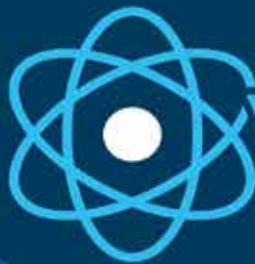


XXXVII Congreso

Sociedad Española
de Calidad Asistencial

Donostia · San Sebastián
23, 24 y 25 de octubre de 2019



jornadas

V. AIKEBI Konekta

Asistentzi Kalitaterako Euskal Batzordea
Asociación Vasca para la Calidad Asistencial

jardunaldiak

www.calidadasistencial.es



SECA
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

FECA
Fundación Española
de Calidad Asistencial

K
Asistentzi kalitaterako
euskal batzordea
Asociación vasca para
la calidad asistencial

Secretaría Técnica:



Azul Congresos, S.L.
Uria, 76 - 1ª Oficina 1 • 33003 Oviedo
Tel. 984 51 604 - 984 051 671
secretariaseca@calidadasistencial.es
www.calidadasistencial.es

EDITA



XXXVII CONGRESO de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL V JORNADAS de la ASOCIACIÓN VASCA PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL

Donostia / San Sebastián · 23, 24 y 25 de Octubre de 2019

ISBN

978-84-09-15497-5

PRESENTACIÓN

El XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) se ha celebrado este año en la ciudad de Donostia-San Sebastián, organizado conjuntamente con la Asociación Vasca para la Calidad Asistencial (AKEB). Donostia-San Sebastián ya fue sede del Congreso de SECA hace 25 años. En el País Vasco también SECA celebró su Congreso el año 2012. Este año gracias a AKEB hemos podido volver a realizarlo los días 23, 24 y 25 de octubre en el Palacio de Congresos y Auditorio Kursaal, bajo el lema “Generando valor en salud. Retos y compromisos”

El Lema del Congreso 2019: “Generando valor en la salud. Retos y compromisos” transmite el espíritu de trabajo en calidad asistencial, procesos de mejora y estrategias de seguridad del paciente. Refleja la forma de hacer sostenible, seguro e innovador nuestro sistema de salud. Para ello estructuramos un programa con las siguientes áreas temáticas:

1. Humanización y empoderamiento	
a.	Responsabilidad social y sanitaria
b.	Ética en la atención
c.	Humanización de los espacios y de las personas
d.	Transparencia
e.	Códigos de conducta
f.	Participación ciudadana como parte del modelo organizativo
2. Transformación digital del sistema sanitario	
a.	Big Data
b.	Historia Clínica Inteligente
c.	Conectividad con el paciente
d.	Luces y sombras de la transformación Digital
3. Modelos organizativos: Equipos y personas	
a.	Gestión clínica
b.	Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación
c.	Gestión de la Innovación
d.	Comunicación y coordinación, el eterno problema
e.	Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo
f.	Participación ciudadana como parte del modelo organizativo
4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad	
a.	Resultados en salud
b.	Experiencia de paciente
c.	Adecuación de la práctica clínica (right care, equidad, etc)
d.	Seguridad del paciente

La SECA y AKEB ofrecen a socios, profesionales de la salud, empresas e instituciones y a todos los ciudadanos este libro de congresos que recoge los trabajos presentados en los tres días de Congreso. En él podéis encontrar los resúmenes de los talleres que se han realizado, de las conferencias, ponencias y mesas temáticas que se han desarrollado en el congreso. También están disponibles todos los resúmenes de las experiencias, investigaciones y proyectos de mejora presentados en el congreso.

Las comunicaciones están ordenadas por fecha y mesa de presentación pero también pueden encontrarse por medio de los índices de autores y de número de identificación de la comunicación.

El Congreso ha sido un espacio de encuentro para compartir conocimiento, debatir los temas más candentes, proponer soluciones innovadoras y crear oportunidades de mejora.

Como novedad, este año podéis seguir en nuestro canal de YouTube algunas las sesiones del Congreso, como la de inauguración, la de las sesiones plenarias y la de clausura. Así mismo podéis ver los numerosos comentarios y reflexiones que sobre el congreso han quedado recogidos en las cuentas de redes sociales de la sociedad: Twitter (@CalidadAsistenc), Instagram (CalidadAsistenc) y en la página de Facebook (CalidadAsistenc) con el Hashtag #SECA19.

Esperamos que este libro os resulte una herramienta útil, de consulta, trabajo y propuestas de mejora continua en Calidad y Seguridad.

Todos contamos para construir una atención sanitaria de Calidad y Segura.

