERNÁNDEZ CAMPOS, MJ[2]; SÁEZ GONZÁLEZ, MP[3]; DE PAZ DE PAZ, F[4]; FERNÁN PEREZ, P[5]; COLOMER ROSAS, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) de nuestro Servicio de emergencias extrahospitalarias (SEE) se atienden las llamadas, a través de un sistema escalonado en el que intervienen diferentes perfiles profesionales que clasifican la demanda y le dan respuesta en función de su prioridad. Es un proceso estandarizado que incorpora cambios estacionales y diarios y planificación de recursos.
El análisis de los primeros datos del COVID19 evidenció el potencial desbordamiento del SCU y no poder atender la demanda sanitaria. Se planteó la necesidad urgente de un sistema de planificación que incluyera modificaciones diarias de los procesos en base al análisis de la evolución diaria de la demanda y de la pandemia.

OBJETIVOS Descripción de los cambios disruptivos en un SCU durante la pandemia COVID19.

MATERIAL Y MÉTODOS Configuración Equipo Gestor de Crisis 27/01/2020. Análisis inicial de situación: principal amenaza los rápidos cambios no predecibles de la pandemia y el potencial colapso del sistema de atención por el SCU y el SEE si no se tomaban decisiones con la suficiente rapidez. Adopción de un método basado en las metodologías ágiles (gestión flexible, eficaz, muy participativa). Análisis diarios de datos, incorporación precoz de cambios (protocolos y procedimientos).

RESULTADOS Se diferencian 4 periodos, los 2 centrales de mayor dificultad. Se describen algunas actuaciones:
Del 26/02 al 11/03 exacerbación llamadas (de 2000 a >6000/ día):

- se crea circuito especifico para el segundo nivel "Mesa COVID enfermería" y un procedimiento con preguntas para detectar "sospechoso", y asignar prioridad (0: dificultad respiratoria y 1: resto).
- Soporte a Centros de Salud y Hospitales con relación a Salud Pública
- Recepción de llamadas desde el teléfono especifico de la Comunidad de Madrid.
- Nº de llamadas caso sospechoso con dificultad respiratoria"1654 y sin dificultad respiratoria:654.

Del 11/03 al 01/05: aumento brusco de llamadas:

- Refuerzo del 1er nivel operador: se contrata y reasignan operadores de Transporte Programado a 061, y los de apoyo a llamadas 112; de enfermera y médico.
- Recepción de llamadas sin audio para garantizar que no se pierdan.
- Reestructuración del edificio de gerencia: duplicación espacios.
- Inclusión médicos y enfermeras de Cruz Roja en SCU.
- Mesa específica para gestión del Transporte Interhospitalario para la gestión centralizada de camas.
- Llamadas/día >5000. Pacientes confirmados con empeoramiento de síntomas 2494, sin empeoramiento 585, caso posible con dificultad respiratoria 32845, sin dificultad,6382.

CONCLUSIONES El SCU ha mostrado gran flexibilidad y capacidad de respuesta: ha llegado a atender a más de 9000 llamadas diarias de gran complejidad.
La distribución de llamadas se ha modificado con respecto a series históricas, lo que reafirma nues-

tra decisión de evaluar-incorporar cambios diarios.
Son necesarios centros de desbordamiento del 2º nivel de atención.
Se ha conseguido actuar conforme a protocolo y maximizar recursos y la seguridad del paciente.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD COMO HERRAMIENTA EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

ID: **512**

AUTORES: MARTINEZ-DE MIGUEL, BABARA[1]; VILLÁN-VILLÁN, YF[2]; GUSI-GIL, S[3]; TEJERA-CABELLOS, E[4]; COBAS-GAMALLO, FJ[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ[2], HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ[3], HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ[4], HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido un gran impacto a nivel mundial enfrentando a los servicios sanitarios a reorganizar todos sus procesos, así como a planificar nuevas acciones y abordar nuevos riesgos basados en el nuevo contexto en el que se encuentra.

OBJETIVOS Afrontar, a través del sistema de gestión integrado del hospital la situación generada durante la pandemia por SARS-CoV-2, estableciendo los planes de acción y mejoras necesarios.

MATERIAL Y MÉTODOS Se ha realizado un análisis de la situación actual mediante la revisión del DAFO del hospital incluyendo todos aspectos relacionados con la pandemia por SARS-CoV-2. Para este análisis se contó con un equipo multidisciplinar que identificó las nuevas Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades. Para completar el análisis del contexto se estudiaron las necesidades y expectativas de las partes interesadas, generadas por la nueva situación.
Posteriormente y basados en este análisis, se identificaron los riesgos y oportunidades derivados del contexto, procesos, aspectos ambientales, impactos de responsabilidad social y requisitos legales, identificando todos aquellos implicados directamente en la seguridad del paciente.
A continuación se ha determinado el nivel de riesgo, la evaluación de los mismos y las propuestas de planes de tratamiento para afrontar a todos aquellos riesgos que han obtenido nivel de riesgo alto y muy alto; así como el nivel de prioridad para las oportunidades y sus correspondientes planes de acción para todas aquellas oportunidades con un nivel de priorización alto.
Por último se ha redactado un informe de revisión por la Dirección que permite evaluar la situación desde el marco del sistema de gestión y que posteriormente nos permitirá evaluar los planes de acción definidos.

RESULTADOS Se identificaron un total de 20 Fortalezas, 9 Debilidades, 9 Oportunidades y 14 Amenazas nuevas, así como 26 necesidades y 28 expectativas. Posteriormente se identificaron un total de 37 riesgos nuevos de los cuales 16 obtuvieron un nivel alto o muy alto y el resto medios y 34 oportunidades de mejora.
Para todos aquellos riesgos altos y muy altos, así como para las oportunidades con valor de priorización alto se establecieron los correspondientes planes de acción, con las medidas a implantar, así como responsables, recursos e indicadores, que se revisarán periódicamente hasta su evaluación de la eficacia.
Todo ello sustentado por una red documental generada durante la pandemia y coordinada por el Área de Calidad.

CONCLUSIONES El sistema de gestión del hospital y sus procedimientos establecidos ha permitido realizar un análisis exhaustivo de la situación actual que vive el hospital así como de los cambios que las necesidades y expectativas han sufrido a raíz de esta pandemia. Permite además, realizar un seguimiento y evaluación de todos los planes de acción identificados, muchos de los cuales nos permitirán mitigar o eliminar ciertos riesgos generados durante la pandemia.

ID: **513**

EXPERIENCIA DE UN CENTRO COORDINADOR MOVIL DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID 19 EN UN HOSPITAL DE CAMPAÑA.

AUTORES: GONZÁLEZ MEDINA, JORGE[1]; MENDEZ ALONSO, C[2]; GARCIA MARTINEZ, R[3]; GOMEZ GIMENEZ, RE[4]; FERNÁN PEREZ, P[5]; QUINTELA GONZALEZ, Z[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Por el COVID 19 se ha creado un Hospital de Campaña, el cual precisó que de una forma rápida se estableciera un sistema de gestión que garantizase que la información de los pacientes, así como toda la actividad quedase registrada y verificada para la seguridad cínica y adecuada atención. Surge la necesidad de que una parte de esa gestión se haga alli y establecer un SCU ampliado y móvil,debido al incremento de algunas actuaciones como los ingresos y los traslados interhospitalarios.Se llevo a cabo por disponer de un Vehículos de Comunicaciones Móviles ya implantado en la organización.

OBJETIVOS Mostrar la experiencia del SCU ampliado que integra el Vehículo de Coordinación Móvil (VCM) para garantizar la seguridad del paciente en un Hospital de campaña COVID 19.

MATERIAL Y MÉTODOS Grupo de trabajo multidicisplinar para valorar y priorizar las necesidades
3 reuniones apoyados en espacios de colaboración digitales.
Se diseña un canal seguro de comunicación para transferencia de datos y archivos en aplicación corporativa.
Se determinan los requisitos a cumplir:

- Correcta identificación de pacientes trasladados. Trazabilidad de toda la información (horas, recurso empleado, estado del paciente al inicio y final del traslado).
- Coordinación de traslados tanto para ingreso como altas de hospita.
- Verificar los requisitos de entrada al Hospital de Campaña.
- Supervisión de las correctas condiciones para la realización del traslado
- Enlace entre el SCU móvil con el SCU para coordinar recursos externos.

RESULTADOS Se han coordinado de forma exclusiva desde este SCU un total de 3811 pacientes, que han constituido un total de 511 traslados:

- 32% se ha trasladado en vehículo tipo BUS y los vehículos especiales de la UME.
- 2,36% se han trasladado por protecciones civiles.
- 27,5% en recursos propios del SEE específicos para el circuito COVID.
- 2,62% con los recursos de la red de transporte sanitario urgente.
- 37,8% con los recursos de la red de transporte sanitario no urgente.

Ha coordinado el 100% de los pacientes que han precisado traslado interhospitalario a centros de alta complejidad.

CONCLUSIONES El uso del Vehículo de Coordinación Móvil para la constitución de un Servicio Coordinador en un Hospital COVID 19 ha permitido en un breve tiempo (menos de una semana)garantizar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en unas circunstancias de suma gravedad organizacional.
La función esencial del SCU a la hora de garantizar el perfil de paciente susceptible de ingreso en el Hospital de Campaña, haciendo una valoración del riesgo clínico, ha supuesto una medida clave en pos de la Seguridad del Paciente. Además de llevar un estricto control del traslado,sabiendo a tiempo real la ubicación del mismo.

Además de controlar la actividad de los traslados para la planificación de los recursos necesarios para asegurar la operatividad de los mismos.
En nuestra experiencia las funciones y flexibilidad organizativa de los SCU de los SEE son clave para afrontar una situación de emergencia epidémica.

FÁRMACOS HOSPITALARIOS A LA PUERTA DE CASA.

ID: **514**

AUTORES: MANCHEÑO VILLAREJO, FERNANDO[1]; DE PRADA TEJEDOR, MA[2]; PUENTE MARTÍNEZ, PC[3]; RODRÍGUEZ BLANCO, VM[4]; MANIEGA CAÑIBANO, M[5]; DIOS DEL VALLE, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: GERENCIA ÁREA SANITARIA III[16], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[2345]
TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los Medicamentos de Uso Hospitalario no están disponibles en las Oficinas de Farmacia. Deben dispensarse en hospitales (Circular 4/92 INSALUD). En la actual situación de provocada por el COVID-19 el Ministerio de Sanidad dictó la Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, que autoriza a establecer las medidas oportunas para garantizar la dispensación de los medicamentos hospitalarios fuera de los hospitales. Nuestro hospital fue elegido para atender pacientes covid en nuestra autonomía; esto conllevo limitar al máximo la asistencia al hospital. La letalidad del covid era superior en pacientes crónicos, y por tanto estos pacientes que acuden a por fármacos de uso hospitalario constituyen un grupo extremadamente vulnerable.

OBJETIVOS Reducir el riesgo de transmisión del COVID-19 entre pacientes a tratamiento con fármacos hospitalarios en ámbito ambulatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS -Grupo Trabajo: 18-23 marzo. Dirección, Farmacia, Jefe Celadores.

- Diseño Procedimiento: Selección población diana (pacientes que sólo acuden al hospital por fármacos). Actualización direcciones. Fase preparación: Incremento en volumen de compras para organizar menos entrega. Preparación de paquetes individuales. Fase Transporte: Alquiler de 1 vehículo. Contrato celadores para el reparto. Establecimiento turnos. Recogida de paquetes en farmacia. Adquisición Navegador. Pilotaje: 25-30 marzo (1 turno). Implantación: 31/03 al 21/06 (2 turnos). Desescalada: 22/06-actualidad (1 tuno); se debe recuperar normalidad pero manteniendo capacidad de respuesta ágil.
- Evaluación: nº pacientes beneficiados. Desplazamientos evitados.

RESULTADOS 210 pacientes beneficiados. Se redujeron los desplazamientos un 70%. Se cubría toda la geografía de la autonomía. En la etapa inicial, el proyecto tuvo alguna resistencia entre los pacientes; ya que les sustraíamos un motivo para poder romper el confinamiento domiciliario. Esa resistencia inicial fue rápidamente superada, y en este momento, hay resistencia porque quieren mantener el servicio.

CONCLUSIONES

- Ha sido un proyecto que ha reducido el riesgo potencial de un colectivo extremadamente vulnerable de forma efectiva.
- Ha puesto en valor la resilencia del sistema y su capacidad de adaptación a un entorno cambiante, a pesar de ser un servicio público.
- El trabajo multidisciplinar cuando hay un objetivo común y claro genera sinergias positivas.
- La resistencia al cambio inicial es frecuente, deberemos persistir y no abandonar prematuramente.

FRECUENTACIÓN DE LOS PACIENTES COVID-19 EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

ID: **515**

AUTORES: RIVERA-NUÑEZ, MARÍA ANGÉLICA[1]; TORRES SANTOS-OLMO, R[2]; MARTÍN-VEGA, A[3]; VILLÁN-VILLÁN, YF[4]; RUÍZ-LÓPEZ, D[5]; SOUTO-NOVAS, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido un impacto muy importante en los Servicios de Urgencias que han tenido que adaptar todos sus recursos de forma muy rápida para dar respuesta a la alta demanda. Es importante conocer la frecuentación de los pacientes con sospecha de COVID-19 para poder planificar estratégicamente y optimizar los recursos existentes en caso de nuevos brotes u otra situación similar, con la perspectiva de seguridad del paciente.

OBJETIVOS Describir la frecuentación de los pacientes diagnosticados de COVID-19 al Servicio de Urgencias de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS Se han incluido pacientes que después de un episodio de Urgencias clasificado como COVID-19 (según texto de diagnóstico) desde el 25/02/2020 al 31/05/2020, vuelven al Servicio de Urgencias por cualquier motivo hasta el 28/07/2020. Se ha calculado el total de pacientes y de episodios generados, la media de episodios/paciente y mediana de tiempo entre episodios. Otras variables: Sexo y Edad.

RESULTADOS El total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el período de estudio con sospecha de COVID-19 en el diagnóstico registrado en la Historia Clínica Electrónica fue de 8383, que generaron un total de 9610 episodios. Los pacientes que acudieron de nuevo al Servicio de Urgencias al menos 1 vez fueron 2128 (25%) generando 3430 (41%) de episodios, (rango de nuevas visitas entre 1 y 28 veces) con una media de 1,61 (DE: 1,41) episodios/paciente y una mediana de tiempo de 18 días desde episodio índice a nuevo episodio (RI: 5,9 – 45 días). La media de nuevas visitas en el período seleccionado durante el año 2019 fue de 0,8 episodios/paciente.
Los pacientes que acudieron más de 1 vez, tuvieron una edad media de 56 años y el 58% fueron mujeres.
Según el tipo de alta del episodio inicial, acudieron nuevamente al Servicio de Urgencias los pacientes trasladados a domicilio (60% de los nuevos episodios), pacientes con ingreso previo (27%) y COVID-Seguimiento a domicilio (7%).
En los pacientes que ingresaron en una visita posterior, el rango estuvo entre 1 y 5 nuevas visitas, para un total de 684 episodios con una media de 1,14 episodios/paciente (N = 599). Los Servicios en los que ingresaron estos pacientes durante los episodios fueron con mayor frecuencia: Medicina Interna 58%, Neumología 9% y Geriatría 6%.
En los pacientes que no ingresaron, el rango de nuevas visitas estuvo entre 1 y 25, para un total de 2746 episodios con una media de 1,6 episodios/paciente (N = 1721).

CONCLUSIONES La frecuentación de los pacientes con sospecha de COVID-19 ha sido mayor que la observada en el mismo período en el año anterior, siendo alta para los pacientes con ingreso previo. Es necesario realizar nuevos estudios sobre cuáles son las razones para este elevado número de visitas en estos pacientes.

ID: **516**

GESTIÓN CENTRALIZADA DE LA DISPENSACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN UN SERVICIO EXTRAHOSPITALARIO.

AUTORES: ESTEVEZ DE GAMÓN, F[1]; UTRILLA ROMERO, O[2]; LORDEN MARTINEZ, F[3]; PRIETO SOLANO, MB[4]; BALBOA MENA, A[5]; GUTIERREZ SANCHEZ, F[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS [17] ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Para la atención segura de pacientes con riesgo biológico,casos sospechosos o confirmados por COVID 19, se precisa que los profesionales dispongan de un Equipo de Protección Indvidual (EPI) adecuado.
Los elementos del EPI en los diversos escenarios con posibilidad de riesgo son: Mascarillas quirúrgicas, mascarillas FFP2 y FFP3, buzos o monos, batas impermeables y gafas de protección ocular.
Dentro del Plan de Contingencias para la COVID19, se constató la amenaza de una posible carencia en el suministro de los EPI, bien por un aprovisionamiento no controlado periférico (de los profesionales por inseguridad) o bien porque pudiera producirse una falta de aprovisionamiento hacia nuestra organización. Ante el incremento de la demanda para este tipo de pacientes, se hizo evidente la necesidad de establecer una gestión de los EPI que optimizase su disponibilidad y garantizase el abastecimiento de todos los profesionales asistenciales cuando lo precisaran.

OBJETIVOS Implantar un proceso de gestión centralizada y acorde a la demanda asistencial, en la dispensación de los EPI en nuestro Servicio de Emergencias Extrahospitalarias (SEE).

MATERIAL Y MÉTODOS Equipo Gestor Multidisciplinar.
Sistema de Información: Cuadro de mando para control diario de gasto de cada tipo de producto y actividad. Elaboración de una proyección de las necesidades y establecimiento de un circuito específico para el suministro de los EPI.
Medios y Recursos: Vehículos del departamento de Logística y personal del departamento del Parque Móvil de vehículos. Gestor encargado de la asignación y control diario de los EPI.
Diseño de un proceso de gestión centralizado, basado en circuitos flexibles con asignación de medios y recursos, para realizar un abastecimiento de los EPI adaptado a cada momento y a la demanda asistencial requerida por parte de los profesionales sanitarios.

RESULTADOS Desde el 5 de marzo, fecha en la que se implantó el proceso de gestión centralizada de los EPI, se han distribuido un total de 62.648 mascarillas FFP2 y FFP3, 40.557buzos, 6.992 gafas de protección y 176.900 mascarillas quirúrgicas.
Para esta óptima distribución se han realizado 12.539 repartos individuales desde el Parque Móvil y 657 repartos especiales, gracias a las 164 recogidas en el almacén centralizado del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.
Se ha garantizado el abastecimiento de los EPI durante toda la pandemia y su disponibilidad ante la demanda de pacientes por COVID19

CONCLUSIONES La gestión centralizada de los EPI ha contribuido a un uso racional de EPIS. Además, garantiza al cien por cien la disponibilidad de los mismos, para los profesionales que están en primera línea dispongan del mejor EPI y más adecuado a las condiciones de atención a las que se ve sometido.En concordancia con otras experiencias y en base a la nuestra, estimamos que la gestión centralizada de recursos optimiza el uso de los mismos en momentos de crisis y gran incertidumbre mejorando tanto su disponibilidad como la seguridad de profesionales y pacientes.