Manel Santià
Presidente SECA

Rosa M. Valverde
Presidenta AVCA-AKEB

XXXVII CONGRESO de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL V JORNADAS de la ASOCIACIÓN VASCA PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL

Donostia / San Sebastián · 23, 24 y 25 de Octubre de 2019

COMITÉ DE HONOR

Excma. Sra. Nekane Murga Eizagaechearria
Consejera de Salud

COMITÉ CIENTÍFICO

Coordinación

D.^a Pilar Astier Peña

Secretaria de SECA. Coordinadora Comité Científico

D.^a Itziar Lanzeta Vicente

Tesorera de AKEB. Coordinadora Comité Científico

Vocales

D.^a M^a Luisa Torijano Casalengua

Casalengua. Vocal SECA

D.^a M^a José Bueno Domínguez

Vocal SECA

D. Vicente Herranz González

Vocal SECA

D.^a Pastora Pérez Pérez

Vocal SECA

D. Julián Alcaraz Martínez

Presidente SOMUCA - Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

D.^a M^a Eugenia Llana Velasco

Presidente PASQAL-Asociación de Calidad Asistencial del Principado de Asturias

D. Fernando Simarro Mir

Presidente SOVCA - Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial

D.^a Montserrat Gens Barbera

Presidente SCQA - Sociedad Catalana de Calidad Asistencial

D.^a Carmen Pérez Habas

Presidente SCLM - Sociedad Castellano Manchega de Calidad Asistencial

D. Víctor Reyes Alcázar

Presidente SADECA - Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

D. Carlos Mora Lourido

Presidente ACCA - Asociación Canaria de Calidad Asistencial

D.^a Inmaculada Mediavilla Herrera

Presidente AMCA - Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

D.^a Maite Bacigalupe Artacho

Calidad y Sistemas de Información. Dirección General de Osakidetza

D. Julen Ballestero Zarraga

OSI Barakaldo - Sestao

D.^a Susana Fernández-Monge González-Audicana

Vocal de AKEB

D.^a Inés Gallego Camiña

Innovación y Calidad. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

D.^a Rosa M^a González Linares

Servicio de Integración Asistencial y Cronocidad de Osakidetza

D.^a Carmen Matthies Baraibar

Vocal de AKEB

D. Félix Rivera Sanz

Calidad y Apoyo a las Unidades Docentes e Investigación del Servicio Riojano de Salud

D. Rafael Sánchez Bernal. Gestión Sanitaria

Red de Salud Mental de Álava

D.^a Elena Seral Muño

Hospital San Rafael de los Hermanos de San Juan de Dios. Pozuelo de Alarcón (Madrid)

D.^a Carmen Silvestre Busto

Calidad Asistencial y Seguridad Clínica. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

D. Manel Santiñá Vila

Presidente SECA - FECA y coordinador de comités

D.ª Rosa M. Valverde Citores

Presidenta AVCA - AKEB. Coordinadora Congreso

Tesorero

D. Rafael Gomis Cebrian

Tesorero SECA - FECA

Secretario

D. David Cantero González

Secretario AVCA - AKEB

Vocales

D.ª Laura Aguirre Alberdi

OSI Goiaerri - Alto Urola

D. Andoni Arcelay Salazar

Osakidetza

D.ª Maria Francesca Çerdó i Pasqual

Matia Fundazioa

D.ª Miren Fernandez Mujika

Mutualia

D.ª Marbella García Urbaneja

OSI Debabarrena

D. Jon Guajardo Remacha

OSI Barrualde - Galdakao

D. Emilio Ignacio García

D. Jose Manuel Ladrón de Guevara Portugal

OSI Bidasoa

D. Jesús Larrañaga Garitano

OSI Araba

D. Ander Larrazabal Bilbao

Hospital de Laredo

D. Eduardo Maiz Olazabalaga

OSI Bilbao - Basurto

D. Roberto Nuño Solinis

Deusto Business School - Health

D. Santiago Rabanal Retolaza

OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

D. Fernando Ramos D'Angelo

Presidente de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

D.ª Arantxa Retes Saratxaga

OSI Donostialdea

D. Mikel Tellaeché Reparaz

Hospital Aita Menni

D.ª Isabel Urrutia Johansson

Grupo IMQ

D. Joseba Vidorreta Gómez

Grupo Quirón

PROGRAMA

MIÉRCOLES, 23 DE OCTUBRE

10:00 - 14:00

TALLERES

Coordinadoras: *Itziar Lanzeta y Carmen Matthies*. (Miembros Comité Científico)

- **Taller 1: Visual thinking.** (Sala 10B)
Docente: *Mercedes Corretge Arrastia*
- **Taller 2: Inteligencia Artificial. Un tsunami que está en la costa.** (Sala 5)
Docente: *Aitor Moreno Fernández de Leceta*
- **Taller 3: Utilización de herramientas digitales en la práctica clínica.** (Sala de Cámara)
Docente: *Antonio Muñoz de Mesa / Jordi Monedero*
- **Taller 4: Planes de crisis ante eventos adversos graves con adecuada respuesta a pacientes y familias, profesionales y a la propia institución.** (Sala 3)
Docentes: *Elena Zavala Aizpurua / Rosa Añel Rodríguez / Carmen Silvestre Busto / M^a Pilar Astier Peña*
- **Taller 5: El paradigma del Big Data Analytics: para qué y por qué.** (Sala 4)
Docente: *Alex Rayón Jerez*
- **Taller 6: ¿Es posible comunicarnos mejor? Cómo hablar y que te escuchen. Comunicación eficiente en distintas situaciones clínicas y de gestión.** (Sala 1)
Docente: *Rafael Lledó Rodríguez*
- **Taller 7: Lean Health: Balio Flow Edu.** (Sala 2)
Docentes: *Toni Campos Rubiño / Ponciano Ibarreche Altube*
- **Taller 8: Despierta tu alegría.** (Sala 7)
Docente: *Virginia Perales Hidalgo*
- **Taller 9: Cómo elaborar el mapa del talento de tu organización.** (Sala 10A)
Docente: *Ana Sedano Martínez*
- **Taller 10: La pirámide invertida de SAVON: hacia la compra por valor.** (Sala 6)
Docente: *Pedro Novás Rodríguez*
- **Taller 11: Transporte IntraHospitalario con Drones: Posible técnicamente, proyecto OsasunDrone.** (Sala de Cámara)
Docente: *Ander García Barroso / Asier Urrutia Egaña*
- **Taller 12: Comunicación presencial efectiva en la época de las nuevas tecnologías.** (Sala 9)
Docente: *Emilio Rodríguez Bilbao*

14:00

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN (Hall Principal Nivel 0)

14:00 - 15:15

SESIÓN TÉCNICA

SESIÓN TÉCNICA 0: "EXPERIENCIAS DE ÉXITO EN INTEGRACIÓN ASISTENCIAL PARA LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA". (Sala 1)

Modera: *Inmaculada Mediavilla*. (Coordinadora de Calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Presidenta de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA))

Ponencias:

- **Herramientas de gestión del cambio para la implementación de procesos asistenciales integrados.**
Ponente: *Jon Segovia*. Deusto Business School

● **Rutas asistenciales como estrategia de gestión y transformación del modelo asistencial.**

Ponente: *Juan Gallud*. Jefe del Servicio de Transformación del Modelo Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana

● **Mejora del proceso asistencial en enfermedades poco frecuentes.**

Ponente: *Águeda Aurtenetxe*. Servicio de Neumología. Hospital de Basurto

Sesión Técnica Patrocinada por MSD

15:30 - 16:30

MESA TEMÁTICA, ESPACIO SECA Y DEFENSA DE COMUNICACIONES

● **MESA TEMÁTICA 1: EQUIPOS Y PERSONAS.** (Sala de Cámara)

Modera: *Carmen Matthies Baraibar*. (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

● **Rediseñar nuestras organizaciones con un nuevo estilo de relaciones.**

Pablo Aretxabala Pellón. K2K Emocionando

● **Buenas prácticas en el ejercicio directivo con impacto en la satisfacción profesional y en los resultados.**

José Luis Gutiérrez Sequera. Gerente Regional de Acceso al Mercado en Laboratorios SERVIER

● **Profesionales que aprenden, en organizaciones que aprenden. El aprendizaje organizacional como factor de éxito**

Armando Romanos Rodríguez. IAVANTE

● **ESPACIO SECA: ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE CALIDAD.** (Sala 2)

Modera: *Fernando Ramos D'Angelo*. (Miembro Comité Organizador)

Ponentes:

● **Aplicación para la acreditación de unidades de calidad asistencial. SECA/FECA.**

Andreu Aloy Duch

● **Experiencia del proceso de acreditación de una unidad de calidad asistencial.**

Biel Fortuny

DEFENSA DE COMUNICACIONES. (Salas 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10A y 10B)

16:30 - 18:00

CONFERENCIA PLENARIA I: HUMANIZACIÓN Y EMPODERAMIENTO.

 (Sala de Cámara)

Modera: *Jesus Larrañaga Garitano*. (Miembro Comité Organizador)

Ponentes:

● **La aportación de la ética a la calidad asistencial.**

Koldo Martínez Urionabarrenechea. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

● **Humanización de la asistencia sanitaria: de la teoría a la práctica.**

Gabriel Heras La Calle. Proyecto HU-CI

● **Las personas en el centro de la atención: humanizando la atención sociosanitaria.**

Naiara Fernández Gutiérrez. IMQ IGURCO

18:00 - 18:30

ACTO INAUGURAL.

 (Sala de Cámara)

18:30 - 19:30

CONFERENCIA INAUGURAL.

 (Sala de Cámara)

"El Paciente 4.0. Una realidad tras 30 años de internet".

Ponente: *Antonio Muñoz De Mesa*

19:30

ACTO DE BIENVENIDA.

 (Sala de Cámara)

8:30 - 10:00

MESAS TEMÁTICAS Y DEFENSA DE COMUNICACIONES.