SEGURIDAD SIN DUDA··· PERO NO PERDAMOS LA HUMANIDAD

ID: **517**

AUTORES: GOMEZ ALVAREZ, BEGOÑA[1]; NIETO MENÉNDEZ, M[2]; GONZALEZ FERNANDEZ, E[3]; VALLEDOR MENDEZ, M[4]; ZARRAGA FERNANDEZ, MA[5]; DIOS DEL VALLE, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[2], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[3], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[4], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[5], GERENCIA ÁREA SANITARIA III[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia provocó una sacralización de la seguridad; pasando otros valores a un segundo plano. Los profesionales se enfrentaron a dilemas éticos entre la seguridad y la humanización, ya que sometíamos a los pacientes ingresados a un aislamiento absoluto de sus familiares. Debíamos buscar una solución institucional que equilibre seguridad y humanización.

OBJETIVOS Conciliar las relaciones sociales del paciente ingresado y la seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS El protocolo aborda lo siguiente:

- VISITAS Y ACOMPAÑAMIENTO:
  - Definición de Acompañamiento y Visitas. Acompañamiento permanente limitado a menores y dependencia. Visitas limitadas en número y duración; diferenciando horarios y plantas (evitando aglomeraciones).
  - Control del acceso a hospitalización: registro de la visita, medidas de seguridad.
  - Regulación de visitas a plantas COVID y UCI COVID. Acceso restringido. Puertas con acceso mediante tarjeta. Se permiten visitas limitadas (1 a la semana de 15 minutos a cada paciente en UCI COVID) siempre programada previamente y supervisada constantemente. Uso de EPI.
- COMUNICACIÓN PACIENTE INGRESADO- FAMILIA:
  - Videoconferencia: Se disponen de dispositivos en plantas y UCI para realizar las videoconferencias. Sistema prioritario.
  - Programa "Asómate a la Ventana". Los familiares enviaban mensajes a pacientes a través de la página web. Se les entregaba o se los leían en planta. Se destruían posteriormente.
- INFORMACIÓN CLÍNICA
  - Información clínica a familiares por teléfono. Debía identificarse el familiar y el paciente autorizar la información.
- SITUACIONES ESPECIALES: Nacimientos, pacientes terminales, pediatría, discapacidad.
  - Pacientes al final de la vida: Se permitió el acompañamiento con medidas de seguridad (aislamiento gotas-contacto) de estos pacientes desde el inicio y en habitación individual.
  - Acompañamiento en partos: Inicialmente se permitía en el puerperio. Posteriormente, se permitió durante todo el proceso.
  - Pediatría y discapacidad: acompañamiento por 1 adulto.

RESULTADOS El protocolo surge de la inquietud de los profesionales ante el manejo de los pacientes y la soledad en que se encontraban.
Esta situación genero iniciativas en diferentes unidades clínicas buscando dar solución. El protocolo las integra; siempre buscando garantizar la seguridad pero facilitando el contacto familiar. Este protocolo es único entre los hospitales del entorno. Durante el proceso, hubo reclamaciones de pacientes por entender que se era muy permisivo y otras en el sentido contrario. Todas ellas nos

hicieron reflexionar y mejorar el mismo

CONCLUSIONES

- Nos ha permitido reflexionar sobre la necesidad de encontrar el equilibrio entre seguridad y humanización.
- El protocolo facilita la relación profesional-ciudadano, clarifica actuaciones y expectativas y da seguridad al profesional
- Debemos ser reflexivos a la hora de limitar derechos a los pacientes; y aplicar el conocimiento científico; evitando caer en una respuesta fácil al amparo del estado de alerta.
- Todavía hay mucho que avanzar.

ID: **518**

PROGRAMA DE TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO CON ECMO: UN PASO MÁS EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES: RUIZ RODRÍGUEZ, ANA[1]; RUIZ MARÍN, M[2]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA[1], HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se ha convertido en una opción terapéutica en pacientes con fallo cardíaco agudo o insuficiencia pulmonar hipoxico-hipercápnica. Son dispositivos altamente eficaces pero su uso está restringido a centros especializados con medios técnicos y personales necesarios por lo que se requiere un traslado a estos centros. En pacientes de riesgo la colocación antes del traslado al hospital de referencia mediante la activación de equipos de traslado con experiencia en ECMO permitirá un traslado más seguro.
La centralización de este tipo de procedimientos es un modelo conocido de gestión sanitaria para procesos altamente cualificados y mejora de resultados.

OBJETIVOS Nuestro objetivo fue evaluar la factibilidad, seguridad y eficacia del transporte de pacientes con ECMO.

MATERIAL Y MÉTODOS Analizamos nuestra experiencia inicial en el transporte interhospitalario de pacientes a los que se implantó ECMO en hospital de origen para un traslado seguro al centro referente. Se recogen datos desde el 1 Octubre 2015 al 15 Enero 2019 analizando datos demográficos, del implante y sistema ECMO, características del traslado y evolución.

RESULTADOS Se han implantado 14 dispositivos en hospitales de referencia. 57,1 % eran varones (8). La mediana de edad fue 43 años (RIQ 38-48). IMC 27,25 (RIQ 24,4-32,8), de APACHE II 16 (16-18).
El 78,6 % fueron ECMO veno-venosos, con canulación fémoro-yugular en 10 pacientes. Se registró un caso de imposibilidad para canulación, con shock hemorrágico y PCR.
La principal indicación fue insuficiencia respiratoria por SDRA como causa más frecuente debido a gripe A, seguido por shock cardiogénico secundario a IAM.
La mediana de distancia entre centros fue 47 km (RIQ 40-47) con una duración de la misión de 240 minutos (RIQ 210-280). Mediana días ingreso-colocación ECMO de 1 (RIQ 1-5). La mediana de días de estancia en UCI fue 10,5 días (RIQ 6,5-18,5), días de ventilación mecánica 10 (RIQ 4,5-20,5) y de ECMO 7 (RIQ 4-10).
La complicación más frecuente fue la insuficiencia renal con necesidad de terapia de sustitución.
Se ha registrado un fallo de oxigenador con necesidad de doble cánula de extracción.
Han fallecido 7 pacientes: por FMO (2), PCR (1), muerte cerebral (1), shock hemorrágico (2) y LET por futilidad (1). No hubo ninguna complicación durante los transportes.

CONCLUSIONES La implantación del dispositivo fuera del centro ECMO y el transporte del paciente a dicha institución es un desafío logístico con un alto potencial de complicaciones pero que garantiza la equidad de tratamiento a toda la población independientemente de su residencia o centro de ingreso. Un equipo multidisciplinar especializado, clave para la seguridad del paciente durante el implante y traslado con ECMO, así como la rigurosa selección de pacientes, organización y actualización de protocolos específicos son retos para el desarrollo de este programa.
Estas iniciativas redundan en una mejora de la calidad asistencial y en una gestión más eficiente de los recursos sanitarios.

ID: **519**

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL COVID POSITIVO

AUTORES: RODRIGUEZ BLANCO, VICTOR MANUEL[1]; MANIEGA CAÑIBANO, M[2]; CEDEÑO BENAVIDES, T[3]; ROCHA ADRIAN, MI[4]; COBALLES ESTÉVEZ, MD[5]; DIOS DEL VALLE, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[1245], GERENCIA ÁREA SANITARIA III[36]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Nuestra área sanitaria tiene asignadas unas 150.000 TSI. Nuestro hospital dispone de unas 300 camas y fue designado para atender pacientes covid por la autoridad sanitaria. La UCI con 11 camas disponibles fue asignada para atender sólo a pacientes covid. El estado de alerta decretado limito la actividad asistencial a lo no demorable, con objeto de disponer de recursos asistenciales destinados a pacientes covid. Esto ha tenido un impacto en la actividad asistencial desarrollada en el hospital que deberemos conocer con el objeto de analizar posibles efectos en listas de espera o en la necesidad de organizar programas especiales de atención.

OBJETIVOS Evaluar el impacto en la actividad asistencial que ha tenido el COVID-19 en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS Diseño: Estudio Descriptivo transversal
Período de estudio: Enero- Junio de 2012 a 2020.
Variables: Ingresos, Intervenciones Quirúrgicas, Consultas totales , Urgencias atendidas, Exitus en hospital. Fecha.
Plan de Análisis: Se compara las medias de los 6 primeros meses del 2012 al 2019 (intentado evitar variaciones temporales) con la media de los 6 primeros meses del 2020, así como la media de marzo a junio (periodo estado de alerta) del 2012 al 2019 frente a la media de los mismos meses del 2020.

RESULTADOS Ingresos: Se produce una reducción del 15.12% de ingresos en el primer semestre del 2020 respecto a la media del 2012-2019. Un 25,67% en el período de marzo-junio. Intervenciones quirúrgicas: 37,10% de reducción en primer semestre, 51,52% marzo-junio. Consultas totales: 18,12% (enero-junio). 31,50% (marzo-junio). Urgencias: 17,02% (enero-junio); 30,14% (marzo-junio). Exitus: 0,59% más exitus (enero-junio 2020), (-0,78% marzo-junio).

CONCLUSIONES

- El impacto del COVID -19 en la actividad asistencial ha sido muy importante en todos los ámbitos.
- Se observa una reducción de actividad esencialmente en los meses de mazo a junio, coincidiendo con el estado de alarma.
- El pico de mayor disminución de la actividad es el mes de abril, recuperándose progresivamente en mayo y junio; aunque sin llegar a la actividad media de los 8 años anteriores.
- Este impacto en la actividad es especialmente importante al producirse en el semestre de mayor actividad asistencial. Los meses de julio, agosto, septiembre y diciembre son los que presentan menor actividad asistencial; con lo cual la capacidad de recuperación esta muy comprometida; siendo factible que la recuperación del impacto de la pandemia conlleve varios años (a la espera del comportamiento del covid en otoño e invierno).

ID: 520

ROSI, ASISTENTES ROBÓTICOS PARA RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYO- PLAN DE CALIDAD

AUTORES: SUÁREZ MEJÍAS, CRISTINA[1]; DUEÑAS RUIZ, A[2]; SANCHEZ PARDO, D[3]; BANDERA RUBIO, JP[4]; , [5]; , [6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA[1], FUNDACIÓN PÚBLICA PARA LA GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD DE SEVILLA[2], HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO[3], UNIVERSIDAD DE MÁLAGA[4, 5, 6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Se hace necesario diseñar un plan de calidad por:

- Los beneficios que aportar a la correcta ejecución de las tareas de un proyecto de investigación.
- La nueva situación Covid-19 obliga aún más a maximizar los protocolos de seguridad y calidad.
- El manejo de pacientes de riesgo: El proyecto ROSI, tiene como objetivo ofrecer un servicio novedoso tanto a profesionales como residentes. La mayoría son pacientes crónicos, presentan comorbilidades, sistemas inmunes débiles. Será esencial asegurar la seguridad.

OBJETIVOS Diseñar y poner en marcha un plan de calidad de un sistema robótico social que persigue la asistencia e integración en tareas cotidianas en residencias de ancianos. Para ello, el plan de calidad abordará los siguientes objetivos específicos:

- Disponer del feedback constante del personal de la residencia en tiempo y forma.
- Informar a los residentes de actividades del centro y del menú de comidas.
- Cumplir con los protocolos de seguridad.
- Aceptación del robot social por parte de los residentes y personal sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS Se ha creado un grupo multidisciplinar que incluyen ingenieros expertos en robóticas, profesional sanitario procedente de centro geriátrico y de ámbito hospitalario con experiencia en robótica social y expertos en evaluación de tecnologías sanitarias. Como elementos de entrada para poder elaborar el plan de calidad se han definido los siguientes:

Requisitos del propio robot:

- Marcado CE robot (validado)
- Batería, cómo se carga, etc.
- Seguridad del paciente.
- Si hay que encenderlo quién lo hace y cómo, etc.
- Mapeo previo de la residencia.
- Interfaz Accesible y Usable.
- Garantía para reemplazo o reparación en caso de avería

Requisitos del centro:

- Sala donde el robot va a estar y sus requisitos.
- Por donde necesita moverse el robot.
- Legislación propia del centro: Junta de Andalucía.
- Acuerdo colaboración firmado con el centro.
- Protocolos de fase COVID19
- Medidas de higiene del robot
- Consentimiento informado de residentes, directores, usuarios y familiares

Recursos con los que contamos:

- Personal
- Material: Robot
- Salas de trabajo donde desarrollamos el robot.

RESULTADOS La implantación del plan de calidad nos ha proporcionado como beneficios el incremento de confianza en que los requisitos son cumplidos, una mayor seguridad de que los procesos están en control y la motivación que esto puede dar a todos aquellos involucrados en el proyecto. Además, también permite conocer mejor las oportunidades de mejora, optimizando recursos y unificación de conceptos.

CONCLUSIONES Se ha diseñado y puesto en marcha un plan de calidad para monitorizar el diseño, desarrollo y validación de un asistente robótico social realiza tareas cotidianas y de entretenimiento a pacientes mayores, asegurando que se cumplen los requisitos y la mejora continua.

ID: **521**

LISTADO DE COMPROBACIÓN PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS Y TOMA DE DECISIONES ANTE COVID 19

AUTORES: MARTINEZ PILLADO, MODESTO[1]; VARELA DURAN, M[2]; SAID CRIADO, I[3]; REGUEIRO MARTINEZ, A[4]

CENTROS DE TRABAJO: AREA SANITARIA DE PONTEVEDRA E O SALNES[124], AREA SANITARIA DE VIGO[3]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN No disponemos de un listado de comprobación para la evaluación asistencial en el COVID 19 ¿Cómo evaluar los resultados de los servicios asistenciales en la gestión de la pandemia?

OBJETIVOS

- Disponer de una herramienta de autoevaluación ante la pandemia de COVID 19
- La autoevaluación sistematizará la gestión de riesgos, gestión organizacional y toma de decisiones en servicios asistenciales hospitalarios y Atención Primaria

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Ruta de búsqueda en las principales revistas biomédicas y de gestión empresarial (Medline PubMed) y Google Scholar.) con key words Se incluyeron todos los resúmenes independientemente de su diseño. Se activó una alerta semanal para la localización de nuevos documentos
2. Un grupo focal de directivos y profesionales seleccionaron artículos más relevante en base a los siguientes criterios (gestión de riesgos, gestión organizacional y toma de decisiones)
3. Se adaptó el documento al entorno sanitario como listado de comprobación
4. Siguiendo el ciclo de mejora Plan-Do-Check-Act, se agruparon las medidas a los criterios citados
5. Evaluación cualitativa de la puesta en marcha del plan de contingencia realizado durante el 12 de marzo y 15 de mayo de 2020.

RESULTADOS Listado de comprobación para la autoevaluación de la gestión de riesgos, gestión organizacional y toma de decisiones ante COVID 19
GESTIÓN DE RIESGOS
1. ¿Se han evaluado los riesgos y se han establecido mecanismos de respuesta de emergencia?
2. ¿El Servicio/Hospital elaboró planes de respuesta para los posibles riesgos generados en la red de atención a los pacientes?
3. ¿Se han actualizado y adaptados los mecanismos de gestión de riesgos a la pandemia?
GESTIÓN ORGANIZACIONAL
4. ¿Se ha elaborado un plan de gestión de los datos de los empleados, la seguridad de la información y la privacidad?
5. ¿Se establecieron soluciones para cumplimiento y mantenimiento de la atención a pacientes ante la previsible demora en la reanudación de la atención sanitaria habitual?
TOMA DE DECISIONES
¿Se establecieron equipos de toma de decisiones de emergencia?
¿Se tomaron acciones para mantener el bienestar físico y mental de los profesionales?
¿Se establecieron mecanismos para comunicación de información para profesionales, pacientes y proveedores, que incluya, entre otros, documentos de comunicación estandarizados?
¿Se han establecido acciones para mantener la responsabilidad social y de desarrollo sostenible en la toma de decisiones?
¿El servicio/Hospital ajustó sus planes de ejecución a las nuevas circunstancias?

CONCLUSIONES Por vez primera, disponemos de una listado de autoevaluación ante la pandemia por COVID 19. Permitirá comparación e identificación de las mejores prácticas en la gestión de riesgos y toma de decisiones en la pandemia, así como aquellas no recomendadas.

ID: **522**

GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: SALAS VALIÉN, JOSÉ SANTOS[1]; GONZÁLEZ HERBON, JM[2]; SANTÍN PIEDRAFITA, E[3]; GONZÁLEZ DORADO, N[4]; ALONSO REYERO, B[5]; LIEBANA LLANOS, S[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La comunicación interna es clave para el buen funcionamiento de cualquier organización, pudiendo contemplarse incluso como una línea de su plan estratégico.
En los momentos de pandemia, como el vivido, y sobre todo en el sector sanitario la información es muy cambiante debido a la rapidez con la que evolucionan los acontecimientos por lo que es muy importante que la información e instrucciones internas se comuniquen de forma fiel y rápida a todos los miembros.

OBJETIVOS Conseguir una transmisión de información bidireccional en todos los miembros del servicio de forma fiable y rápida durante el tiempo de pandemia, teniendo en cuenta que los trabajadores pueden estar sometidos a turnos o trabajo telemático para disminuir el riesgo de contagio.

MATERIAL Y MÉTODOS Después de valorar distintas vías de comunicación y primando la rapidez y fiabilidad de la comunicación se optó por usar la vía de mensajería a través de WhatsApp por las siguientes razones:

- El acceso es con el teléfono personal por lo que todos tienen acceso instantáneo incluso desde casa o en los desplazamientos.
- Todos están habituados a este método de comunicación, ya que lo usan en su vida personal.
- Permite una comunicación bidireccional a todo el grupo.
- Permite conocer cuando el mensaje ha sido leído por el destinatario.
- La información remitida es de tipo organizativo, sin incluir información sensible de pacientes que se vea afectada por la ley de protección de datos.

RESULTADOS Aunque la mayor parte de la información se transmite a todo el personal se decidió crear tres grupos, uno para los facultativos, otro para los técnicos y un tercero para los administrativos, pudiendo así dar información específica a un solo grupo en caso de ser necesario.
Durante el periodo de pandemia se emitió al menos un comunicado diario, que incluía la situación del hospital respecto al Covid, lo que permitía seguir la situación diaria del hospital. Además, se informaba de las incidencias producidas durante el día. Se incluían también datos para la planificación del día siguiente como la previsión de intraoperatorias, cirugía de Mohs, ganglio centinela por OSNA o volumen de trabajo rutinario previsto para el día siguiente, de esta forma los trabajadores que se encontraban en casa conocían las incidencias producidas y la previsión de su trabajo para el día siguiente.

CONCLUSIONES El uso del WhatsApp como herramienta de comunicación interna del servicio ha permitido una marcada rapidez y fiabilidad en las comunicaciones, facilitando la gestión del servicio.
La información sobre la situación del hospital frente a la pandemia ha sido siempre fiable y de rápida transmisión, atajando así cualquier información basada en rumores.
La transmisión de la información ha sido instantánea permitiendo la realización de cambios organizativos de forma rápida en el día.
La buena acogida y funcionamiento de este sistema de información nos ha permitido mantenerlo después de la pandemia como vía rápida de información intraservicio.