MESA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE. (Sala de Cámara)

Modera: *M^a Pilar Astier Peña*. (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

- **Los sistemas de notificación y registro de eventos adversos desde la perspectiva jurídica. Criterios para una reforma legal.**
Asier Urruela Mora. Universidad de Zaragoza
- **Seguridad de Pacientes: ¿aportan algo los procesos asistenciales integrados?**
Ana Belén Pérez Jiménez. Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura
- **90 días para mejorar la seguridad del paciente.**
Vicente Santana López. Observatorio de seguridad del paciente de Andalucía

MESA TEMÁTICA 3: LO QUE NO TE PUEDES PERDER. (Sala 2)

Modera: *Fernando Simarro Mir*. (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

- **Cuidando la transición: de niño a adulto, siempre acompañado.**
Enrique La Orden Izquierdo. Hospital Universitario Infanta Elena
- **Hospital 4.0: implementación tecnológica desde las personas.**
Rubén I. García Fernández. OSI EE Cruces - IIS Biocruces Bizkaia.
- **Comunicación y coordinación, claves para garantizar la integración.**
Aitziber Barandiaran Igoa. OSI Goierri Alto Urola.
- **"Aprender haciendo" y "proceso enfermero": 2 metodologías que mejoran el estilo de vida de los estudiantes de enfermería.** *Francisco Javier Pérez Rivas*. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.
- **La tecnología como facilitadora de la atención basada en el valor.**
Yolima Cossio Gil. Hospital Universitario Vall d' Hebron.
- **Mejora de la calidad de la atención en consulta a través del rediseño de procesos.**
David Rodríguez Morales. Hospital Universitario Infanta Elena.

DEFENSA DE COMUNICACIONES. (Salas 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10A y 10B)

10:00 - 11:30

CONFERENCIA PLENARIA II: MEDICIÓN DEL VALOR. (Sala de Cámara)

Modera: *Rosa M^a Valverde Citores*. (Presidente AKEB. Miembro Comité Organizador)

Ponentes:

- **¿De qué hablamos cuando hablamos de valor?**
Jordi Varela Pedragosa. Consultor especializado en "right care" y gestión clínica
- **Implantación del concepto de VBHC en una Organización Sanitaria.**
Santiago Rabanal Retolaza. OSI Euzkeraldea-Enkanterri-Cruces
- **Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. BDCAP.**
María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

11:30 - 12:00

CAFÉ. (Sala de Banquetes)

MESAS TEMÁTICAS Y DEFENSA DE COMUNICACIONES

MESA TEMÁTICA 4: EXPERIENCIA Y PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE. (Sala de Cámara)

Modera: *Javier Hugo Duque Arimany*. (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

- **La participación de los pacientes en Red como punto de mejora de la asistencia sanitaria.**
Adrián Sarriá. Asociación FFpaciente
- **Pacientes y familiares como auditores de prácticas seguras.**
Isabel Rodrigo Rincón. Complejo Hospitalario de Navarra
- **Empoderamiento Paciente, Paciente Experto.**
Begoña Martín Bielsa. Asociación castellanomanchega de enfermedades neuromusculares

Mesa Temática Patrocinada por QUIRON SALUD

MESA TEMÁTICA 5: HUMANIZACIÓN DE ESPACIOS Y PERSONAS. (Sala 2)

Modera: *Joseba Julen Ballestero*. (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

- **Proyecto de Humanización EOXI Lugo, Cervo y Monforte 2011-2019.**
Gloria Enríquez Sanjurjo. Humanización EOXI Lugo, Cervo y Monforte
- **Humanización, sin paredes.**
Marta del Olmo Rodríguez. Fundación Jiménez-Díaz
- **La Ambulancia del Deseo: una oportunidad para cumplir la voluntad y necesidades emocionales de los pacientes.**
Manuel Pardo Ríos. Fundación Ambulancia del último deseo

DEFENSA DE COMUNICACIONES. (Salas 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10A y 10B)

SESIONES TÉCNICAS

SESIÓN TÉCNICA 1: "DOLOR: LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL". (Sala 1)

Modera: *Paloma Casado*. Médico experta en Gestión Sanitaria y Calidad. Unidad de Calidad Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Ponentes:

- **Telemonitorización y teleasistencia mediante apps. ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?**
Carlos Suso Ribera. Profesor Ayudante Doctor. Laboratorio de Psicología y Tecnología. Universitat Jaume I. Castellón de la Plana.
- **La aplicación de la Inteligencia Artificial al tratamiento del dolor: El proyecto ATTEND.**
D. Enrique Báñez Hernández. Unidad del Dolor del Hospital Universitario de Araba. Vitoria.

Sesión Técnica Patrocinada por GRUNENTHAL

SESIÓN TÉCNICA 2: "LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTICOAGULADO DESDE UNA PERSPECTIVA DE 360º".

(Sala 10B)

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

Ponentes:

- *D.ª Amparo Santamaria*. Jefa de Sección de la Unidad de Hemostasia y Trombosis. Hospital Univ. Vall d' Hebrón.
- *D.ª María Dolores Conejos*. Técnico de Calidad en la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid.
- *D. Rafael Martínez*. Presidente de FEASAN (Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados).

Sesión Técnica Patrocinada por BAYER

SESIÓN TÉCNICA 3: “360º EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. EL RETO ES MEJORAR EN LA PARTICIPACIÓN DE TODOS”. (Sala 4)

Modera: *D.ª Mª José Bueno Domínguez*. Vocal SECA-FECA

Ponentes:

D.ª Ana Rodríguez Cala. Directora de Estrategia y Responsabilidad Social Corporativa en Institut Català d’Oncologia (ICO) y responsable del Comité de RSC y Ética de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

Sesión Técnica Patrocinada por SEDISA

SESIÓN TÉCNICA 4: “ESTANDARIZANDO RESULTADOS EN SALUD MEDIANTE LA INICIATIVA ICHOM PARA LA GESTIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL ESPAÑOLA”. (Sala 3)

Modera: *Dr. Vicente Escudero*. Hospital Gregorio Marañón

Ponentes:

- *Raúl Díez*. Farmacéutico responsable del Área de Farmacia oncológica del HUG. Hospital Universitario de Getafe.
- *Bartomeu Massuti*. Jefe de Servicio de Oncología Médica, del Hospital General de Alicante
- *Maribel Romo*. Jefa de la Unidad de Gestión Sanitaria, OSI Barrualde-Galdakao

Sesión Técnica Patrocinada por BRISTOL MYERS SQUIBB

SESIÓN TÉCNICA 5: LA DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON ENFERMEDAD, UNA CUESTIÓN DE SEGURIDAD, CALIDAD Y EFICIENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO. (Sala 5)

Modera: *Dr Julián Alcaraz*. Presidente de la sociedad murciana de calidad asistencial (SOMUCA). Miembro Comité Científico

Ponentes:

Dra. Julia Álvarez Hernández. Jefe de la Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

Sesión Técnica Patrocinada por NESTLÉ HEALTH SCIENCE

SESIÓN TÉCNICA 6: “LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LAS MUTUAS DE TRABAJO. GENERANDO VALOR EN SALUD: MEDICIÓN, HUMANIZACIÓN Y MODELO ORGANIZATIVO”. (Sala 2)

Presentación: **La noción de valor en las mutuas.** *Rafael Manzanera*. MC Mutual

Ponentes:

- **¿Coinciden pacientes y profesionales en sus valoraciones?.**
Xavier Farrús. MC Mutual
- **Enfermedades profesionales y valor en salud.**
Manel Vázquez. Asepeyo
- **Usuarios y políticas de humanización.**
Karmele Araujo. Mutualia
- **Valor en salud y organización clínica.**
Federico Báez. FREMAP
- **Paciente digital en el seguimiento de la ITCC.**
Miguel Angel Lorenzo. Ibermutuamur.
- **Desarrollos del valor en salud en las mutuas (Conclusiones).**
Rafael Manzanera. MC Mutual

Sesión Técnica Patrocinada por MUTUAS

SESIÓN TÉCNICA 7: “LA EXPERIENCIA DE UNA RUTA ASISTENCIAL, O COMO INTENTAR CAMBIAR UN PARADIGMA SIN MORIR EN EL INTENTO”. (Sala 7)

Modera: *Dña. Rosa Mª Valverde Citores*. (Presidenta AKEB. Miembro Comité Organizador)

Ponentes:

D. Antonio Fornos Garrigós. Director AP departamento Valencia. Hospital General. Coordinador del GTECV de la So-VaMFyC

Sesión Técnica Patrocinada por BOEHRINGER INGELHEIM

SESIÓN TÉCNICA 8: “ESTÁNDARES PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CEFALEA”. (Sala 8)

Modera: *D. Emilio Ignacio García*. Profesor UCA.

Ponentes:

- **La cefalea. Dimensión de la patología y abordaje.**

M^a Dolores Jiménez, MD, PhD. Jefe de Servicio de Neurología y Neurofisiología. Directora de la Unidad Clínica de Neurociencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Profesor titular de Medicina. Universidad de Sevilla

- **La ruta del paciente con cefalea e hitos fundamentales.**

Almudena Layos-Romero. Neuróloga Hospital Universitario de Albacete

Sesión Técnica Patrocinada por NOVARTIS

SESIÓN TÉCNICA 9: “NUEVAS MÉTRICAS PARA LOGRAR UNA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA QUE SUFRE DIABETES”. (Sala 9)

Modera: *D. Víctor Reyes Alcázar*. Presidente SADECA.

Ponentes:

- **Indicadores y métricas desde la perspectiva de la evaluación y la acreditación.**

Julián Vitaller Burillo

- **Indicadores y métricas desde la perspectiva de la gestión.**

Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria

- **Indicadores y métricas desde la perspectiva de la clínica.**

Ana Miquel Gómez

Sesión Técnica Patrocinada por BOEHRINGER INGELHEIM

SESIÓN TÉCNICA 10: “ENFOQUE Y DESPLIEGUE INSTITUCIONAL DE LA RSC: UNA VISIÓN PRÁCTICA”. (Sala 10A)

Modera: *D. Ángel Gil de Miguel*. Director de la cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la URJC

Ponentes:

- *Alberto Pardo Hernández*. Subdirector General Calidad Asistencial. Consejería Sanidad Madrid. Profesor Asociado URJC