ID: **523**

SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN Y BIOMARCADORES GENÉTICOS PARA EL CONTROL DE LA TOXICIDAD HEMATOLÓGICA EN CÁNCER DE PULMÓN

AUTORES: SUÁREZ MEJÍAS, CRISTINA[1]; LOPEZ GUERRA, JL[2]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA[1], HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Es bien conocido que la administración de RT junto con quimioterapia mejora la supervivencia con respecto a la aplicación de sólo RT en el cáncer de pulmón localmente avanzado. Sin embargo, las tasas de toxicidad hematológica se ven aumentadas significativamente, principalmente debido al daño que se produce en la médula ósea propiciando frecuentemente el retraso de ciclos de quimioterapia y/o suspensión de la misma. En este estudio se quiere poner de manifiesto como las reservas en la médula ósea presentan una correlación con las dosis recibidas durante la radiación y con IA se pretende evitar radiar dichas zonas y predecir eventos.

OBJETIVOS Diseño y desarrollo de un sistema inteligente para radioterapia (RT) de precisión en pacientes con cáncer de pulmón, teniendo en cuenta la toxicidad hematológica asociada a la radiación de la médula ósea. Para ello, se está diseñando un algoritmo de contorneo automático de la médula ósea que permitirá conocer el porcentaje radiado. Dicho algoritmo está integrado en una infraestructura informática, que definirá modelos predictivos en base a redes neuronales y algoritmos de inteligencia artificial y aprendizaje automático aplicando data mining. Esto permite valorar el impacto de irradiar la médula ósea en términos de toxicidad hematológica y otros posibles efectos secundarios asociados al tratamiento, predecirá la probabilidad de completar el curso de la radio(quimio)terapia, la supervivencia a un año y los riesgos de ingreso hospitalario.
El sistema además realiza una propuesta de RT teniendo en cuenta la toxicidad hematológica y otros efectos secundarios.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio observacional analítico longitudinal retrospectivo con un reclutamiento estimado de 600 pacientes, seguida de una fase prospectiva cuyo objetivo es hacer uso del sistema inteligente de RT de precisión para realizar una propuesta de RT teniendo en cuenta la toxicidad hematológica. Dicho sistema consta de un algoritmo de segmentación de la médula ósea basado en metodología de relajación convexa. Algoritmos de inteligencia artificial y estadística clásica para analizar concordancia entre radiación y toxicidad para el sistema de soporte a la decisión.

RESULTADOS Se dispone de datos clínicos y de la planificación de RT como el contorneo de la región diana y órganos de riesgo, evolución, dosimetría, etc. de más de 600 pacientes procedentes de dos hospitales. La inclusión del algoritmo de delimitación automática de la zona de la médula posibilita la evaluación de los efectos derivados asociados a la porción de médula ósea radiada. Además, con IA permite una propuesta de RT teniendo en cuenta la toxicidad hematológica y otros efectos secundarios.

CONCLUSIONES Se ha diseñado un sistema inteligente que por un lado permite localizar la medula ósea para evitar radiaciones en la medida de los posible y por otro incorpora inteligencia artificial para realizar previsiones y poder seleccionar el tratamiento de RT más optimo para el paciente.

ID: 524

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ACTIVIDAD DE MÉDICOS DE FAMILIA EN UN ÁREA SANITARIA

AUTORES: CEDEÑO BENAVIDES, TANIA[1]; FERNANDEZ FERNANDEZ, E[2]; NORIEGA LÓPEZ, C[3]; MANCHEÑO VILLAREJO, F[4]; SALDAÑA ALONSO, JR[5]; DIOS DEL VALLE, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: GERENCIA ÁREA SANITARIA III

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Nuestra área sanitaria tiene asignadas unas 150.000 TSI, estructurada en 10 zonas básicas de salud con 25 centros de atención primaria. El COVID-19 implicó una reorganización de la actividad en atención primaria, se paso del trabajo por cupos a trabajar por tareas con circuitos respiratorio/no respiratorio, atención telefónica y atención domiciliaria. El objetivo era reducir la presencia de personas en los centros sanitarios con el objetivo de frenar la transmisión del virus. Todos los centros de salud se mantuvieron abiertos (10) pero se cerraron 11 de 15 periféricos (56% centros abiertos). Con esta situación se preveía un incremento de la actividad domiciliaria y atención telefónica y una reducción de la atención presencial en el centro. Con esta previsión se reforzó la atención telefónica, poniendo a disposición teléfonos móviles para realizarla, y se contrato el alquiler de 1 vehículo por cada zona de salud para fortalecer la atención domiciliaria. Se reforzó la limpieza que incluía la limpieza del vehículo al finalizar la jornada.

OBJETIVOS Evaluar el impacto del COVID-19 en la actividad asistencial de los médicos de familia de un área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS Diseño: Estudio Descriptivo transversal
Período de estudio: Enero- Junio de 2019 y Enero-Junio de 2020.
Variables: Nº de consultas en centro, en domicilio y atención telefónica. Fecha.
Plan de Análisis: Se compara la actividad realizada en el primer semestre del 2019 con el primer semestre del 2020 y del periodo marzo-junio de ambos años.

RESULTADOS Se realizaron 342279 consultas totales en 2019; y 322588 en 2020 (-5,75%). En el centro de salud se paso de 332.000 en 2019 a 306.239 en 2020 (-7,76%). Consultas domiciliarias en 2019: 6.305 vs 5.435 en 2020 (-13,80%). En atención telefónica: 3.974 en 2019 vs 10.914 en 2020 (+174,64%).
Si nos referimos al período de alerta (marzo-junio): la actividad total se redujo en un 6,96%, un 10,20% en el centro de salud, un 16,11% en el domicilio y se incremento la atención telefónica en un 271,9%.

CONCLUSIONES

- Atención Primaria ha sido el nivel asistencial más castigado durante la pandemia. En nuestro caso, por sufrir un cambio brutal en su forma de trabajo.
- En nuestra área no han tenido que abandonar la AP para ir a otros dispositivos, pero el modelo de cupos ha sido sustituido por tareas; para lo que no estamos preparados.
- Observamos una disminución global de actividad que parece lógica ante el impacto de la epidemia.
- El perfil de atención muestra una clara disminución en la actividad presencial y domiciliaria; y un exponencial crecimiento de la actividad telefónica (debemos recordar que había profesionales en teletrabajo como media de prevención). Sobre lo previsto quizás llama la atención que la atención domiciliaria se redujese; quizás esa atención fue asumida por otros miembros del equipo o los protocolos favorecían como medida de prevención evitar el contacto presencial y se derivó más al hospital.

ID: 525

LA VIDEOCONFERENCIA EN LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN, AUDITORIA INTERNA Y AUDITORIA EXTERNA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: SALAS VALIÉN, JOSE SANTOS[1]; IZQUIERDO GARCÍA, F[2]; GONZÁLEZ HERBON, JM[3]; SANTÍN PIEDRAFITA, E[4]; BADILLO LLAMAZARES, L[5]; DIEZ TASCON, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El impacto de la pandemia en los servicios sanitarios ha producido una adaptación de los hospitales para minimizar el riesgo de contagio. Los servicios con sistema de gestión de calidad han tenido, además de su labor asistencial, que adaptar su sistema a esta situación, encontrándose con la necesidad de limitar algunas de sus actividades presenciales, como son la revisión por la dirección o las propias auditorias.
Aunque las acciones no asistenciales urgentes se vieron demoradas, en el momento de poder hacerlas se prefirió usar, en todo la posible, la vía telemática para minimizar el riesgo a contagios.

OBJETIVOS Realizar la revisión por la dirección, y las auditorias interna y externa de forma telemática para disminuir el riesgo de contagio en tiempo de pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS En el momento de declararse la pandemia por Covid-19 y limitarse el acceso del personal externo al hospital por seguridad, el servicio había realizado una de las dos reuniones presenciales previstas para la revisión por la dirección.
Cuando se retomaron las sesiones y reuniones en el hospital se planteó terminar la revisión por la dirección y hacer la auditoria interna y externa de forma telemática para disminuir el riesgo de contagio.
Se usó la plataforma Microsoft Teams para las reuniones telemáticas citando previamente a los asistentes por correo electrónico.

RESULTADOS La segunda jornada de la revisión por la dirección se realizó en remoto con el comité de calidad y el asesor externo, compartiendo los distintos documentos.
La auditoría interna se programó y realizó totalmente en remoto, el auditor interno ya conocía el servicio y participaron varias personas de distintas áreas del servicio consecutivamente. Toda la documentación del sistema de gestión de calidad se encuentra digitalizada, incluidos los informes de trabajo, por lo que no se requirió presencia del auditor.
La auditoría externa, realizada por AENOR, se programó en dos sesiones, la primera se realizó íntegramente por vía telemática, revisando toda la documentación, así como objetivos, indicadores, no conformidades, etc. La segunda se hizo presencial para revisar trazabilidad, banco de tumores y equipamiento.

CONCLUSIONES A través de videoconferencia podemos realizar las auditorias y revisiones por la dirección del sistema de calidad, evitando el riesgo de contagio en situación de pandemia.
La existencia de documentos digitales dentro del sistema de gestión de calidad facilita la auditoría en remoto, limitando la presencia del auditor a la comprobación de trazabilidad y equipos.
La introducción de la videoconferencia en reuniones interhospitalarias, incluidas las auditorias del sistema de gestión de calidad, es una herramienta que será cada vez más usada en el futuro.

ID: **526**

COMPLETITUD DE VARIABLES DE AJUSTE EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN LA EPIDEMIA DE COVID-19

AUTORES: SANTAMARÍA GAGO, PALOMA[1]; HERNÁNDEZ GARCÍA, L[2]; MORANO VÁZQUEZ, A[3]; CADENAS MANCEÑIDO, A[4]; ROSILLO RAMÍREZ, N[5]; VARELA RODRÍGUEZ, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Para el análisis epidemiológico de poblaciones es necesario hacer ajustes que permitan la comparación evitando en la medida de lo posible los sesgos o errores sistemáticos que se pudieran producir y por tanto errar las conclusiones de un trabajo con un potencial impacto negativo. Las variables de ajuste son aquellas que se estima pueden ser factores confusores, habitualmente se incluyen los datos demográficos de los pacientes y los datos de antecedentes o comorbilidades fundamentales para "emparejar" de las poblaciones comparadas. Las tecnologías de RWD nos permiten actualmente un análisis casi a tiempo real de nuestras cohortes de pacientes, sin embargo, esto debe acompañarse de unos datos de calidad especialmente en su completitud, fiabilidad y temporalidad adecuada.

OBJETIVOS El objetivo principal del trabajo es evaluar la calidad del dato de las variables de ajuste consideradas inicialmente importantes para la medición y comparación de resultados en salud: Edad; Sexo; Diabetes; Hipertensión; Asma; EPOC; Cáncer; vacunación contra la gripe.

MATERIAL Y MÉTODOS Se solicitó una extracción de datos de la historia clínica electrónica con el criterio de inclusión paciente atendido en hospitalización o en urgencias entre el 25 de febrero y el 5 de mayo de 2020. Los términos empleados para la identificación de los pacientes fueron múltiples ajustándose al lenguaje natural usado en los apartados de texto libre de la Historia Clínica Electrónica. Se extrajeron los datos correspondientes a la población considerada del apartado de datos estructurados de "antecedentes personales" y se compararon los hallazgos. A modo de caso de uso se analizó la mortalidad para los pacientes con diagnósticos de diabetes, hipertensión arterial, cáncer de algún tipo, EPOC y Asma.

RESULTADOS Se produjeron 26.804 hospitalizaciones durante estas fechas, 4.968 con sospecha de COVID-19 y 3.967 COVID-19 positivas. Del total de contactos asistenciales se identificaron de manera semiautomáticas por los diagnósticos en texto libre 417 (1,5%) pacientes con diabetes, 492 (1,8%) con hipertensión arterial, 175 (0,6%) con EPOC, 605 (2,2%) con Asma y 1771 (6,6%) con cáncer de algún tipo. No se pudo identificar ningún paciente en el que recogiese la vacunación antigripal de la última campaña anual de vacunación. El apartado de antecedentes personales estructurados recogía únicamente 63 (0,2%) pacientes con diabetes, 83 (0,3%) con hipertensión arterial, 16 (0,05%) con EPOC, 16 (0,05%) con asma, 58 (0,2%) con neoplasias malignas y ningún paciente tenía recogido su estado vacunal contra la gripe. El 100% de los pacientes tenía recogido su edad, sexo y estado vital. El riesgo de fallecimiento por COVID-19 de los pacientes con antecedentes recogidos en texto libre fue mayor ($p < 0,001$) en los pacientes con diabetes, hipertensión arterial, cáncer y EPOC pero no con asma.

CONCLUSIONES Los análisis a tiempo real de resultados en salud para la ayuda a la decisión durante una epidemia necesita una estructuración adecuada de los datos de ajustes.

ID: **527**

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ACTIVIDAD DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN ÁREA SANITARIA

AUTORES: FERNANDEZ FERNANDEZ, ENCARNACIÓN[1]; CEDEÑO BENAVIDES, T[2]; NORIEGA LOPEZ, C[3]; ROCHA ADRIAN, MI[4]; SALDAÑA ALONSO, JR[5]; DIOS DEL VALLE, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: GERENCIA AREA SANITARIA III[12356], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Nuestra área sanitaria tiene asignadas unas 150.000 TSI, estructurada en 10 zonas básicas de salud con 25 centros de atención primaria. El COVID-19 implicó una reorganización de la actividad en atención primaria, se paso del trabajo por cupos a trabajar por tareas con circuitos respiratorio/no respiratorio, atención telefónica y atención domiciliaria. El objetivo era reducir la presencia de personas en los centros sanitarios con el objetivo de frenar la transmisión del virus. Todos los centros de salud se mantuvieron abiertos (10) pero se cerraron 11 de 15 periféricos (56% centros abiertos). Con esta situación se preveía un incremento de la actividad domiciliaria y atención telefónica y una reducción de la atención presencial en el centro. Con esta previsión se reforzó la atención telefónica, poniendo a disposición teléfonos móviles para realizarla, y se alquiló 1 vehículo por cada zona de salud para fortalecer la atención domiciliaria. Se reforzó la limpieza para incluir el vehículo al finalizar la jornada

OBJETIVOS Evaluar el impacto del COVID-19 en la actividad asistencial de los enfermeros de atención primaria en un área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS Diseño: Estudio Descriptivo transversal
Período de estudio: Enero- Junio de 2019 y Enero-Junio de 2020.
Variables: Nº de consultas en centro, en domicilio y atención telefónica. Fecha.
Plan de Análisis: Se compara la actividad realizada en el primer semestre del 2019 con el primer semestre del 2020 y del periodo marzo-junio de ambos años.

RESULTADOS Se realizaron 233.334 consultas totales en 2019; y 176.323 en 2020 (-24,43%). En el centro de salud se paso de 216.892 en 2019 a 155.824 en 2020 (-28,16%). Consultas domiciliarias en 2019: 15.780 vs 19.193 en 2020 (+21.63%). En atención telefónica: 662 en 2019 vs 1.306 en 2020 (+97,28%).
En periodo de alerta (marzo-junio): la actividad total se redujo en un 35,76%, un 41,20% en el centro de salud, se incremento un 32,72% en el domicilio y se incremento la atención telefónica en un 116,63%.

CONCLUSIONES

- Atención Primaria ha sido el nivel más castigado durante la pandemia. En nuestro caso, por sufrir un cambio brutal en su forma de trabajo.
- En nuestra área no han tenido que abandonar la AP para ir a otros dispositivos, pero el modelo de cupos ha sido sustituido por tareas; para lo que no estamos preparados.
- Observamos una disminución global de actividad que parece lógica ante el impacto de la epidemia.
- El perfil de atención cambio claramente, se reduce la atención presencial y se incrementa la atención domiciliaria y la atención telefónica. Esta situación en determinados pacientes podría implicar una mejora de la accesibilidad a pesar del cierre de dispositivos periféricos.
- Deberíamos reflexionar sobre la mejora de la atención domiciliaria y la reducción de la actividad presencial en dispositivos periféricos; en la búsqueda de mayor accesibilidad, mayor eficiencia y prever la situación crítica a la hora de disponer de profesionales sanitarios.

ID: 529

ELABORACIÓN DE PREPARACIONES ESTÉRILES EN EL SERVICIO DE FARMACIA. ADAPTACION A LA NORMA UNE-EN-ISO 9001:2015

AUTORES: PARÉS-MARIMÓN, RM[1]; SERRAIS-BENAVENTE, J[2]; RETAMERO-DELGADO, A[3]; CAMPS-FERRER, M[4]; CHARQUES-TRALLERO, V[5]; FERRÁNDEZ-MARTÍ, D[6]

CENTROS DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA[1], CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA[2], CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA[3], CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA[4], CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA[5], CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En septiembre de 2018 finalizaba la validez de las certificaciones ISO 9001:2008 y entraba en vigor la norma UNE-EN-ISO 9001:2015, debiendo adaptarse a la nueva norma los servicios acreditados.

OBJETIVOS Describir la adaptación a la norma UNE-EN-ISO 9001:2015 en el área de elaboración de preparaciones estériles del Servicio de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó formación sobre gestión de riesgos a farmacéuticos y técnicos, seguido de diversas sesiones de trabajo del personal adscrito a las distintas áreas. Se procedió a la identificación de riesgos, al análisis de causas y consecuencias, a la evaluación según probabilidad de ocurrencia (P) y gravedad (G) y se calculó el índice de prioridad (IP), considerándose prioritarios para la implantación de acciones de mejora aquellos con valores de IP (PxG) superiores a 12 o con valores de gravedad 4-5.

RESULTADOS Se identificaron 26 riesgos, 7 en fórmulas magistrales (FM), 9 en citostáticos (C) y 10 en nutrición parenteral (NP). 7 de ellos comunes a los tres procesos : 4 de elaboración (error ficha elaboración, selección incorrecta materias primas, etiquetaje y estabilidad o caducidad incorrectas), 1 de paciente (error identificación) y 2 de producto final (falta de control de calidad y de registro o trazabilidad). Se detectaron riesgos en la prescripción de citostáticos (duplicidad) y de nutrición parenteral (falta de prescripción por ausencia del especialista) y errores de prescripción en ambos.
Se propusieron acciones de mejora comunes a los tres procesos : reuniones periódicas con prescriptores, revisión del circuito de prescripción, actualización de protocolos, obligatoriedad del doble check (farmacéutico-técnico o farmacéutico – farmacéutico) en la verificación de datos del paciente, en las prescripciones, la elaboración y control del producto final. La disponibilidad de sistema informático con elementos de seguridad para evitar errores de prescripción, validación y preparación, los programas de formación continuada, el establecimiento de indicadores y la asignación de responsables se consideraron imprescindibles.
Durante el año 2018 se revisaron los procesos, se actualizaron los protocolos, se elaboró el plan de revisión y evaluación de indicadores, obteniéndose la certificación el 23 de octubre de 2018. En el año 2019 se realizó seguimiento de los indicadores de fórmulas magistrales, obteniendo la recertificación con fecha 8 de noviembre. Para el año 2020 está previsto el seguimiento de nutrición parenteral y en 2021 el de citostáticos.

CONCLUSIONES La adaptación a la nueva norma se hizo de forma ágil y rápida, resultado de la gran implicación de todo el personal del Servicio de Farmacia. El sistema de implantación y reevaluación establecido ha demostrado su utilidad para garantizar el proceso de mejora continua en el área de preparaciones estériles y ha permitido conseguir la recertificación en el año 2019.