- *Ramón Frexes Illueca*. Government Affairs Director en Janssen-Cilag

Sesión Técnica Patrocinada por URJC – JANSSEN

SESIÓN TÉCNICA 11: “CALIDAD ASISTENCIAL EN DOLOR ONCOLÓGICO”. (Sala de Cámara)

Modera: *D. Manel Santiñà Vila*. Presidente SECA-FECA

Ponentes:

- *Concepción Pérez*. Jefe Unidad de la Unidad del dolor del Hospital Universitario de la Princesa

Ignacio Velázquez. Jefe de la Unidad del Dolor del Hospital de Alta Resolución de Guadix

- *Claudio Calvo*. Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Pamplona

José Luis Baquero. Director y coordinador Científico del Foro Español de Pacientes.

- *Jimmy Martin* - Grupo de Investigación Atenea. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitario y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO)

Sesión Técnica Patrocinada por FERRER

SESIÓN TÉCNICA 12: “EL PAPEL DE LA ASEGURADORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. HERRAMIENTAS Y ANÁLISIS DE LA SINIESTRALIDAD”. (Sala 6)

Modera: *Mónica García Bergon*. Risk Manager Sham España

Ponentes:

- *Dr. Frédéric FUZ*. Director Gestión de Riesgos, Sham España

- *Dr. Josep Benet*. Médico Perito, Sham en España

- *Pr. Carles Martin Fumato*. Médico Forense, Responsable de la Unidad de Medicina Legal en el SRP del COMB

Sesión Técnica Patrocinada por SHAM

14:30 - 16:00

ALMUERZO DE TRABAJO (Sala de Banquetes)

16:00 - 17:00

MESAS TEMÁTICAS Y DEFENSA DE COMUNICACIONES

MESA TEMÁTICA 6: ÉTICA EN LA ATENCIÓN Y CÓDIGOS DE CONDUCTA. (Sala de Cámara)

Modera: *M^a Elena Seral Muñío*. (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

- **De normas y virtudes en la atención directa.**
Xabier Etxebarria Mauleón. Universidad de Deusto
- **La atención a las personas desde la deontología médica.**
Jacinto Bátiz Cantera. Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC)
- **¿Qué tiene que ver el género con la calidad asistencial?**
Ana Porroche Escudero. NIHR CLAHRC NWC, Lancaster University

MESA TEMÁTICA 7: REDES SOCIALES Y SALUD DIGITAL. (Sala 2)

Modera: *M^a Eugenia Llana Velasco*. (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

- **Comunicar mejor al paciente: Una experiencia utilizando las redes sociales.**
Javier Extramiana Cameno. Urología. OSI Araba
- **Profesionales sanitarios, pacientes y periodistas, unidos contra los bulos de salud.**
Carlos Mateos. Salud sin bulos
- **Redes sociales de pacientes: pasado y presente... ¿Pasa su futuro por el diseño persuasivo?.**
Manuel Armayones. Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

DEFENSA DE COMUNICACIONES. (Salas 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10A y 10B)

17:00 - 18:00

CONFERENCIA PLENARIA III: TRANSFORMACIÓN DIGITAL. (Sala de Cámara)

Modera: *Manel Santiñà Vila*. (Presidente SECA. Miembro Comité Organizador)

Ponentes:

- **Transformación del modelo asistencial dirigida por el paciente: El gran cambio en el modelo de servicio.**
Ángel Blanco Rubio. Organización, Procesos, TI y Digital QuironSalud
- **Activa tu Transformación Digital con éxito.**
Manuel Guedes Hernández. Habemus Digital

18:00 - 19:30

MESAS TEMÁTICAS Y DEFENSA DE COMUNICACIONES

MESA TEMÁTICA 8: RESULTADOS EN SALUD. (Sala de Cámara)

Modera: *M^a Luisa Torijano Casalengua*. (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

- **Oftalmología basada en resultados.**
Gonzaga Garay Aramburu. Oftalmología OSI Araba
- **Indicadores básicos de calidad en oncología para la toma de decisiones: Resultados 2012-2018.**
Ángel Vidal Milla. Instituto Catalán de Oncología (ICO)
- **Lo más caro en neurocirugía son las secuelas.**
Iñigo Pomposo Gaztelu. Neurocirugía. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

MESA TEMÁTICA 9: BIG DATA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL. (Sala 2)

Modera: *Víctor Reyes Alcázar*. (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

- **El Programa BIFAP: La historia clínica electrónica de atención primaria en beneficio de la investigación en salud en el ámbito público.**

Miguel Ángel Maciá Martínez. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

● **El paradigma del Big Data Analytics: ¿por qué y para qué?**

Alex Rayón Jerez. Director Deusto BigData

● **Big Data e Inteligencia Artificial en el sector Salud: retos y oportunidades.**

Eva Aurín Pardo. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

● **MESA TEMÁTICA 10: GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN.** (Sala 1)

Modera: *Inés Gallego Camiña.* (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

● **Innovación en salud una oportunidad para gestionar entornos inciertos.**

Rodrigo Gómez Ruiz. Experto en Innovación y Gestión del Conocimiento

● **Gestión de la innovación en organizaciones sanitarias: transformación e impacto.**

Gloria Palomar Frías. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí

● **¿Innovar o gestionar la innovación?**

Oscar Moracho Del Río. Consultor Internacional en Salud

● **DEFENSA DE COMUNICACIONES.** (Salas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10A y 10B)

19:30

ASAMBLEA SECA. (Sala de Cámara)

21:30

CENA DEL CONGRESO

VIERNES, 25 DE OCTUBRE

09:00 - 10:30

DEFENSA COMUNICACIONES (Todas las Salas)

10:30 - 12:00

CONFERENCIA PLENARIA IV: MODELO ORGANIZATIVO, EQUIPOS Y PERSONAS.

(Sala de Cámara)

Modera: *Miren Fernández Mujika.* (Miembro Comité Organizador)

Ponentes:

● **Gestión del conocimiento: claves y retos.**

Josune Retegi Ormazabal. OSI Donostialdea

● **Innovar con nuestros profesionales apostando por su talento.**

Ana Sedano Martínez. Instituto Catalán de Oncología

● **El desarrollo competencial de los profesionales como parte del modelo organizativo.**

Corpus Gómez Calderón. Marina Salud

12:00 - 13:30

MESA MEJORES COMUNICACIONES. (Sala de Cámara)

Modera: *Itziar Lanzeta Vicente.* (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

● **Innovación de procesos: creación de una unidad piloto para el paciente frágil en urgencias. Un reto para el futuro.**

Raquel Benavent Boladeras. Hospital General de Granollers

● **Gestión de la demanda, desarrollo competencial de enfermería.**

Izaskun Morán Valle. Hlleuger Cambrils

● **Resultados en salud: hablando de valor, hablando de salud alcanzada, hablando de riesgo.**

Elena Bartolomé Benito. Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid

● **Cambio en la forma de preguntar a nuestros pacientes.**

Margarita Guzmán Alonso. OSI Ezkerraldea-Enkarterril-Cruces, Hospital de Cruces

13:30 - 14:00

**CONFERENCIA DE CLAUSURA:
CLAVES PARA LA TRANSFORMACIÓN SANITARIA.** (Sala de Cámara)

Modera: *David Cantero.* (Miembro Comité Organizador)

Ponentes:

Rubén Llop. Institute for Transformational Leadership

14:00 - 14.30

ACTO DE CLAUSURA. (Sala de Cámara)

TALLERES

TALLER 1: VISUAL THINKING

D.ª Mercedes Corretge Arrastia.

TALLER 2: INTELIGENCIA ARTIFICIAL. UN TSUNAMI QUE ESTÁ EN LA COSTA

D. Aitor Moreno Fernández de Leceta

TALLER 3: UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DIGITALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

D. Antonio Muñoz de Mesa

TALLER 4: PLANES DE CRISIS ANTE EVENTOS ADVERSOS GRAVES CON ADECUADA RESPUESTA A PACIENTE Y FAMILIAS, PROFESIONALES Y A LA PROPIA INSTITUCIÓN

D.ª Elena Zavala Aizpura / D.ª Rosa Añel Rodríguez

TALLER 5: EL PARADIGMA DEL BIG DATA ANALYTICS: PARA QUÉ Y POR QUÉ

D. Alex Rayón

TALLER 6: ¿ES POSIBLE COMUNICARNOS MEJOR?

COMO HABLAR Y QUE TE ESCUCHEN. SUBTÍTULO:

COMUNICACIÓN EFICIENTE EN DISTINTAS SITUACIONES CLÍNICAS Y DE GESTIÓN

D. Rafael Lledó Rodríguez

TALLER 7: TALLER LEAN HEALTH: BALIO FLOW EDU

D. Toni Campos Rubiño / D. Ponciano Ibarreche Altube

TALLER 8: RISOTERAPIA

D.ª Virginia Perales Hidalgo

TALLER 9: CÓMO ELABORAR EL MAPA DEL TALENTO DE TU ORGANIZACIÓN

D.ª Ana Sedano Martínez

TALLER 10: LA PIRÁMIDE INVERTIDA DE SAVON:

HACIA LA COMPRA POR VALOR

D. Pedro Novás

TALLER 11: OSASUNDRON, DRONES Y TRANSPORTE SANITARIO

D. Ander García Barroso / D. Asier Urrutia Egaña

TALLER 12: COMUNICACIÓN PRESENCIAL EFECTIVA

EN LA ÉPOCA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

D. Emilio Rodríguez Bilbao



TALLERES

TALLER 1. VISUAL THINKING

D.ª Mercedes Corretge Arrastia.

¿Cuál es su opinión sobre las líneas temáticas este año del congreso? ¿En qué línea temática se enmarca su taller?

Considero que las líneas programáticas del congreso abordan cuestiones de clave en la buena gestión y en el desarrollo de la calidad asistencial.