ID: 530

EVALUACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS TESTS RÁPIDOS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS COVID-19

AUTORES: GONZÁLEZ LAO, ELISABET[1]; CLOTET RODRÍGUEZ, MD[2]; LAGUNAS CARREÑO, ML[3]; REINOSO FERNÁNDEZ-CAPARRÓS, A[4]

CENTROS DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA[14], HOSPITAL SANT LLÀTZER[23]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Durante el contexto epidemiológico por la pandemia por virus SARS-COV-2, se analizaron diferentes pruebas el cribado y diagnóstico de pacientes sospechosos o infectados por el virus.
Con la finalidad de poder realizar un cribado rápido de los pacientes, los hospitales recibieron diferentes kits de técnicas rápidas para utilizar en la población y poder identificar aquellos usuarios con la patología de forma ágil

OBJETIVOS Evaluar la fiabilidad de los dos tipos de Kits de técnicas rápidas para la detección de anticuerpos contra el virus SARS-COV-2.
Analizar los resultados para evaluar su uso para el cribado rápido de usuarios

MATERIAL Y MÉTODOS El estudio fue realizado en 30 sujetos de nuestro hospital con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica. De los 30 casos presentados 22 eran sujetos confirmados y 8 casos negativos.
Los kits de detección rápida de anticuerpos utilizados son técnicas de immunocromatografías lateral flow, con una estimación de tiempo de la técnica de 15 minutos y con muestra capilar por digitopunción.
El proveedor nº1: dispone de una prueba que realiza discriminación entre inmunoglobulinas M y G en las diferentes matrices (suero, plasma o sangre total capilar o venosa).
El proveedor nº2: solo realiza la identificación de la inmunoglobulina G en las matrices de suero y sangre total pero solo por punción venosa, aunque indican la posibilidad de realización por punción capilar.
La técnica automatizada realizada por el Laboratorio Clínico de nuestro hospital es un método de inmunoensayo quimioluminiscente indirecto (CLIA) que informa la identificación de inmunoglobulinas G totales y se realiza por punción venosa en un tiempo aproximado de 3 horas.
Se realizaron los siguientes cálculos con los resultados.
Sensibilidad (S) = VP / VP + FN (VP = verdadero positivo; FN = falso negativo)
Especificidad (E) = VN / VN + FP (VN = verdadero negativo, FP = falso positivo)

RESULTADOS Los resultados de los 30 pacientes fueron los siguientes:
El proveedor nº 1 en el estudio obtuvo un 86% de sensibilidad y un 100% de especificidad. El proveedor presentó en sus datos comerciales una sensibilidad del 97.8% y un 99,2% de especificidad.
El proveedor nº 2 en el estudio obtuvo un 50% de sensibilidad y un 100% de especificidad. El proveedor presentó en sus datos comerciales una sensibilidad del 86.43% y un 99,57% de especificidad.
En el caso de las pruebas automatizadas se observó un 100% de sensibilidad y especificidad.

CONCLUSIONES Evaluar la técnica respecto a los datos que facilitan los proveedores es un punto importante para evaluar la fiabilidad.
El método automatizado presentó unos resultados más fiables, aunque son métodos que necesitan de punción venosa y más tiempo.
Se evidencia que los datos de sensibilidad del proveedor nº2 son muy diferentes de los presentados en su documentación comercial.
El proveedor nº1 presenta en nuestros resultados una sensibilidad superior al 80%. No obstante, se recomienda ampliar los estudios para evaluar su eficacia.

ID: 532

PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN RESIDENCIAS GERIATRICAS DE UN ÁREA SANITARIA ANTE EL IMPACTO DEL COVID-19

AUTORES: SALMERON ALVAREZ, MERCEDES[1]; PRIETO LORENZO, A[2]; ALONSO GONZALEZ, L[3]; FUEYO RODRIGUEZ, M[4]; CEDEÑO BENAVIDES, T[5]; DIOS DEL VALLE, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[123], RESIDENCIA ERA VILLAR[4], GERENCIA AREA SANITARIA III[56]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia del covid-19 tuvo un enorme impacto en la población anciana con comorbilidad; y fue especialmente agresiva en las residencias geriátricas en todo el país. En el caso de nuestra comunidad no fue una excepción. Nuestra área sanitaria con 26 centros residenciales geriátricos con unos 1595 personas residiendo en los mismos sufrió la pandemia. Este trabajo pretende compartir la organización y planificación de la intervención en las residencias geriátricas.

OBJETIVOS Compartir la experiencia a la hora de planificar la intervención de residencias geriátricas en un área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS El Área Sanitaria tiene 26 residencias geriátricas entre publicas y privadas con 1595 residentes. El área sanitaria atiende a unos 150.000 ciudadanos y dispone de 25 centros de atención primaria (10 Centros de Salud y 15 Consultorios), y un hospital de 300 camas. El área sanitaria dispone de una Unidad de Atención Geriátrica compuesta por 2 enfermeras y 1 geriatra.
Ante la amenaza de la pandemia se organiza la primera reunión entre dirección y la unidad de atención, y se planifica el organigrama de respuesta a la pandemia.
Organigrama:

- Dirección de la intervención: Dirección del Área, y Unidad de Atención Geriatrica (1 geriatra+2 enfermeras). Conocimiento de la situación de todos los centros de cada a una posible intervención. Planos. Contacto. Residentes. Profesionales.
- Equipos de Intervención Rápida ante brotes: 2 equipos iniciales (médico+enfermera). Vehículo. Tlf. Móvil. Encargado de ir al centro y organizar al profesional de la residencia, circuitos, aislamientos, etc.. y según situación otros recursos.

RESULTADOS Tuvimos 23,07% de residencias afectadas (6/26 que fueron intervenidas). Hubo brotes en 2 residencias (67 y 50 casos) que arrojaron un 63,8% de residentes contagiados la primera y 49,01% la segunda. Con un 13,33% de fallecidos en la primera y un 11,76% en la segunda (sobre total de residentes) y 4 residencias con casos aislados con 0 fallecimientos. Se realizaron PCRs a todos los residentes 1595 y a todos los trabajadores 947. Participaron en la intervención 20 profesionales multidisciplinares (enfermeras, médicos geriatras, médicos de familia, médicos preventivistas, farmacéuticos, TACEs). El primer brote fue el 23/03 y el segundo el 13/04. En el primero hubo un tasa de contagio del 63,8%, en el segundo 49,01%; y en las 4 residencias con positivos posteriores se consiguió cortar la transmisión interna. El material de protección fue entregado a todas las residencias desde el área sanitaria durante el período de alerta. El suministro del material se planificaba, pero se organizó un suministro en 3 turnos (mañana/tarde/noche) de forma que si había una perdida de stock era suministrado el material de inmediato.

CONCLUSIONES El organigrama permitió una planificación preventiva en las residencias antes de que se produjeran casos; y una rápida respuesta cuando se declaraban casos positivos; todo ello contribuyo a lograr una rápida contención de los casos dentro de las residencias geriátricas

ID: 533

LA SIMULACIÓN LAPAROSCÓPICA COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

AUTORES: GIMÉNEZ FRANCÉS, CLARA[1]; RUIZ MARÍN, M[2]; LÓPEZ MORALES, P[3]; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, PV[4]; VALERO SORIANO, M[5]; ALBARRACÍN MARÍN-BLÁZQUEZ, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El uso de la simulación para la formación en laparoscopia es una herramienta útil para el desarrollo de habilidades técnicas, permitiendo practicar distintas maniobras quirúrgicas en un entorno seguro. Además, prepara a los profesionales para afrontar distintas situaciones que se plantean durante la actividad profesional, suponiendo una mejora en la seguridad y calidad asistencial.

OBJETIVOS El objetivo de este trabajo es cuantificar el uso de la simulación en distintos hospitales españoles a través de una encuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una encuesta a residentes de distintas comunidades para obtener datos sobre el uso de simuladores de laparoscopia y los beneficios que pueden aportar a su formación.

RESULTADOS Obtuvimos 28 respuestas de residentes de 5 comunidades y 20 hospitales distintos.
Entre las respuestas obtenidas, encontramos que, de los 20 centros estudiados, en 13 se dispone de simuladores. De ellos, sólo en 6 se usan de manera habitual, siendo escaso o sin uso en 14 centros. En cuanto al tipo de simuladores, sólo en un centro se tiene la oportunidad de realizar la simulación con animales vivos, mientras que en el resto se utilizan endotrainers comerciales o caseros. Sobre la formación, sólo en 4 centros existen cursos organizados en los planes formativos, mientras que en los demás, los residentes los usan a demanda. El 71,4% opinan que debería ser una parte obligatoria de la formación en cirugía general y el 28,6%, que es útil pero no imprescindible.
En cuanto a lo que la simulación puede aportar a la formación, el 75% de los encuestados opina que permite ganar seguridad al realizar procedimientos en pacientes reales, el 60,7% afirma que ofrece la oportunidad de realizar por primera vez un procedimiento con tranquilidad, el 92,9% que permite el desarrollo de habilidad en maniobras básicas de laparoscopia, mientras que el 53,6% concluyen en que anima a desarrollar habilidades técnicas, suponiendo una motivación adicional.
Las maniobras consideradas más útiles son las suturas intracorpóreas, seguidas de las anastomosis intestinales y la disección de vasos. Otras maniobras consideradas potencialmente útiles para su formación son anastomosis vasculares, movilización y manipulación de estructuras y ejercicios de habilidad.
El 50% de los encuestados opina que los simuladores han ayudado a mejorar sus habilidades técnicas, el 42,9% de forma no significativa y el 7,1%, que no.

CONCLUSIONES En conclusión, la simulación es una herramienta útil para el desarrollo de habilidades técnicas en cirugía. Aunque es un campo formativo que debe extenderse y estandarizarse más, pensamos que su implementación puede suponer una mejora en la seguridad y la calidad asistencial a los pacientes que reciben tratamiento quirúrgico, ya que los cirujanos habrán optimizado su formación en laparoscopia.

ID: 534

LAS TECNOLOGÍAS ANTE LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO: USO DE TELECONFERENCIAS EN UN HOSPITAL DE CAMPAÑA

AUTORES: REAL MARTÍNEZ, VERÓNICA[1]; FERNANDEZ BATALLA, M[2]; GONZALEZ AGUÑA, A[3]; SANTAMARIA GARCÍA, JM[4]; SALINERO ACEITUNO, M[5]; CASADO DURANDEZ, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA[1], ATENCIÓN PRIMARIA[24], HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS[3], CONSEJERIA[56]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La enfermedad COVID-19 ha planteado un reto sanitario y social,ello conllevó la reorganización de los sistemas sanitarios y la creación de hospitales de campaña. Un hospital de este tipo fue creado en nuestra comunidad en espacios con una infraestructura no diseñada para este uso.
Al miedo inicial de las personas por el diagnóstico se suma la ansiedad por una hospitalización en aislamiento de su entorno físico y social.Esta restricción de visitas agudiza la aparición de otros problemas.El desconocimiento del idioma castellano, las limitaciones sensoriales que dificulta la comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes, no puede ser apoyada por un familiar o acompañante
Las personas ingresadas en el hospital podían presentar cualquier dificultad para la comunicación y no podían recibir visitas de sus seres queridos e incluso el apoyo espiritual necesario para muchos de ellos, por lo que se planteó la implementación de tecnologías;Las videoconferencias a través de tablets ofrecían una solución.

OBJETIVOS Satisfacer la necesidad de cuidados del patrón rol / relaciones facilitando la comunicación y acompañamiento de las personas ingresadas
Satisfacer la necesidad del patrón de valores y creencias de las personas ingresadas, facilitando el acceso a cualquier tipo de religión.
Mejorar en el patrón adaptación/ tolerancia al estrés con el fomento de la comunicación e interacción con el personal sanitario en aquellos casos en los que existieron barreras lingüisticas o dificultades de comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio de implementación y evaluación de tecnologías dirigido a dos focos: paciente-familia y paciente-profesional.
Tras definir la necesidad se presentó el proyecto y se trabajó con:
Consejería de humanización de la comunidad: facilitaron tablets para las videoconferencias e instalaron programas de teletraducción para otros idiomas y lenguaje de signos
Empresas proveedoras: donaron material electrónico y facilitaron las videoconferencias
Particulares a través de empresa organizadora de eventos sin animo de lucro
El estudio describe cuantitativamente la magnitud de pacientes, recursos humanos y material facilitado y analiza cualitativamente la experiencia mediante grupo focal de diez enfermeros que aportan las valoraciones que han percibido de clínicos y pacientes.

RESULTADOS El grupo señaló que el uso de los programas fue sencillo para profesionales y pacientes, lo que fomentó su utilización diaria. La satisfacción percibida por pacientes fue excelente. Apenas se utilizó la traducción a otro idioma por el apoyo mutuo entre pacientes y no fue necesario el lenguaje de signos porque no ingresó nadie con esta necesidad.
Los profesionales sanitarios destacaron que aumentó la interacción con los pacientes, incluso en ancianos o personas con mayor dificultad para el uso de tecnologías. Este grupo incrementó su satisfacción, destacando vivencias de gran carga emotiva.

CONCLUSIONES Las tecnologías ayudan en la satisfacción de las necesidades humanas de comunicación y acompañamiento.

ID: 535

ENTORNO COVID-19: CAMBIOS ORGANIZACIONES Y DEL MODELO RETRIBUTIVO DE LOS PROFESIONALES

AUTORES: ARRIETA SEGURA, MARIA ISABEL[1]; GAMELL ALVAREZ, LL[2]; CRAYWINCKEL MARTI, GE[3]; COSTA LOPES, AL[4]; LLOREDA JURADO, PE[5]; BLANCO ARGUDO, DA[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL DE SANT PAU

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)
ÁREA TEMÁTICA 2: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Dentro de la situación excepcional de la pandemia de la COVID-19 y con el objetivo de dar respuesta a las necesidades asistenciales se desplegó un plan de contingencia en el que se incluían aspectos funcionales y de distribución de los profesionales.
El despliegue de este plan de contingencia Covid-19 ha comportado la reestructuración progresiva de la actividad y espacios hospitalarios tanto de urgencias, como de hospitalización y críticos así como la necesidad de disponer de nuevos espacios asistenciales con necesidad de nuevos profesionales, con tipologías y categorías nuevas.

OBJETIVOS

- Facilitar el soporte necesario desde recursos humanos a toda la organización para poder dar respuesta rápida a la situación de pandemia.
- Desplegar el plan de contingencia de las diferentes áreas adaptando las necesidades organizativas a la orden SND/319/2020 de 1 de abril en la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos.
- Establecer un plan de comunicación intenso y fluido con el comité de empresa que facilite la gestión de la crisis.
- Reflexionar a nivel de organización cómo se ha gestionado la crisis y establecer acciones de mejora (encuesta Opina-Covid, reuniones departamentales de reflexión).

MATERIAL Y MÉTODOS Las acciones realizadas para hacer posible los objetivos marcados en el punto anterior son:

- Facultativos: crear equipos multidisciplinares en las unidades Covid en turnos de 12 horas, aplicando un nuevo modelo retributivo.
- Enfermería: cambios horarios e incorporación de nuevos profesionales en las unidades de hospitalización, críticos y urgencias.
- Reasignación de los puntos de guardias
- Crear nuevas categorías: médicos con MIR aprobado, estudiantes de enfermería y estudiantes de medicina.
- Planes de contingencia de las diferentes direcciones con la creación de equipos diferenciados, presencia, teletrabajo y reten.
- Reuniones diarias de comité de crisis con la representación de los trabajadores.
- Encuesta Opina-Covid, reuniones departamentales de reflexión y establecimiento de acciones de mejora.

RESULTADOS Algunas datos concretos de las acciones realizadas son:

- Facultativos: turnos de 12 horas 281 residentes y 197 facultativos.
- Enfermería: cambios horarios secuencia horaria turnos diurnos (3 días de trabajo + 1 descanso). 624 profesionales.
- Reasignación de los puntos de guardias.
- Implantación del teletrabajo en áreas no asistenciales.
- Reuniones diarias de comité de crisis con la representación de los trabajado52 reuniones.
- Encuesta Opina-Covid: en espera de resultados.

CONCLUSIONES

La pandemia supuso un cambio organizativo radical a todos los niveles, requiriendo una capacidad de adaptación rápida en un entorno cambiante, con un alto componente de tensión emocional y gestión del miedo.

Es importante realizar una reflexión profunda de todo lo realizado para determinar qué cambios deben mantenerse, modificar o adaptar a la nueva situación post-Covid.

ID: **537**

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE CAMPAÑA: ELABORACIÓN DE UN DOSIER PARA ATENCIÓN EN CUIDADOS.

AUTORES: REAL MARTÍNEZ, VERÓNICA[1]; FERNANDEZ BATALLA, M[2]; GONZALEZ AGUÑA, A[3]; BUSCA OSTOLAZA, P[4]; SANTAMARIA GARCÍA, JM[5]; CAZALLO NAVARRO, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: SUMMA[12], ATENCIÓN PRIMARIA[25], HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS[3], HOSPITAL PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública reconocida por la Organización Mundial de la Salud. Entre las áreas prioritarias de investigación se encuentran las "competencias, formación y conocimientos prácticos" o la "comunicación y coordinación", entre otras. En España la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud incluye como objetivo la promoción de prácticas seguras en los cuidados.
Ante la alarma sanitaria de la pandemia por COVID-19, en la comunidad se abrió un hospital de campaña para la atención de personas afectadas. Los profesionales de enfermería procedían de diferentes ámbitos asistenciales y tenían que trabajar juntos para brindar cuidados a las personas ingresadas.
En este sentido, la seguridad del paciente fue una prioridad, para lo cual era necesario unificar criterios de atención y circuitos de comunicación.

OBJETIVOS Elaborar un dosier de atención en cuidados para fomentar la seguridad de las personas hospitalizadas por COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS La elaboración de la documentación fue realizada por consenso de expertos que trabajaron en grupos focales según perfil de experto en cada área. La Dirección de Enfermería coordinó y aprobó cada documento para su implementación.
El estudio se inició la última semana de marzo y finalizó en mayo con el cierre del hospital.
Los temas abordados debían incluir:
Circuitos para personas, familiares, profesionales y pruebas.
Cuidados de enfermería
Registros de atención
Petitorios

RESULTADOS El dosier incluyó tres medidas transversales:
Identificación unívoca del paciente
Prevención de caídas
Prevención de úlceras por presión
Además, se aprobaron 42 documentos para los temas definidos:
22 circuitos: valoración inicial, hospitalización, alta, éxitos, atención a familiares, dietas, tratamiento farmacológico, pruebas diagnósticas, gestión de residuos, reclamación y agradecimientos.
5 documentos de continuidad asistencial (Actividad en hospitalización y pre-alta y recomendaciones al alta y para aislamiento domiciliario) y dos de metodología enfermera (manual de planes de cuidados y sistema de ayuda en diagnosis)
2 petitorios: farmacia y cocina.
11 documentos de registros: ingreso y continuidad, datos de familia, hoja de tratamiento, ocupación de controles de enfermería, etc.

CONCLUSIONES

La elaboración y difusión de un dosier de cuidados permite unificar criterios mínimos de atención respecto a conocimientos y competencias de los profesionales, así como establece vías de comunicación constantes para fomentar la seguridad del paciente, lo cual revertirá en la calidad del servicio prestado.

ID: 539

¡SOY PACIENTE EXPERTO! IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUIA EN DIABETES PARA EL PACIENTE PARTICIPATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: SOTO-MONTES, RAQUEL[1]

CENTROS DE TRABAJO: CRUZ ROJA MEXICANA[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La prevalencia de Diabetes Mellitus en la población mexicana es de 10.75%, alrededor de 5.1 millones de personas, actualmente es el primer lugar de causa de muerte de la población adulta (30 a 59 años) y el segundo lugar entre la población postproductiva (60 años y más).
La incorporación del paciente al Grupo de Ayuda Mutua (GAM) representa un espacio para fortalecer las acciones de educación en salud, dirigidos a la modificación de los estilos de vida y así contribuir al control metabólico conjuntamente con el tratamiento farmacológico.

OBJETIVOS La guía soy paciente experto busca promover el rol del paciente como el principal responsable del autocuidado de su salud y facilitar la adquisición de las competencias necesarias para el manejo de la enfermedad, incorporar estilos de vida saludable y conseguir una mejor calidad de vida, siempre en colaboración con los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS La muestra de participantes estuvo constituida por 78 personas, con diagnóstico de DM atendidos en el Centro de salud Loma Bonita. El rango de edad fue de 40 a 80 años.
La intervención se llevó a cabo de noviembre 2019 a febrero 2020 y consistió en 16 sesiones que incluyeron aspectos de actividad física, nutricionales, médicos, farmacológicos y las principales complicaciones agudas y crónicas de la DM. Esta fue brindada por un equipo multidisciplinario. Se aplicó el cuestionario EBADE, con el objetivo conocer las dificultades que el paciente detecta para un adecuado control de su enfermedad.

RESULTADOS En cuanto a la aplicación del cuestionario, en búsqueda de las áreas criticas del autocuidado del paciente y que representan un área de oportunidad para enfocar objetivos en el taller, las principales barreras en el autocuidado fueron su relación con los profesionales y los servicios de salud, el acceso a la información sobre diabetes y el fijar metas claras en cuanto a su tratamiento.
Los cuestionarios aplicados para la pre y post-evaluación mostraron significativamente una mejoría en los conocimientos que se tiene respecto a la enfermedad.
Considerando también que los proyectos sociales a corto plazo, como es el caso del presente proyecto, no es posible evaluar el impacto obtenido en las pocas sesiones, debido a que el cambio de hábitos y el mejoramiento en el autocuidado del paciente con diabetes requiere mayor tiempo para reflejar un resultado positivo y de mantenimiento en cada uno de los indicadores a evaluar.

CONCLUSIONES Es importante continuar con intervenciones educativas integrales y tener estrategias culturalmente competentes de acuerdo con las características de la población. Las importancia de las técnicas innovadoras en salud posicionan al paciente como uno de los pilares fundamentales a recibir capacitación y la información correcta y adecuada para hacer el ejercicio del autocuidado, siendo responsable también de los resultados del tratamiento y así lograr pacientes responsables.

ID: 542

COMPARACIÓN ENTRE DOS BROTES EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DEL MISMO ÁREA SANITARIA

AUTORES: PRIETO LORENZO, AMPARO[1]; SALMERON ALVAREZ, M[2]; NORIEGA LOPEZ, C[3]; MANCHEÑO VILLAREJO, F[4]; CEDEÑO BENAVIDES, T[5]; DIOS DEL VALLE, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[12], GERENCIA AREA SANITARIA III[3456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia del covid-19 tuvo un enorme impacto en la población anciana con comorbilidad; y fue especialmente agresiva en las residencias geriátricas en todo el país. En el caso de nuestra comunidad no fue una excepción. Nuestra área sanitaria con 26 centros residenciales geriátricos con unos 1595 personas residiendo en los mismos sufrió la pandemia. Este trabajo pretende reflexionar al comparar la respuesta ante dos brotes en residencias geriátricas del área con 3 semanas de diferencia. Una característica de esta pandemia ha sido que hemos ido aprendiendo con el comportamiento del virus, teniendo que adaptar nuestra respuesta a su comportamiento.

OBJETIVOS Compartir la experiencia derivada de la atención a dos brotes en residencias geriátricas del mismo área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS El Área Sanitaria tiene 26 residencias geriátricas entre publicas y privadas con 1595 residentes. El área sanitaria atiende a unos 150.000 ciudadanos y dispone de 25 centros de atención primaria (10 Centros de Salud y 15 Consultorios), y un hospital de 300 camas. El área sanitaria dispone de una Unidad de Atención Geriátrica compuesta por 2 enfermeras y 1 geriatra.
La primera reunión para abordar la situación de las residencias fue el 23/03; el primer brote en el área fue el 26/03 y el segundo brote el 13/04/2020. Analizamos los contagios, fallecimientos y actuación en los dos centros.

RESULTADOS El primer brote fue en una residencia de 105 personas. Hubo 67 positivos (63,8%). Fallecieron 14 (13,33% de los residentes). De los 120 trabajadores, un 20% fueron positivos. El 91% de los pacientes positivos tuvieron que ser derivados al hospital de agudos de referencia.
El segundo brote, fue en una residencia de 102 personas. Fueron positivos 50 (49,01%) y fallecieron 12 (11,76%). Se derivaron el 49% de los residentes; y sólo 46% fueron derivados al hospital de agudos; el resto a otros dispositivos de mantenimiento.

CONCLUSIONES Entre uno y otro brote, se pudo articular la realización de PCRs a trabajadores; se optimizo el circuito para suministros. La intervención ante el primer caso fue muy rápida permitiendo establecer circuitos rápidamente y asilamientos en la residencia evitando traslados y saturación del hospital de agudos. Se organizo la atención sanitaria en el centro de forma inmediata y la organización de botiquines. Y un sistema de identificación de usuarios con pulseras mientras durase el brote. Todo ello, genero un mejor control del brote y lograr que no hubiera más brotes en el área sanitaria. Esta pandemia logro que aprendiéramos todos cada día.

ID: 548

MATRIZ DE RIESGOS/OPORTUNIDADES COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA PANDEMIA COVID EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES: RUIZ RUIZ, ANA MARIA[1]; FLOR MORALES, V[2]; DOMINGUEZ ARTIGA, MJ[3]; MANTILLA GORDOVIL, MJ[4]; RODRIGUEZ BORREGAN, JC[5]; FARIÑAS ALVAREZ, MC[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia COVID ha supuesto grandes cambios en las organizaciones sanitarias. Trabajar con un sistema de gestión de la calidad según la Norma ISO 9001:2015 y una matriz de riesgos/oportunidades permite analizar, priorizar, planificar y reevaluar los riesgos y oportunidades identificados, así como monitorizar las acciones programadas.

OBJETIVOS Describir la utilización de una matriz de riesgos y oportunidades para la gestión de los mismos en la pandemia COVID en un servicio de medicina intensiva de un hospital de tercer nivel certificado según la ISO 9001:2015 desde 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS Alcance: SMI con 34 camas, UCIM y SECI ampliados durante la pandemia en 56 boxes para la atención de pacientes COVID graves. Para seguir los riesgos/oportunidades se utiliza una matriz de riesgos en formato excel. Los riesgos / oportunidades se identifican mediante análisis del proceso, plan de comunicación, competencias, incidencias y partes interesadas. Se evaluaron y priorizaron por probabilidad de ocurrencia e impacto potencial (escala 1-3, generando un valor de prioridad 1 y 9) y visualmente utilizando el semáforo de colores. Se planificaron acciones de mejora y correctivas, con responsables, fechas límite de acción y planes de seguimiento y verificación establecidos. En su reevaluación se consideran eliminados, reducidos o asumidos utilizando el método previo de priorización, para así medir la eficacia de las medidas tomadas y planificar nuevas si no se consigue disminuir.

RESULTADOS Durante la pandemia COVID se identificaron 18 riesgos y 10 oportunidades de mejora en un periodo de un mes agrupados en diferentes áreas. Riesgos: 22% coordinación entre profesionales, 22% recursos humanos/materiales, 16,5% criterios homogéneos de funcionamiento, 16,5% SECI, 11% sistemas de información, 5,5% organización y 5,5% información a pacientes. Oportunidades: 70 % coordinación con profesionales de apoyo, 20% recursos humanos y materiales y 10% sistemas de información.En cuanto a prioridad: en el 22% fue muy alta (rojo en la matriz), en el 55% alta (naranja) y en el 11% media (amarillo). El 100% de las oportunidades fue de prioridad muy alta. Hasta la fecha se cerraron la mitad de los riesgos, permaneciendo abierta la explotación de oportunidades. De los riesgos evaluados, los de prioridad muy alta pasaron a media asumiendo otros en muy alta, los de prioridad alta, cinco pasaran a media, manteniéndose el resto y asumiéndose aunque no menor puntuación. Los de prioridad media se mantuvieron en el color, pero con menor puntuación.

CONCLUSIONES La certificación ISO y la metodología de gestión de riesgos ya implantada, mediante la utilización de una matriz de riesgos/oportunidades ya existente ha permitido abordar de forma sistematizada 18 riesgos relacionados con la crisis sanitaria por COVID-19 en una UCI, disminuyendo su impacto o eliminándolos, en el 50% de los mismos, así como explotar, mejorar y compartir las 10 oportunidades en el 100% de los casos mejorando la seguridad y la calidad asistencial en esta pandemia.

LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD DE UN HOSPITAL DE CAMPAÑA

ID: 549

AUTORES: FERNANDEZ BATALLA, MARTA[1]; GONZALEZ AGUÑA, A[2]; SANTAMARIA GARCÍA, JM[3]; REAL MARTÍNEZ, V[4]; CARBALLO CARRILLO, MA[5]; COLLAR CAMPOS, E[6]

CENTROS DE TRABAJO: ATENCIÓN PRIMARIA[13], HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS[2], SUMMA 112[4], CONSEJERIA[5], HOSPITAL LA PRINCESA[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO)
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En el año 2003 con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se explicita la investigación como un canon para la evaluación y mejora de la calidad asistencial. La investigación permite conocer aquello que es desconocido y ante la nueva pandemia provocada por el SARS-CoV-2, es un valor añadido en cualquier organización sanitaria. Por ello, la investigación en nuestro hospital de campaña ha sido un pilar estratégico y táctico para la Dirección de Enfermería, con el fin de mejorar el conocimiento y la práctica clínica basada en la evidencia.

OBJETIVOS Desarrollar proyectos de investigación fundamentados en cuidados de enfermería ante el COVID-19 siguiendo las líneas del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (PCSNS).

MATERIAL Y MÉTODOS A través de la Dirección de Enfermería se realizó un grupo de trabajo dirigido a la gestión del conocimiento ante las necesidades creadas por la pandemia COVID-19. Con una duración de 40 días en el Hospital de campaña, los proyectos de investigación debían responder a los siguientes hechos:
Factibilidad.
Sin riesgo añadido a los pacientes.
Mejora de la seguridad asistencial en cuidados.
Complementaria a la labor clínica-asistencial.
Fundamentados en modelos teóricos de enfermería.
Utilización de taxonomías de cuidados según la normativa nacional de 2010.
Ético.
En relación a una de las líneas del PCSNS.
Las personas participantes de este grupo investigador pertenecían a la dirección de enfermería de dicho Hospital, procedentes de diferentes ámbitos asistenciales. Además, se contó con un grupo externo de investigación de la universidad para guiar y apoyar su labor.

RESULTADOS Los integrantes de la dirección de Enfermería participaron el 100% en los diferentes roles dentro del mismo grupo de investigación.
Se presentaron 8 proyectos de investigación formales y originales, consiguiendo el 100% la aprobación como tal y un código de investigación.
Los 8 proyectos de investigación responden a 5 de las 6 líneas del PCSNS. La línea con más proyectos asociados es la de "Apoyar la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud". No se le atribuyó directamente ningún proyecto a la línea "Mayor transparencia", siendo una línea secundaria de todos ellos, pues los resultados de la investigación deben ser socializados mediante su publicación.
Se destaca la colaboración de la Red Internacional de Enfermería Informática en la línea "Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos".

CONCLUSIONES La investigación es un elemento fundamental para Programas de Mejora de la Calidad de cualquier organización, sabiendo que en la misma se obtienen nuevos conocimientos para la práctica o me-

jora de los procedimientos y estándares. Ante una situación nueva de pandemia, la investigación es un hecho incuestionable en el sistema sanitario, pues es lo que permite abordar y dar respuestas sanitarias y sociales.

ANÁLISIS DAFO EN UN HOSPITAL DE CAMPAÑA: CAMINO HACIA LA EXCELENCIA

ID: **551**

AUTORES: GONZALEZ AGUÑA, ALEXANDRA[1]; FERNANDEZ BATALLA, M[2]; SANTAMARIA GARCÍA, JM[3]; REAL MARTÍNEZ, V[4]; BUSCA OSTOLAZA, P[5]; ARIAS BAELO, C[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS[1], ATENCIÓN PRIMARIA[23], SUMMA[45], HOSPITAL GREGORIO MARAÑON[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Nuestro hospital de campaña abre sus puertas el 21 de marzo de 2020 para dar respuesta a las necesidades provocadas por la pandemia COVID-19. El hospital se conforma bajo la estructura física de un recinto ferial de la comunidad adecuándolo con una logística de suministros necesarios, y con profesionales sanitarios de diferentes ámbitos asistenciales. La ocupación máxima fue de 1266 camas activas siendo esencial proporcionar una adecuada atención a los pacientes que ingresaban en este hospital.
La Dirección de Enfermería durante el tiempo de funcionamiento del hospital temático mantuvo el compromiso de desarrollo de cuidados bajo criterios de seguridad y calidad de los cuidados.

OBJETIVOS Evidenciar la gestión de enfermería mediante un análisis DAFO en el Hospital de campaña

MATERIAL Y MÉTODOS Tras realizar una ardua y amplia gestión de enfermería en el Hospital se realiza una evaluación del desarrollo de la misma a través de un estudio DAFO, que consta de un análisis interno y otro externo. Se realiza en 4 fases desde mayo 2020 hasta la primera semana de junio 2020:
Análisis DAFO en documento técnico desarrollado por grupo de dirección enfermera orientadas a la calidad del hospital.
Búsqueda de consenso a través grupo nominal conformado por el 10 expertos de la dirección asistencial.
Reorganización de análisis internos-externo y ponderación de pesos de distintos factores.
Búsqueda de consenso con el grupo nominal y grupo de 2 expertos externos a la organización para cierre del análisis definitivo DAFO.

RESULTADOS El análisis interno se inclina favorable, siendo las Fortalezas las que obtuvieron mayor peso por factor. No obstante, se presentaban diferentes Amenazas que en posteriores re-aperturas se deben compensar con las Oportunidad detectadas.
Se sugieren diferentes líneas que mantengan la fortaleza del modelo de cuidados desarrollado como línea de acción asistencial y del desarrollo competencial del personal. Otras líneas sugieren reorientación de alianzas institucionales y ante la difusión de la información.
El análisis estratégico mediante el DAFO resultó atractivo para la dirección al considerar la visión actual y enfocar estrategias del cruce de factores internos y externos.

CONCLUSIONES Este análisis DAFO evalúa positivamente el trabajo de gestión realizado y la calidad de los cuidados aportados. Se establecen las líneas estratégicas efectivas para caminar hacia la excelencia del cuidado, con la visión del paciente como el centro de la atención sanitaria. Todo ello era necesario conocerlo y evaluarlo para un posible futuro ante la reapertura de dicho hospital temático, así como para ampliar el conocimiento en gestión de enfermería.

ID: 552

NUEVAS FUNCIONES ENFERMERAS EN TIEMPOS DE COVID: AÑADIENDO VALOR AL PRETRIAJE

AUTORES: ALBUERNE SELGAS, MERCEDES[1]; SUAREZ FERNÁNDEZ, A[2]; PIERRES PEREZ, C[3]; PRIETO ANTON, C[4]; NORIEGA LOPEZ, C[5]; CEDEÑO BENAVIDES, T[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTIN DE AVILES

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Desde las primeras recomendaciones tras la declaración de la pandemia por COVID-19, se insta a mantener separados los pacientes sospechosos .Una atención segura debe garantizar el distanciamiento entre los pacientes y el cumplimiento de las normas de higiene y aislamiento por gotas/ contacto desde la entrada al centro. Esto obliga a modificar los procedimientos de recepción y a implementar un PRE-TRIAJE: concepto en el que no tenemos de experiencia y que no está estandarizado en las organizaciones.

OBJETIVOS Elaborar un procedimiento de pretriaje acorde a las características de nuestro centro y darle valor añadido poniendo una enfermera al frente. Revisar la funcionalidad del procedimiento y sus oportunidades de mejora. Medir los indicadores de calidad asociados al momento del triaje tras la implantación

MATERIAL Y MÉTODOS El grupo de mejora, empleando una lluvia de ideas elabora un procedimiento de pre.triaje buscando: un flujo ágil de pacientes, utilizando la gestión visual del mismo, y generar valor añadido frente a la mera separación de pacientes en infecciosos/no infecciosos. Se revisa a los 90 días con un DAFO la implantación del procedimiento y se auditan los resultados de los tiempos de triaje que constituyen los indicadores de calidad .

RESULTADOS El 100% de pacientes, (y los acompañantes si precisan), entran a la unidad sin guantes, tras un correcto lavado de manos y portando mascarilla limpia y bien colocada. Se mantiene estrictamente el distanciamiento entre pacientes con sistema visual de flujo regulado por el celador de pretriaje. Se implementan medidas que disminuyen riesgo de contagio: Embolsar la documentación; Realizar toma de temperatura y discriminación de síntomas al 100% de los pacientes y acompañantes; Limitar el contacto con personal y con otros pacientes (el identificado como infeccioso no entra en el Box de Triaje, siendo la enfermera de pretriaje quien recoge la queja y toma los ítems/constantes requeridos por el diagrama de triaje elegido); Pasa directamente a la zona asistencial asignada por prioridad, no ocupa salas de espera o asistenciales sin control por personal, garantizándose la distancia de seguridad y el aislamiento de gotas y contacto. Estructuralmente el servicio de urgencias no está preparado siendo esta una oportunidad de mejora. Amenaza la calidad del procedimiento la recuperación del 36% de pacientes del mismo periodo de 2019. Tiempo admisión-triaje: 4:03, Tiempo medio de triaje: 1:37.

CONCLUSIONES La enfermera genera valor añadido a la espera de triaje, porque en los mismos tiempos (cumplen criterios de calidad), además: garantiza medidas higiénicas de los pacientes, reduce el contacto de sospechosos con pacientes/personal/material. La estructura del servicio no favorece los circuitos pero plantea una oportunidad de mejora a futuro. Debe trabajarse en limitar el aforo a las urgencias hospitalarias y evitar las masificaciones pre-pandemia para mantener la seguridad y disminuir contaminación cruzada y contagios de profesionales y pacientes.

ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN A JOVENES Y TURISTAS SOBRE COVID 19 EN UN ÁREA SANITARIA

ID: 553

AUTORES: FERNANDEZ FERNANDEZ, ENCARNACION[1]; CEDEÑO BENAVIDES, T[2]; NORIEGA LOPEZ, C[3]; ROCHA ADRIAN, MI[4]; RODRIGUEZ BLANCO, VM[5]; DIOS DEL VALLE, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[145], GERENCIA AREA SANITARIA III[236]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA (LOS [1]7 ODS Y LA CALIDAD, ÉTICA DE LA ATENCIÓN, TRANSPARENCIA)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Tras la finalización del estado de alerta y el comienzo de la apertura de la movilidad ciudadana; se comienzan a vislumbrar riesgos a la hora de la adopción de medidas de protección en los entornos públicos. La actuación conjunta de servicios de salud, ayuntamientos y otras organizaciones sociales se antoja como imprescindible para reducir la aparición de brotes y conseguir una adecuada evolución de la pandemia.

OBJETIVOS Compartir la experiencia sobre el abordaje comunitario e integral de la pandemia covid-19 en un área sanitaria en la fase de vuelta a la normalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realiza reunión el 14 de julio entre los 9 alcaldes de los municipios del área sanitaria y el equipo directivo de la misma con el objetivo de analizar la situación con la normalidad de movimientos y posibles intervenciones a realizar. Se desarrollan la actuaciones definidas.

RESULTADOS Se identifica una cierta relajación en el mantenimiento de las medidas de protección con la normalización de la actividad turística y hostelera. Se identifican 2 colectivos con menor seguimiento de las medidas: Jóvenes y visitantes turísticos. Y dos ámbitos de intervención: ocio nocturno en jóvenes y terrazas de hostelería en visitantes. Se plantean dos líneas de intervención: coercitiva y educativa. Se plantea la educativa más orientada a sensibilizar a jóvenes; y la coercitiva más orientada a visitantes. La coercitiva se realizaría mediante recomendaciones y sanciones de las fuerzas y cuerpos de seguridad en los establecimientos hosteleros. La educativa más orientada a jóvenes, ya que se percibió que la coercitiva lo que provocaba era un desplazamiento de los jóvenes a entornos menos controlables. Como medidas se realizaron las siguientes: 1. Notificación de las conclusiones a la autoridad sanitaria para que las transmitan a las autoridades pertinentes. 2. Realización de Carteles de sensibilización destinados a turistas y a jóvenes (se diseñaron 10 carteles diferentes destinados a esos públicos) por el área sanitaria. 3. Se distribuyeron los mismos a los ayuntamientos para ser colocados en las zonas oportunas, y se divulgaron por el área en las redes sociales (twitter, web, Facebook, Linkedin, Instagram). 4. Diseño con Cruz Roja de una intervención con monitores en espacios de ocio de jóvenes con el objeto de sensibilizar sobre el covid 19 (implantación Agosto 2020).

CONCLUSIONES Es difícil poder medir el impacto de este tipo de intervenciones. Aunque sólo lograr crear un marco de diálogo entre autoridades municipales, autoridades sanitarias y organizaciones sociales es positivo. Esperamos que estas iniciativas favorezcan la sensibilización y formación de visitantes y jóvenes, y logremos que el impacto del covid en los rebrotes sea menor gracias a ellas.

ID: 554

ESTRATEGIA DE FORMACIÓN EN SITUACIÓN DE CRISIS POR COVID-19

AUTORES: RUIZ ENTRECANALES, CAROLINA[1]; CAZALLO NAVARRO, P[2]; MONTSERRAT CAPELLA, MD[3]; REVUELTA ZAMORANO, M[4]; RULL BRAVO, PE[5]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La COVID supuso enfrentarse a una situación que obligó a modificar la forma de trabajar en el hospital, su estructura, protocolos y circuitos, así como un cambio organizativo en la labor y forma de trabajar del personal.
Se reubicó a los profesionales dentro del hospital pasando a desarrollar funciones que llevaban tiempo sin realizar y se establecieron nuevas formas de trabajo en las unidades.
En este contexto la Unidad de Calidad (UCA), en colaboración con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) y de Formación continuada, llevó a cabo un plan de formación en el protocolo de cuidados en las unidades COVID y el uso de equipos de protección individual (EPI)

OBJETIVOS
- Formar a todo el personal de nueva incorporación dependiente de la Dirección de Enfermería en EPI y protocolo de actuación en unidad COVID.
- Colaborar en la formación del personal del HUPHM que es reubicado a planta COVID.

MATERIAL Y MÉTODOS Se planificaron talleres presenciales de una hora y media de duración, impartidos por el personal de enfermería de la UCA. Fue preceptiva su realización para el personal de nueva incorporación.
Captación del personal a través de las Supervisoras de Unidades (SUF).
Formación dirigida a:
- Personal de enfermería y TCAE habitual del hospital cuya planta se transforma en Unidad COVID.
- Personal del Hospital trasladado de otras Unidades a Unidades COVID.
- Técnicos de los servicios de Medicina Nuclear y rehabilitación, fisioterapeutas, logopeda y técnicos de Rx.
- Personal de nueva incorporación.

Incluyó:
- Nociones generales sobre el coronavirus, transmisión.
- Organización de las Unidades COVID.
- EPI recomendado, colocación y retirada del mismo.
- Extracción de muestras para PCR a equipo creado para ello.
- Se realizaron píldoras formativas que se difundieron a través de la APP de formación del hospital.

La formación se impartió tanto en aulas con talleres permanentes, como en las propias unidades COVID atendiendo a la demanda del momento. Al personal de nueva incorporación se le incluyó en una rueda en la que, tras firmar el contrato, se filiaba unidad y acto seguido se le impartía el taller formativo por parte de la UCA intentando que los grupos no fueran mayores de 6 personas

RESULTADOS El personal de la UCA realizó 55 talleres a lo largo de 26 días, sumando un total de 82,5 horas de docencia.
Total de profesionales formados: 877. Profesionales formados por la UCA: 416
Personal de nueva incorporación formado: 100%
Se realizaron 25 píldoras en total relacionadas con:
- Información sobre COVID19
- Cuidados a pacientes

- Organización de las unidades
- Tratamiento y uso de medicación
- EPIs
- Manejo del estrés y relajación
- Comunicación de malas noticias
- Oxigenoterapia

Destinatarios de las píldoras 3600 profesionales del hospital.
Porcentaje medio de visualizaciones: 30%

CONCLUSIONES

La UCA formó a un 44,43% del total personal formado.
Se formó al 100% del personal de nueva incorporación.
Capacidad de gestión de la formación a través de la APP de formación del hospital.

ID: 555

VISITA A LOS PACIENTES ADULTOS CON COVID 19 EN TERAPIA INTENSIVA.

AUTORES: GARCIAR ROIG, CRISTIAN[1]; DE DIEGO, B[2]; BADARIOTTTI, G[3]; OYENARD, C[4]; OVIEDO, M[5]; BUFFA, T[6]

CENTROS DE TRABAJO: SANATORIO MATER DEI

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia COVID19 generó como daño colateral el aislamiento de los pacientes internados. Esta situación conspira claramente contra la tendencia mundial a la humanización de la medicina
La pandemia "COVID-19" está generando situaciones como la "teledespedida", una nueva y cruel aplicación de la telemedicina. A las personas que quieren estar con su familiar en el proceso del final de su vida, el sistema sanitario no le puede ofrecer una respuesta adecuada.
Desde nuestra Institución decidimos crear circuitos adecuados y proporcionados de comunicación para los familiares de los pacientes con "COVID-19" que puedan estar en situación de riesgo inminente de vida o que su internación fuese prolongada.

OBJETIVOS Ofrecer a los familiares de pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con internación prolongada o con riesgo inminente de vida, la posibilidad de ser visitados por sus familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS Se elaboró un Protocolo donde se detallaron las evaluaciones previas de los candidatos a visitar a su familiar internado en UCI. Se contemplaron criterios de riesgo y se realizó una capacitación previa al familiar para la visita.

RESULTADOS Se realizó la experiencia con cuatro familias que lo deseaban y cumplieron con los criterios de inclusión.
Un paciente con internación prolongada fue visitado por sus dos hijos por separado. El primero muy impactado y agradecido, preparó a su hermano quien también agradeció
En una paciente terminal se le ofreció a su hija la visita. Como ella estaba en aislamiento no la pudo hacer pero la tranquilizó que le ofrecieran la posibilidad.
Otro paciente terminal con deterioro cognitivo al cual se limitó el esfuerzo terapéutico, fue visitado por cinco familiares. Lo vieron desde un ventanal, estaba inconsciente. Muy agradecidos todos.
Un cuarto familiar pudo despedirse de su madre en dos ocasiones.

CONCLUSIONES La visita a los pacientes COVID 19 en UCI es posible, necesita de la preparación de los familiares y del equipo de salud. Estos primeros resultados fueron satisfactorios y nos permiten mantener la atención centrada en la persona. El derecho a la visita o a la despedida beneficia al paciente, a sus familias y al personal de salud.

GESTIÓN POR PROCESOS EN UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA

ID: 556

AUTORES: HERNÁNDEZ SANTANA, ALICIA[1]; SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, RM[2]; GALVÁN SASÍA, V[3]; COBIÁN MARTÍNEZ, JL[4]; HERNÁNDEZ SANTANA, NM[5]; VEGA MORENO, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La formación continuada es el proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios.
El cambio científico y tecnológico se produce a gran velocidad, y hace que el conocimiento se quede obsoleto a un ritmo acelerado. Es responsabilidad de cada profesional ser capaz de mantenerse actualizado. Las Administraciones Públicas tienen la responsabilidad de asegurar la calidad de la formación continuada que se oferta a los profesionales sanitarios, con la finalidad de alcanzar su máxima actualización y competencia que mejora la organización y el funcionamiento de la asistencia sanitaria.

OBJETIVOS Implementar un sistema de gestión por procesos en la Unidad de Formación Continuada de un hospital de tercer nivel.
Establecer un plan de formación continuada.

MATERIAL Y MÉTODOS Diseño de un sistema de gestión por procesos, basado en la norma internacional UNE-EN ISO 9001:2015.
Reunión inicial para seleccionar al equipo de trabajo con conocimiento de las actividades del proceso. Se designa al Responsable de Calidad que coordina el diseño y desarrollo del proceso, garantiza su seguimiento, interactúa con niveles superiores y mantiene informado al equipo de trabajo.
Se define la cartera de servicios (detección de necesidades formativas, programación y planificación, acreditación, certificación de la actividad formativa y evaluación final de la percepción del discente), normativa aplicable específica e indicadores. Desarrollo del organigrama funcional y mapa de procesos general que contempla la globalidad del sistema, alcance e interrelación con los procesos de apoyo y estratégicos, siguiendo la metodología IDEF. Para el análisis de la Unidad se utilizó como herramienta la matriz DAFO. Entre las debilidades encontradas, recursos limitados para llevar a cabo la actividad y una gestión a demanda no planificada.

RESULTADOS Hasta hace un año, la Unidad trabajaba a demanda, no basada en una gestión planificada, existían indicadores sólo de actividad. El modelo de encuesta sólo contemplaba el grado de satisfacción con el docente y no existía un registro de errores lo que dificultaba la detección de elementos de mejora.
En la actualidad, con la implementación de la gestión por procesos existe un circuito de trabajo donde las actividades se planifican, se realizan, se controlan y se actúa sobre los resultados.

CONCLUSIONES El esfuerzo de mejora de un servicio sanitario es responsabilidad de todos los profesionales.
La formación continua es un proceso que debe extenderse a lo largo de la vida de los profesionales, que deben ser capaces de desarrollar un adecuado progreso de sus competencias para poder garantizar la calidad asistencial.
Son necesarias Unidades en las instituciones sanitarias que dediquen sus prestaciones en fomentar la promoción de sus profesionales. Con el cambio organizativo de la Unidad de Formación Continuada, el objetivo no era alcanzar un nivel estático de calidad, sino lograr un proceso de mejora continua imprescindible en un sistema sanitario.

ID: **557**

NO TODO ES CORONAVIRUS: LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

AUTORES: GÓMEZ MARCOS, FRANCISCO JAVIER[1]; BLASCO MARCO, V[2]; GRACIA SOGUERO, E[3]; SENDER MARTÍN, D[4]; MIHALI, AB[5]; CLEMENTE JIMENEZ, ML[6]

CENTROS DE TRABAJO: CS LA JOTA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Cada año, más de 8 millones de personas mueren por el consumo de tabaco, de las cuales unos 52.000 fallecen en España. Con la declaración del estado de alarma, las consultas de deshabituación tabáquica se vieron afectadas, siendo canceladas en su gran mayoría. En nuestro país, la asistencia al tabaquismo está incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS Dar a conocer una manera de reorganización de la consulta de deshabituación tabáquica ante situaciones de pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS Centro de Salud que atiende a 37000 usuarios. Se crea equipo formado por cuatro Médicos Internos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y 2 médicos especialistas de referencia. Se solicitan en admisión todas las citas canceladas hasta fecha de mayo de 2020. Se citan pacientes todos los días en horario de 9 a 11 y se intenta contactar con ellos telefónicamente. Se realizan varios intentos hasta contactar. Las consultas se realizan únicamente por vía telefónica explicándolo adecuadamente a pacientes. Previamente dichos pacientes habían sido citados por sus Médicos de Familia en la consulta de deshabituación tabáquica del centro de Salud.

RESULTADOS Se realizan tres tipos de consulta, todas ellas realizando entrevista motivacional:
La primera informativa, donde se realiza anamnesis de paciente, incidiendo en el consumo tabáquico y intentos previos de cese. Antecedentes médicos, medicación previa. Realización de Test de Richmond y Fagestrom. Se manda por correo electrónico desde correo institucional con información para el paciente, explicada adecuadamente en la consulta telefónica. Se pacta una segunda cita.
Segunda cita: Elección de día D, resolución de dudas y plan de deshabituación tabáquica en función de preferencias de paciente y recomendaciones médicas.
Citas de control: Control de síntomas adversos tanto de medicación como los propios de la deshabituación, resolución de conflictos, pactos con paciente, refuerzo positivo y apoyo en recaídas con búsqueda de soluciones conjuntas. Citas de control adaptadas a paciente.
Se deja la posibilidad de citarse en la unidad en caso de necesidad o situación que preocupe paciente.

CONCLUSIONES A falta de estudios que valoren esta reorganización de la consulta, a tres meses desde el inicio, la percepción de los facultativos es de una buena aceptación por parte de los usuarios así como resultados positivos de cese tabáquico. Agradecen que haya continuidad en las consultas de otro tipo de patologías crónicas no COVID, lo que obliga a adaptarse a los profesionales de los centros de Salud con agendas ajustadas y un aumento de la presión asistencial.

ID: 558

ABORDAJE COMUNITARIO DE CENTROS SOCIOSANITARIOS RESIDENCIALES EN PANDEMIA COVID19

AUTORES: GARCÍA-PARICIO, LUIS MIGUEL[1]; MONTESINOS-ESCARTÍN, T[2]; PUEYO-GASCÓN, D[3]; SANZ-CASORRÁN, B[4]; SERRANO-RAMIRO, J[5]; MORTE-TRAIN, Y[6]

CENTROS DE TRABAJO: ZARAGOZA SECTOR

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: GESTIÓN CLÍNICA
ÁREA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La pandemia de la COVID ha demostrado fisuras en nuestro sistema asistencial, en especial con la población más vulnerable, donde se ha puesto a descubierto la ley de cuidados inversos.
Parte de esta población habita en centros sociosanitarios residenciales, y son estos centros ubicados en núcleos urbanos cuando llegan a albergar una gran población, llegando a convertirse en una comunidad con una identidad propia.
Desde Atención Primaria el conocimiento de los determinantes de salud de la población y la actividad comunitaria son métodos importantes en la prevención, promoción de salud y actuación terapéutica.
Durante la pandemia se generó un equipo de Atención Primaria centrado en atender centros sociosanitarios residenciales de un área de salud, tratando a cada centro como una comunidad con identidad diferencial, llevando al equipo sanitario a la comunidad y no los pacientes al centro de salud, este equipo daba servicio 7 días a la semana 12 horas al día, realizando avisos urgentes, seguimientos, y campañas de actividades comunitarias.

OBJETIVOS Tratar a los centros sociosanitarios como una comunidad con población fija (los residentes) y una población migrante (los trabajadores).
Generar continuidad asistencial mediante un equipo de Atención Primaria centrado en dicho perfil de población en pandemia COVID.
Optimizar el recurso limitado de Atención Primaria trabajando en poblaciones de centros residenciales, residentes y trabajadores, para descongestionar las consultas del Centro de Salud.
Generar vínculos de confianza en los centros residenciales al tener un equipo sanitario de referencia.
Realizar actividades comunitarias de prevención y promoción de salud, mediante educación sanitaria, cambios de hábitos y test rápidos a trabajadores de los centros para evitar la infección por COVID y frenar la diseminación del contagio en centros infectados por la COVID19.

MATERIAL Y MÉTODOS Un Equipo de Asistencia Sociosanitaria de 3 Médicos, 6 enfermeros, 1 psicólogo y 1 administrativo de atención primaria. Dividido en 2 equipos uno terapéutico de seguimiento de casos y agudizaciones y otro equipo de educación sanitaria.
Un área de 41 residencias sociosanitarias.

RESULTADOS En 2 semanas se realizó en 41 residencias:
Educación de medidas de higiene y aislamiento al personal laboral.
Adiestramiento en colocación de EPI e higiene de manos en personal laboral.
Servicio clínico con seguimiento de casos 7 días de la semana 12 horas al día.
Cribado de portadores asintomáticos mediante test rápidos en 932 trabajadores.

CONCLUSIONES Los Centros de Salud de referencia de cada residencia sintieron un desahogo asistencial pasando a ser centros de apoyo para el equipo de asistencia sociosanitaria.
Las residencias se sintieron más apoyadas por el sistema de salud, y reforzadas en el manejo del nuevo perfil del residente en aislamiento.
Los centros sociosanitarios eligen como preferencia asistencial al Equipo de Asistencia Sociosanitario.

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN MEDIANTE TERMINALES TACTILES

ID: 559

AUTORES: HERNÁNDEZ SANTANA, ALICIA[1]; SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, RM[2]; DÉNIZ RODRÍGUEZ, MJ[3]; COBIÁN MARTÍNEZ, JL[4]; PEÑATE RODRÍGUEZ, MM[5]; VEGA MORENO, A[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: EXPERIENCIA DEL PACIENTE
ÁREA TEMÁTICA 2: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Las encuestas de la satisfacción permiten conocer la percepción de los usuarios respecto al servicio prestado. Estudios determinan que responder a una encuesta justo después de vivir la experiencia, el llamado "momento de la verdad", es un 40% más fiable que hacerlo 24 horas después. Se trata de un sistema de encuestas de satisfacción integrado en terminales táctiles para conocer la opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio.

OBJETIVOS Incrementar la satisfacción continua de nuestros usuarios y gestionar con eficacia las posibles quejas del servicio prestado.

MATERIAL Y MÉTODOS Los Servicios incluidos en el proyecto han sido:
Consultas Externas (Pediátricas, Tocoginecológicas y General)
Pruebas Funcionales
Servicios de Urgencias (Pediátricas, Tocoginecológicas y General)
Servicio de Radiodiagnóstico
Este sistema rompe con el formato de encuesta de satisfacción tradicional en la que se precisa la intervención del personal y apuesta por la opinión del usuario a tiempo real, justo en el momento de la experiencia mediante un software en el punto de asistencia.
Las actualizaciones de los software, los cambios de cuestionario y las incidencias se han actualizado de forma remota ya que dispone de sistema 4G.
Hemos contado con tres dispositivos con tres sofware operativos durante un año.
Los cuestionarios fueron diseñados completamente personalizados para cada Servicio contemplando los aspectos que en la actualidad se tienen en cuenta en los servicios certificados por la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 y son tiempo de espera, trato y claridad de las explicaciones.
Los estándares elegidos para la valoración del usuario han sido la escala Likert recomendada como instrumento para evaluar la calidad percibida o experiencia del paciente, con cinco alternativas de respuesta graduadas de menos a mal mediante 'caritas', es decir cinco emoticonos con distintos colores que determinan el nivel de satisfacción. El cuestionario concluye con la valoración global del servicio recibido mediante una escala numérica del 0 al 10.
Para el análisis además se utiliza el concepto Top2 boxes que consiste en medir el porcentaje de usuarios que han votado las dos notas más altas 5/5 y 4/5, útil para medir la excelencia del servicio.

RESULTADOS En la actualidad, ya disponemos de los resultados destacando en el top del ranking de valoración global a Pruebas Funcionales de Neumología (9.28) seguido por Pruebas Funcionales de Alergología (9.11) y Pruebas Funcionales de Otorrinolaringología (8.97).

CONCLUSIONES Estos resultados de las encuestas de satisfacción, junto con otras fuentes de evaluación interna que integran el sistema de información de cada Subdirección (medida de tiempos de espera y atención en consulta, evaluación de los programas de cita previa, análisis de reclamaciones, etc.), sirven de referencia para planificar las acciones de mejora y adoptar las medidas necesarias para mejorar la experiencia del paciente en el hospital.

ID: 560

CREANDO REDES DE INFORMACIÓN ADECUADAS PARA LOS USUARIOS EN ÉPOCA DE PANDEMIA

AUTORES: GÓMEZ MARCOS, FRANCISCO JAVIER[1]; GRACIA SOGUERO, E[2]; BLASCO MARCO, V[3]; SENDER MARTÍN, D[4]; MONTESINOS ESCARTIN, T[5]; PARDO PARDO, MC[6]

CENTROS DE TRABAJO: CS LA JOTA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En Enero de 2020, se empezó a conocer sobre la COVID-19 y su rápida expansión. Desde ese momento, la información comenzó a circular en todo tipo de medios de diversas formas, tanto información contrastada como no contrastada y un gran número de bulos. Con la llegada de la COVID-19 a España, esa saturación de información creó en la población más desconcierto sobre una situación que cambiaba cada día.

OBJETIVOS

- Dar a conocer la organización creada para intentar dar información veraz y contrastada a la población desde el Centro de Salud.
- Exponer unos resultados parciales de su impacto hasta el momento.

MATERIAL Y MÉTODOS Se crea antes de la declaración de Estado de Alarma un grupo de Información a la Población en un Centro de Salud que atiende a 37000 usuarios. Integrado por Médicos Internos Residentes, Enfermera Interna Residente, Trabajadora Social, Médicos de Familia, Fisioterapeutas, Enfermería, Matrona, y Dentista del Centro de Salud. Un total de 10 miembros. Se decide utilizar las redes sociales de Twitter, Facebook e Instagram para difundir la información. Se crea un grupo propio de Whatsapp donde se envía la información para contrastar y decidir qué se sube a las redes sociales. Se sube material e información de otros autores y se crea información propia: infografías realizadas con programa CANVA, vídeos informativos y de ánimo a los usuarios, recomendaciones y otros diversos escritos de interés para la población.

RESULTADOS El grupo ha funcionado durante los siete días de la semana y realiza actualizaciones casi diarias. A día de hoy se ha suspendido cuenta de Twitter pero las otras redes siguen activas con gran aceptación.
La cuenta de Facebook ha realizado 165 publicaciones. Tiene 3012 amigos registrados.
La cuenta de Twitter fue cancelada. Hasta su cancelación, presentó 110 interacciones entre tweets y retweets.
La cuenta de Instagram tiene 254 seguidores y ha redactado 184 publicaciones
Se han realizado 2 vídeos propios para la población
Se han creado 12 infografías propias de información para la población, siendo ampliamente distribuidas en otras cuentas de redes sociales.

CONCLUSIONES A la vista de los resultados y la interacción positiva de los usuarios en las redes sociales, creemos que son unos buenos métodos para dar información veraz y contrastada a la población.

ID: **561**

ESTRATEGIA DE CONTROL EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES COVID POSITIVOS

AUTORES: GROBA PEREZ, FERNANDO[1]; ARMADA REY, R[2]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL POVISA[1], HOSPITAL POVISA[2]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN En el contexto de la Pandemia Mundial provocada por el Covid 19, se hace necesario el establecer una estrategia destinada al control extrahospitalario del paciente Covid positivo con garantía de seguridad para paciente, familia y población general. Intentar que los pacientes cya sintomatología permita un control domiciliario seguro se convierte en un aspecto de suma importancia para descongestionar los Servicios de Urgencias y Hospitales
Del mismo modo facilitar la toma de muestras para PCR en domicilio e instituciones sociosanitarias forma parte, u al mismo nivel de la estrategia planteada

OBJETIVOS Dar a conocer los circuitos establecidos para la recogida de muestras PCR en domicilios y centros sociosanitarios y la metodología de seguimiento de pacientes covid positivo

MATERIAL Y MÉTODOS Objetivos claros y diferenciados se configuran dos grupos de profesionales

- Uno de 3 Enfermeras y 3 TCAES que reciben formación sobre equipos de protección individual y recogida de muestras PCR. Dividida la zona de influencia del hospital en 3 áreas geográficas se destina un vehículo junto con 1 enfermera y 1 TCAE a cada una. Diariamente se les asigna una ruta de domicilios en los que habita al menos un paciente con sintomatología compatible con covid 19. En jornadas sucesivas se le asigna el mapeo de centros sociosanitarios del sur de la provincia.
- Otro de 6 enfermeras reciben formación sobre sintomatología del covid 19 y aspectos a vigilar en pacientes con PCR positiva. Estas contactan con los pacientes a los que se les visitara para la recogida de muestras, si resultan positivos se inicia el seguimiento diario valorando sintomatología y valores de Tª y pulsioximetría. El paciente podrá contactar con ellas a cualquier hora del día ante empeoramiento, dudas, otras necesidades. Un Facultativo, del Servicio de Medicina Interna valora dicho seguimiento y tratamientos.,

RESULTADOS 3500 PCR realizadas, seguimiento domiciliario a 257 pacientes entre el 19 marzo y 31 de mayo, con pico máximo de 187 pacientes a la vez
Se producen 10 ingresos en el hospital: 9 por empeoramiento y 1 por claudicación familiar
En colaboración con Hospitalización a Domicilio se realizan 27 consultas médicas en domicilio o centros sociosanitario, 23 analíticas y 15 biopsias de piel
El contacto directo con el equipo de atención domiciliaria, con facultativo responsable, ser conocedores de los signos de alerta ante los que deben contactar, contribuyen a evitar el colapso del hospital.

CONCLUSIONES Éxito de la estrategia en vista de los resultados, sobre todo si tenemos en cuenta que el pico máximo de pacientes hospitalizados en el mismo período no ha superado los 80.

ID: 562

EN ÉPOCA DE PANDEMIA, CON MÁS TRABAJO Y MENOS PERSONAL ¿ESTAMOS REGISTRANDO BIEN?

AUTORES: ALCORTA, NATALIA IRENE[1]

CENTROS DE TRABAJO: MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Los bancos de sangre (BS) deben registrar todos los datos obtenidos en la producción diaria de hemocomponentes para asegurar trazabilidad de los mismos. Se estudiaron de gestión privada y pública, con empleados capacitados y ambos manejan formato papel con auditorías mensuales.
En una institución, la realización de todas las actividades se evidencia mediante los datos que contienen sus registros. Estos documentos se encuentran en el cuarto nivel de la pirámide documental (OPS, 2005) y para que adquieran características de confiabilidad, deben reunir ocho requisitos:

- Veraz: Describir lo que efectivamente sucedió.
- Exacto: Doble verificación de datos
- Permanente: No usar lápiz ni tinta lavable.
- Contemporáneo: Realizar en tiempo real
- Claro: Comprensible para todos
- Coherente: Registrar lo que corresponde en donde corresponde
- Legible: Que se entienda lo que está escrito. No borrar ni usar corrector, sólo enmendar.
- Completo: No dejar espacios en blanco, sino cruzar una línea en el espacio que no se completa

Ante eventos adversos, el respaldo basado en registros confiables, depende de la capacitación del personal sobre las buenas prácticas documentales y el control sobre las mismas.

OBJETIVOS Establecer si los registros realizados en los libros de producción diaria en BS auditados, durante los meses diciembre 2019 a julio de 2020, son confiables administrativa, técnica y legalmente.
Específicos:

- Identificar y registrar el incumplimiento de requisitos de confiabilidad que deben reunir los registros auditados.
- Calcular la cantidad de observaciones realizadas y categorizarlas
- Establecer los incumplimientos prevalentes y compararlos

MATERIAL Y MÉTODOS Se diseñó una planilla Excel, utilizada para la recolección de datos, separada por estados y requisitos.
Se extrajo de los informes de las auditorias realizadas, la cantidad de observaciones por requisito en cada BS.

RESULTADOS Observaciones en BS público:
Completo: aumentaron un 6%
Legible y exacto: aumentaron un 6%
Claro: se mantuvo igual
Permanente y coherente: disminuyeron a cero

Observaciones en BS privado:-
Completo: aumentaron un 14%
Legible: aumento un 4%
Exacto disminuyó un 9%
El resto de los requisitos: se mantuvieron igual al estado sin pandemia

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten observar, la importancia de la capacitación del personal en gestión documental y el control sobre la misma para implementar acciones correctivas. En este caso, si bien hubo un aumento leve en época de pandemia de ciertos requisitos, pueden atribuirse a que se redujo la cantidad de empleados y los que asisten, se encuentran sobrecargados de actividades dentro del servicio. Influyó en ambos casos la presencia de un supervisor técnico que controlara diariamente los documentos, ausente en el BS público (por licencia covid) y presente en el privado.

ID: 563

SEGUIMIENTOS DE PACIENTES CON OBESISDAD MORBIDA A TRAVES DE LA TELEMEDICINA

AUTORES: REPETTO, MARIA FERNANDA[1]; REAL, J[2]; KONCERUK, T[3]; MONTESINOS, MS[4]; SCLIPA, V[5]; RIBERO AYERZA, D[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL BRITANICO[1], HOSPITAL BRITANICO[26], INSTITUTO QUIRÚRGICO DEL CALLAO[3], SANATORIO BRITÁNICO, ROSARIO[4], ACA SALUD, OSPECON/UOCRA[5]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (RIGHT CARE, EQUIDAD, ETC)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El impacto de la pandemia por Sars-Cov 2, ha generado gran dificultad en el seguimiento de pacientes con patología crónica. En un centro de diagnóstico y tratamiento de pacientes con Obesidad mórbida, ante la imposibilidad de realizar consultas presenciales, se desarrolló una plataforma de seguimiento virtual. La misma consiste en una página web (Cetosvirtual.com) que permite el registro de los pacientes bajo tratamiento y la posibilidad de realizar distintas consultas (extensión de recetas, consulta clínica o quirúrgica, seguimiento nutricional, consulta psicológica, asistencia a reuniones en grupos virtuales). La respuesta a dicha solicitud se realizó vía mail por el profesional interviniente, con consulta médica por videollamada en caso necesario. El seguimiento por nutrición o salud mental se realiza en forma quincenal por vía telemedicina. Los grupos de pacientes continúan con su actividad habitual (mensual o quincenal) por vía Zoom.

OBJETIVOS Conocer el impacto de la implementación de una herramienta de consulta y seguimiento virtual para pacientes con obesidad mórbida en tratamiento en el Centro de Tratamiento de Obesidad Severa (CETOS).

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado desde 01 de mayo al 30 de julio de 2020. Se incluyeron pacientes registrados en Cetosvirtual.com. Se describió la utilización de la herramienta, en relación al número de registros y de eventos (cada una de las consultas realizadas); obteniendo información a través de la lectura del Panel de control de la herramienta de programación utilizada (Wix). Se compararon estos datos en relación con los registros existentes de seguimiento de pacientes presenciales al momento de inicio de la pandemia.

RESULTADOS Del total de pacientes en seguimiento previo a la pandemia (650 pacientes), 596 se registraron en Cetosvirtual.com (92%). Durante los 90 días incluidos en el seguimiento se realizó un total de 578 pedidos a través de telemedicina: Distribuidos en 216 pedidos de extensión de recetas (37.37%), 208 solicitudes de consulta por medico clínico (35.98%) y 51 por médico cirujano (8.82%), 58 pedidos de seguimiento nutricional (10.03%), 29 de consulta psicológica individual (5.01%) y 16 de participación en grupos virtuales (2.76%).

CONCLUSIONES La utilización de telemedicina permite la continuidad en el tratamiento de patologías crónicas. Se observó gran adherencia por parte de los pacientes, quienes mostraron mayor necesidad en el seguimiento clínico y en la continuidad de la medicación crónica habitual. La menor solicitud de consultas con equipos de nutrición y salud mental a través de la herramienta se debió al contacto directo implementado previo al lanzamiento de la misma. La baja frecuencia de la consulta quirúrgica se debió a la suspensión de las cirugías electivas y baja incidencia de complicaciones en pacientes operados. La implementación de esta herramienta favoreció la continuidad en el seguimiento del contacto entre los pacientes y el equipo médico.

ID: 565

ECOGRAFÍA VESICAL COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN EN LA RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PACIENTES POST-QUIRÚRGICOS.

AUTORES: MEDINA PÉREZ, SARA[1]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL QUIRON SALUD TENERIFE[1]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La urgencia urológica más frecuente es la retención aguda de orina. Se estima que alrededor de un 18% de los pacientes con rango de edad de entre los 70-75 años, y el 36% de los pacientes varones con edades superiores a los 80 años, han tenido una retención aguda de orina. Además, existe una alta probabilidad de que pacientes, sin antecedentes de patología urológica, tras una cirugía programada, realicen algún episodio de retención de orina. Los síntomas principalmente abarcan, desde el dolor en hipogastrio, mareos, diaforesis e incluso desorientación temporo-espacial en pacientes mayores. Afecta directamente sobre el sistema cardiovascular, provocando hipertensión arterial acompañado de taquicardia, alteraciones hidroelectrolíticas y hasta daño permanente del músculo detrusor. Visualizando la vejiga y midiendo su volumen, podemos evaluar si existe globo vesical o no.

OBJETIVOS El objetivo principal de este estudio es utilizar las ecografías vesicales como método preventivo ante una retención aguda de orina en el paciente quirúrgico.
Objetivos específicos:

- Ofertar mayor calidad en cuanto a los cuidados post-quirúrgicos del paciente, evitando sondajes innecesarios y realizando palpaciones de la vejiga de la orina que, por lo general suelen ser dolorosas si el paciente tiene retención de orina.
- Reducir la tasa de infecciones por realizar sondajes innecesarios.
- Aumentar la calidad de los cuidados ofertados tanto en las unidades de recuperación como en las plantas de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realiza estudio transversal descriptivo con muestra de individuos de entre 25 y 80 años sin patología urológica previa y que se someten a una cirugía con anestesia general o espinal en la unidad de recuperación de quirófano en el Hospital QuirónSalud Tenerife, entre los meses de Julio 2019 y Diciembre de 2019.
Se escogen individuos sin patologías urológicas previas con estancia en la recuperación de QX superior a 4 horas. Se realiza ecografía vesical midiendo el volumen de orina teniendo en cuenta que la vejiga urinaria se comporta como una elipse. Si considera retención de orina un volumen superior a 600 ml.

RESULTADOS Se realiza ecografía vesical a un total de 348 individuos de los cuales, 174 fueron hombres y 174 mujeres, todos sin patologías urológicas previas. De los 348, 153 fueron cirugías con anestesia espinal y 195, fueron cirugías con anestesia espinal. De las cirugías espinales, un 23% de las ecografías realizadas, hubo que realizarles sondaje vesical preventivo por manejar volúmenes superiores a 600 ml. De las cirugías con anestesia general, se realizan sondajes en un 16% de los casos.

CONCLUSIONES Tras evaluar los datos obtenidos, se obtiene como conclusión que la ecografía vesical como método de evaluación ante una retención aguda de orina no sólo es efectiva, sino que nos ayuda a prevenir que los pacientes sean trasladados a la planta con dichas retenciones. Se fomenta la seguridad del paciente y la calidad de cuidados recibidos al paciente.

GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN PERÍODO DE PANDEMIA

AUTORES: DACKIEWICZ, NORA[1]; RODRIGUEZ, S[2]; ESCUDERO, R[3]; CANDIA, M[4]; BARSOTTI, D[5]; GARCIA ARRIGONI, P[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL GARRAHAN

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Una de las mayores preocupaciones en el marco de la Pandemia COVID 2019 es el bienestar de los trabajadores de la salud, dado que su desempeño es clave para lograr los mejores resultados. Como miembros de la sociedad, no están exentos de los miedos que aquejan a todas las personas como el temor a ser contagiados, y el temor a llevar el contagio a sus familias

OBJETIVOS Describir la gestión integral del personal de un hospital pediátrico del sector público durante la pandemia

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo
Se articuló un equipo interdisciplinario conformado por el área asistencial y Medicina Laboral para detección y seguimiento de casos sospechosos y positivos de COVID para:
Detección y diagnóstico precoz de casos índice y contactos, mediante la elaboración y difusión de protocolos
Facilitación del proceso de denuncia inmediata e hisopado para diagnóstico con rt- PCR para Sars Cov 2 en la institución, con resultado en el día, y definición de aislamiento de contactos en el menor tiempo posible.
Elaboración de una base de datos para registro de casos y contactos, tanto de pacientes como personal.
Seguimiento de los contactos a través de un equipo de médicos pediatras de la institución con teletrabajo para apoyo, contención y asesoramiento diario durante el período de aislamiento.

RESULTADOS Entre el 20/03/20 y el 31/07/20 se detectaron 206 casos positivos de personal de la institución (3.07) %, involucrando tanto al equipo asistencial como áreas de soporte técnico no asistencial.
En 67de ellos la rt-PCR se ha negativizado a la fecha.
202 de los casos fueron leves, y algunos fueron detectados como hallazgo durante la evaluación de contactos. Uno de los casos presentó sintomatología moderada, con evolución favorable.
909 (13.5 %) trabajadores fueron considerados contactos, y mantuvieron aislamiento según protocolos vigentes.

CONCLUSIONES Una prioridad institucional durante la pandemia fue brindar los elementos de protección personal (EPP) para todas las personas que trabajan en la institución, capacitación continua en su utilización a través de videos disponibles en intranet, talleres basados en simulación y entrenamientos in situ.
No hubo distinciones entre personal de planta y personal externo (alimentación, vigilancia y limpieza), protegiendo a todas las personas que trabajan en esta organización según su nivel de riesgo.
También se tomaron acciones de protección de los cuidadores de pacientes, restringiendo el acceso de familiares visitantes (tan importantes para los pacientes como para los cuidadores), se aumentó la distancia entre las camas en las áreas de padres, (Ej. sala de madres de UCI), se proveyeron tapabocas para los cuidadores.
En este contexto, la gestión interdisciplinaria y centralizada asumida por la conducción del hospital posibilitó una estrategia integral para la detección precoz, aislamiento de los contactos y seguimiento y contención personalizada de todos los trabajadores, redundando en beneficio de la mejor atención de los pacientes.

ID: 580

TRIPLE VISIÓN EN EL ABORDAJE DE LA PANDEMIA PARA LA CAPACITACIÓN DEL PROFESIONAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO MONOGRÁFICO

AUTORES: MONTSERRAT MORENO, MIREIA[1]; SEDANO MARTÍNEZ, A[2]; CASAUS GARCIA, J[3]; COMPANY SERRAT, A[4]

CENTROS DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La enfermedad por COVID-19 se ha convertido en un problema global desde que se declaró pandemia por la OMS, incluyendo a los pacientes con cáncer que se encuentran dentro de los grupos vulnerables y de mayor riesgo.
El ICO ha implementado una serie de acciones clínicas y de gestión para minimizar el impacto de la enfermedad en pacientes y profesionales incluyendo aplazamiento de tratamientos, preservación de equipos y actuación independiente por servicios.

OBJETIVOS Mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes y profesionales con cáncer durante la pandemia mediante un programa de capacitación integral y de enfoque múltiple para profesionales involucrados en el tratamiento o en la gestión hospitalària.
Capacitar en el diagnóstico y tratamiento en las diferentes fases de la infección en pacientes con cáncer.
Capacitar para abordar las necesidades psicosociales de pacientes y familiares afectados con un enfoque en el apoyo al final de la vida.
Capacitar a los gerentes en el manejo y la organización de procesos y planes de contingencia.
Fomentar la fortaleza emocional entre los profesionales con énfasis en las medidas preventivas y de seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS Aplicar una visión 360º en el enfoque de abordaje de la pandemia: mediante el uso de herramientas asíncronas virtuales se ha implantado un espacio virtual con 3 áreas de aprendizaje.
Diseño de un conjunto de píldoras formativas multidisciplinar multi-enfoque sobre tratamiento clínico.
Generación de casos clínicos de incidentes críticos para compartir las mejores prácticas de gestión y organización de procesos y planes de contingencia.
Creación de material educacional de soporte post-COVID para profesionales: prevención de la infección y recursos psicoemocionales.

RESULTADOS El programa incluye a profesionales que trabajan en los 140 servicios de onco-hematología en España y en los institutos de cancerología de la red City Can. La muestra piloto está constituida por 1.300 profesionales de ICO y red de centros adscritos.
Un espacio virtual propio, 12 horas virtualizadas y material educacional.
% profesionales iniciados/finalizados
% de satisfacción sobre expectativa generada
% de aplicacion de aprendido/implantado en puesto de trabajo

CONCLUSIONES La experiencia adquirida es de gran valor para otros servicios de oncología de habla hispana. La información científica relacionada con la pandemia está mayoritariamente en inglés lo que dificulta que llegue a gran parte de los profesionales sanitarios en lengua castellana. La experiencia del ICO en proyectos educativos nos posiciona en un escenario privilegiado para ofrecer soporte en esta situación de grave crisis a los países con menos recursos.

La combinación de recursos de aprendizaje asíncronos en un espacio virtual permite desplegar un aprendizaje 360º innovador y práctico. Abordar todos los enfoques de actuación frente al COVID-19 de manera independiente pero correlacionada aporta una visión integral del mismo al participante.

ID: **581**

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ACTIVIDAD DE ATENCIÓN CONTINUADA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN ÁREA SANITARIA

AUTORES: CEDEÑO BENAVIDES, TANIA[1]; MANCHEÑO VILLAREJO, F[2]; MANIEGA CAÑIBANO, M[3]; RODRIGUEZ BLANCO, V[4]; SALDAÑA ALONSO, JR[5]; DIOS DEL VALLE, R[6]

CENTROS DE TRABAJO: GERENCIA AREA SANITARIA[12356], HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2:

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El área tiene asignadas unas 150.000 TSI. Estructurada en 10 zonas básicas de salud con 25 centros de atención primaria. Dispone de 1 Servicio de Urgencias de Atención Primaria y de 10 Puntos de Atención Continuada que atienden las demandas asistenciales fuera de la jornada ordinaria .El covid implicó un cambio brusco en la forma de trabajo de atención primaria, eliminando la actividad por cupos y organizando la actividad por tareas. Deseábamos saber que impacto había tenido esta pandemia en la actividad de atención continuada de un área sanitaria.

OBJETIVOS Conocer el impacto de la pandemia de COVID-19 en la actividad asistencial de atención continuada en atención primaria en un área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS Descriptivo transversal. Período: Se comparan los períodos enero-junio 2019 y 2020; y los periodos marzo-junio del 2019 y 2020. Variables: número consultas en centro y domicilio. categoría profesional. Fecha. Dispositivo. Análisis: distribución porcentual de frecuencias.

RESULTADOS Las consultas médicas se reducen en primer semestre del 2020 respecto al 2019 en 15,25%; y en el período marzo-junio en un 29,13%. En el centro la diminución es mayor 15,99% y 30,63% respectivamente. La atención domiciliaria tuvo una reducción menor, 7,22% y 12,23%. En enfermería paso algo similar: actividad total se reduce en un 19,24% y 34,03%; en el centro 23,7% y 40,39% (primer semestre y estado de alarma respectivamente). En domicilio la reducción fue menor en el caso de enfermería (3,25% y 8,9%). La reducción de la actividad fue menor en el SUAP que en los PAC; incluso en los domicilios de enfermería en el SUAP se incrementaron en 2020 (1,89% y 2,01%) frente a los PAC donde se redujeron (4,46% y 11,37%). Las urgencias en el hospital de referencia disminuyeron en el mismo periodo 17,02% y 30,14% respectivamente.

CONCLUSIONES Haber acabado con el trabajo por cupos podría haber significado un incremento de las visitas a los servicios de urgencias. Pero en nuestro caso esto no se ve reflejado en la actividad; y tampoco vemos un crecimiento de la actividad de urgencias en el hospital de referencia. Quizás el confinamiento provoco una reducción de la incidencia de determinados procesos urgentes asociados por un cambio en los hábitos de vida; quizás el miedo social al coronavirus provoco una reducción de las visitas a los centros sanitarios. Será necesario realizar un mayor seguimiento para valorar si el fin del confinamiento tiene un efecto de rebote sobre la actividad de atención continuada y urgencias al recobrar hábitos de vida previos.

RESIDUOS PATÓGENICOS EN SALA DE EMERGENCIA. LO QUE SOY A TRAVÉS DE LO QUE GENERÓ.

ID: 588

AUTORES: CANO PARRAGA, VIELKA[1]; MENDOZA SANTOS, H[2]; MENDOZA SANTOS, V[3]; FERREYRA, C[4]; STURICH, G[5]; GOMEZ QUIROLA, D[6]

CENTROS DE TRABAJO: SANATORIO PRIVADO LA TORRE[1], MEDIZIN DE SERVICIOS SA[2], HOSPITAL DR VERDI CEVALLOS[3], HOSPITAL DR CESAR MILSTAIN[4], HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CORDOVA[5], CLINICA BE[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE RIESGOS, RESILIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN La Organización de las Naciones Unidas considera la gestión de residuos un servicio esencial frente al coronavirus (ONU, 2020), y su generación de forma segura, acompañado de su buena clasificación en lugares correctamente ubicados y distribuidos, evitara un brote secundario a la contaminación cruzada por mal manejo.

OBJETIVOS General: Analizar en conocimiento, generación y manejo de residuos patógenos por parte de personal del área de emergencias de instituciones sanitarias de gestión pública y privada en la provincia de Buenos Aires, contextualizada en la pandemia por covid-19.

Específicos:
- Definir las variables a estudiar para diseñar la encuesta.
- Analizar el manejo inicial de residuos patógenos, con el fin de evidenciar el diseño de capacitación interna, monitoreo y verificación de los procedimientos relacionados con el tema aplicados al uso.
- Interpretar y analizar si los resultados obtenidos pueden aumentar la posibilidad de crear un brote infeccioso.

MATERIAL Y MÉTODOS Se diseñó una encuesta dirigida a 100 profesionales de las distintas especialidades con actividades laborales en el área de emergencias. La herramienta de recolección de datos fue una encuesta en sistema de Formularios Google, repartidas por diferentes medios electrónicos durante 48 horas continuas.
Con 10 preguntas de respuesta cerrada (Si, No, Tal vez) sobre generación y manejo de residuos patógenos en la emergencia, La opción tal vez se usó cuando tuvieran dudas sobre el tema solicitado. En dicha encuesta se aseguró confidencialidad respecto al anonimato de los encuestados.

RESULTADOS Un alto porcentaje reconoce la diferencia entre residuos patógenos y comunes, el 60% recibió capacitación en el tema y conoce la capacidad de llenado de bolsas y descartadores, el 20 % considera que no hay suficientes recipientes para descarte y el 10% no sabe si la cantidad que hay es la adecuada. El 80% considera que se reemplazan los recipientes cuando completan su capacidad, el 15 % no hay bolsas negras para descartar residuos comunes, el 8% tuvo accidentes punzo-cortantes por material mal descartado y el 15% no usa EPP o no sabe si tiene que usarlos para manipular residuos patógenos.

CONCLUSIONES El análisis de las encuestas refleja una de las realidades sanitarias del país, afirmando que podremos ser buenos en el aprendizaje sobre los residuos pero malos en las buenas prácticas constantes. La gestión sobre los Residuos Patogénicos cobra relevancia, considerando que la etapa de generación y estancia de los mismos es crítica en la cadena de contagios sino se realiza de buena manera. El descarte de todo elemento considerado patogénico debe ser adecuadamente tratado en tiempos y formas, así evitar poner en riesgo a la población por contaminación cruzada.

ID: 589

COMUNIDAD 2.0 ABIERTA PARA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMUNITARIA EN RRSS POR PACIENTES Y PROFESIONALES EN LA COVID19

AUTORES: NEGRON FRAGA, ALICIA[1]; PEREZ PADILLA, V[2]; CAÑABATE GARCIA, R[3]; PERALTA AVELLÁ, M[4]

CENTROS DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID[1], SALUDESFERA[2], ATENCIÓ PRIMÀRIA VALLCARCA-ST. GERVASI[3], CONSELL DE MALLORCA, INGENIERA TÉCNICA DE DESARROLLO, SERVICIO DE PROYECTOS DE MODERNIZACIÓN[4]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: NUEVAS TECNOLOGIAS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, E-SALUD)
ÁREA TEMÁTICA 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN PANDÉMIAS, NOTICAS FALSAS, CÓMO COMUNICAR)

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN Internet apareció hace décadas aumentando en los últimos años con las RRSS. En paralelo los pacientes han asumido un rol más activo modificando su relación con sus proveedores de salud. Demanda la cesación de la relación paternalista y jerárquica; y valora la accesibilidad y horizontalidad. Tras analizar la situación de los servicios sanitarios, un grupo de profesionales y pacientes deciden crear un punto de encuentro 2.0 para el intercambio de información sanitaria de calidad

OBJETIVOS Explorar el potencial de plataformas digitales abiertas y multidireccionales en el ámbito de la salud comunitaria como complemento a las fórmulas de atención sanitaria tradicionales

MATERIAL Y MÉTODOS Equipo multidisciplinar formado por 32 personas de diferentes perfiles sanitarios y no sanitarios, muchos de ellos a su vez pacientes y/o cuidadores. En tormenta de ideas se decide el tema de interés. Las preguntas son propuestas de manera anónima, surgen las 4-5 preguntas clave que se van a lanzar a través de las rrss. De manera prospectiva se realiza la cuantificación de participantes, mensajes e interacciones. Herramientas: RRSS Twitter, Symplur y Twitter analytics, Wakelet, web en WordPress. RRSS: Twitter, Facebook, Instagram, Youtube. StreamYard

RESULTADOS Iniciado el 13-6-2019, se han realizado 14 TuitChats, 3 programas en directo y próximo podcast
La conversación es mucho más amplia midiendo sólo HT #CroniChat durante 7 días. En esa medición se superaron 14 millones de impresiones de 889 cuentas que generan aprox. 3.600 tuits en una reunión
Esta comunidad de e-health es marca de identidad por la confiabilidad de quienes participan, su compromiso y solidaridad como entorno seguro.
Es una red de seguridad para la detección de fake news, bulos…
Creación de redes de apoyo informales sin barreras burocráticas y nuevos proyectos
Formación para profesionales que llega a la experiencia del paciente narrada sin las limitaciones
Para las organizaciones, se trata de un focus group impagable con aportaciones de todos los integrantes del proceso de salud
Proyección internacional para la difusión de información veraz en salud y aportaciones innovadoras

CONCLUSIONES Las RRSS son eficientes en la COVID 19 por el número de usuarios en que impacta y no presencialidad, y comunicación fluida y horizontal
Las comunidades transversales, en donde la voz del paciente cobra más participación, favorecen la reconversión de los roles clásicos de un sistema con una flexibilidad aparentemente limitada.
Detectamos la necesidad de legislación sobre el rol asistencial de nuevas tecnologías con cobertura legal, guías clínicas y protocolos, y CSE; perfil profesional que atienda este servicio. Y alfabetización por parte de expertos en salud digital a políticos, gestores, técnicos, investigadores y profesionales asistenciales.
Este proyecto sigue la filosofía de ODS Agenda 2030 de la ONU como servicio que va más allá de la responsabilidad social corporativa de una sola entidad de salud y que puede beneficiar a toda comunidades con un acceso a internet.

LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DESDE UN EQUIPO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

ID: 592

AUTORES: MARTÍNEZ JAMBRINA, JUAN JOSÉ[1]; GONZÁLEZ ÁLVAREZ, A[2]; PÉREZ GÓMEZ, L[3]; DÍEZ EPIFANIO, H[4]; RAMOS GARCÍA, O[5]; GRANDA MORTERA, JA[6]

CENTROS DE TRABAJO: HOSPITAL SAN AGUSTÍN, AVILÉS[123], INSTITUTO MÉDICOLEGAL[456]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD
ÁREA TEMÁTICA 2: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El suicidio es un grave problema de salud pública y salud mental. Casi un millón de personas se suicidan al año en el mundo. La variabilidad epidemiológica en función de individuos, culturas y lugares geográficos hace muy difícil conocer las causas del problema y establecer tratamientos eficaces que eviten la consumación del acto suicida. En Asturias, los servicios de salud (SESPA) pusieron en marcha hace más de dos años un Protocolo para la Detección y el Manejo de la Conducta Suicida (PDMCS). En el área 3 del SESPA, en Avilés, dicho protocolo se desarrolla de forma estándar desde los Centros de Salud Mental y de forma más intensiva, desde el Equipo de Intervención en Crisis. Cumplidos dos años de la puesta en marcha del Protocolo presentamos los resultados de los pacientes en seguimiento y comparamos las intervenciones desde ambos lugares.

OBJETIVOS

- Comparar la eficacia y efectividad de las distintas intervenciones realizadas con pacientes incluidos en PDMCS.
- Análisis epidemiológico de todos los suicidios ocurridos en el área 3 a través de las fichas de autopsias de los forenses del Instituto Médico Legal del área.

MATERIAL Y MÉTODOS Se usarán los datos recogidos en el PDMCS en la Historia Clínica de cada usuario. Asimismo, las fichas de las autopsias de los suicidios que no estaban en seguimiento ni en PDMCS. El análisis estadístico de las distintas variables será realizado con el paquete informático SPSS.

RESULTADOS

- La puesta en marcha del PPDMCS ha disminuido levemente pero no de forma significativa el número de suicidios en el área en estos dos años.
- Hay diferencias en cuanto al perfil de pacientes seguidos desde el CSM y desde el EIC pero no en cuanto a resultados.

CONCLUSIONES

- La renovación de la asistencia psiquiátrica sin perder la filosofía de la atención pública y comunitaria pasa por incrementar dispositivos móviles con atención domiciliaria intensiva.
- Necesitamos estudios con una muestra mayor y con mayor duración en el tiempo para extraer conclusiones que puedan extrapolarse a la asistencia.
- La puesta en marcha del PPDMCS es muy positiva y hay que proseguir en su consolidación y mejora a la luz de los resultados obtenidos.

ID: 594

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA QUE PERMITE EVALUAR EL BUEN MANEJO DE LOS PACIENTES CON DOLOR ONCOLÓGICO

AUTORES: MARIA LUZ CANOVAS MARTINEZ[1]; J GOMEZ CODINA[2]; C PEREZ HERNANDEZ[3]; M RODRIGUEZ TRUJILLO[4]; J SANCHEZ JIMENEZ[5]; I VELAZQUEZ RIVERA[6]

CENTROS DE TRABAJO: COMPLEXO HOSPITALARIO DE OURENSE[1]; HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE[2]; HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA[3]; CONSORCI SANITARI DE TERRASSA[4]; CENTRO DE SALUD DAROCA[5]; HOSPITAL ALTA RESOLUCION DE GUADIX[6]

TIPO: COMUNICACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 1: ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
ÁREA TEMÁTICA 2: RESULTADOS EN SALUD Y EN CALIDAD

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN El dolor está presente en hasta el 50% de los pacientes de cáncer y hasta el 90% en los estadios terminales, asociado con la progresión de la enfermedad, la mala calidad de vida y el impacto social en los cuidadores. Su control y tratamiento requiere de la participación de diferentes especialistas de los diferentes ambitos del sistema de salud que intervienen en esta situaciones, siendo ello complejo y no siempre facil.

OBJETIVOS Establecer por consenso, con la participación de los profesionales y los pacientes, normas para sentar las bases de la acreditación del tratamiento del dolor oncológico en las organizaciones de nuestro Sistema nacional de Salud, con la finalidad de obtener una herramienta que ayude a los profesionales de la salud en su trabajo de atención a los pacientes que lo sufren y a sus familias/cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODOS En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica de experiencias similares a la norma de acreditación que se proponía o criterios de buena calidad en dolor oncológico. En segundo lugar, se llegó a un consenso de criterios de calidad primero mediante la técnica del Grupo Nominal con la constitución del Grupo Core del Proyecto (14 profesionales de la oncologia, anestesiologia, medicina de familia, enfermeria, psicologia y 1 representante del Foro Español de Pacienes). Posteriormente, mediante la técnica Delphi en la que participaron 56 profesionales y 8 pacientes/cuidadores de todo el Sistema Sanitario Español. El grupo CORE se encargó en todo momento de evaluar las ideas y la propuesta, estableciendo criterios de consenso. Por último, se realizó una prueba piloto en 8 centros del Sistema Nacional de Salud para asegurar su validez y factibilidad a través de la plataforma online (http://acdon.es).

RESULTADOS De la revisión de la literatura se seleccionaron un total de 25 artículos, ocho guías de práctica clínica, cinco informes organizativos y dos de estándares de calidad. Además, se realizaron dos oleadas Delphi para alcanzar el nivel de consenso adecuado en los criterios de calidad. Finalmente, se acordaron 39 estándares para el manejo del dolor del cáncer que fueron autoevaluados en un estudio piloto en 8 centros, siendo el rango promedio de cumplimiento de los criterios entre el 56,4% y el 100%.

CONCLUSIONES Los criterios y estándares acordados podrían producir una adecuada monitorización del dolor del cáncer y asi ayudar a asegurar un acertado tratamiento. Este proyecto tiene por objeto proporcionar a los profesionales de la salud una herramienta que les ayude en su labor de evaluación, control y tratamiento del dolor oncológico.