Me interesan especialmente las áreas temáticas 1 y 3: “Humanismo y empoderamiento” y “Modelos organizativos: equipos y personas”.

Mi taller estaría englobado precisamente en el área “Humanismo y empoderamiento”, ya que se trata de trabajar en una manera motivadora, innovadora y accesible de comunicarse con los pacientes.

Núcleo del taller “Visual Thinking: pensamiento visual en la comunicación con el paciente”.

El núcleo de este taller es aproximarse al Visual Thinking o pensamiento visual, una innovadora metodología de comu-

nicación, y a su potencial en el ámbito de la relación con el paciente.

¿Por qué nos animaría a asistir al mismo?

Porque es una metodología útil y atractiva. Pese a lo que pueda parecer, no es necesario saber dibujar para poder trabajar con Visual Thinking: se trata de sintetizar contenido de diversa índole, a través de dibujos esquemáticos y sencillos (lo que se conoce como dibujo de concepto) y de palabras claves y mensajes significativos.

Además de las claves teóricas de esta metodología, en el taller se van a practicar diferentes herramientas, todas ellas enfocadas a mejorar la comunicación con los pacientes en diferentes momentos de la asistencia sanitaria.

Además se va hacer referencia a la comunidad “Medicina Gráfica” y al trabajo que vienen desarrollando en España.

TALLER 2. INTELIGENCIA ARTIFICIAL. UN TSUNAMI QUE ESTÁ EN LA COSTA

D. Aitor Moreno Fernández de Leceta

¿Cuál es su opinión sobre las líneas temáticas este año del congreso? ¿En qué línea temática se enmarca su taller?

El mundo de la salud está viviendo en los últimos años una revolución en cuanto a la ayuda en la toma de decisiones médicas. Esta revolución viene dada por la aplicación de técnicas de Inteligencia Artificial en los distintos ámbitos clínicos, hospitalarios, terapéuticos y en la gestión de los procesos asistenciales. La Inteligencia Artificial, básicamente, trata de dejar a las máquinas el arduo trabajo de analizar los datos en bruto, buscar correlaciones entre los distintos campos, descubrir qué indicadores tienen correlación unos con otros, y en definitiva, descargar a los expertos de la tarea de realizar análisis manuales (excel, tablas dinámicas, , historiales clínicos, imágenes, cuadros de mando), para centrar dicho tiempo de análisis en algo con mucho más valor añadido: comprender qué es lo que realmente está ocurriendo, y tomar las decisiones adecuadas. Aplicadas en entornos industriales de marketing, sociales y bancarios, esta tecnología, hiper-madura hoy en día, parece que encaja como un guante en los entornos médicos, principalmente en la optimización de diagnósticos y tratamientos, y sin embargo, está en ciernes en este contexto. Seguramente, una de las razones sea que las empresas TICs se han acercado mucho al mundo médico desde el prisma de la gestión, y poco en el tratamiento más avanzado de la información. Pero la información médica recogida diariamente, aquella que es relevante y transaccional, es usualmente, muy buena y cada vez más elevada.

Los análisis médicos clásicos tienen un fuerte componente causalidad->efecto: lo que se está proponiendo, desde esta nueva visión, es completamente diferente: los datos, por estar registrados en una secuencia temporal, y tener multitud de variables que pueden alterar los resultados, intrínsecamente, tienen una historia que contar, que va desde los resultados hasta los condicionantes, justo al revés que el análisis clásico.

El taller propuesto se enmarca en la explicación de forma divulgativa de qué es la Inteligencia Artificial, que soluciones suministra a los expertos en el contexto médico, para qué se debe utilizar, y cuáles son las ventajas que esta tecnología suministra a día de hoy en el contexto sanitario.

¿Podría comentarnos cuál será el núcleo de su taller?

El contenido principal del taller es explicar en primer lugar, en qué consiste la Inteligencia Artificial, las distintas tecnologías

que lo componen, cuál es la ventaja sobre los sistemas clásicos de gestión de la información, que tipo de proyectos y funcionalidades solucionan, aplicados a casos reales de uso médico, tales como la ayuda en el perfilado de pacientes, las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas, la investigación aplicada a la correlación entre perfiles ómicos, clínicos, y físicos, la gestión automática de texto libre en historiales clínicos, la codificación médica, el tratamiento de imagen, la gestión de sistema no invasivos, la investigación básica ómica y clínica o la adherencia farmacológica. Se explicará cómo funcionan estos sistemas a nivel descriptivo, predictivo y prescriptivo, y se mostrarán ejemplos reales de soluciones aplicadas a estos contextos. Finalmente, se mostrarán distintos ejemplos prácticos centrados en el perfilado de pacientes, extracción de correlaciones automáticas en base a objetivos concretos de investigación, generación de patrones automáticos de recomendaciones, generación de “workflows” de forma desasistida en función de históricos de procesos, análisis de historiales clínicos y tratamiento de imágenes médicas, aplicando distintas técnicas de Inteligencia Artificial, como los son “Machine Learning”, “Text Mining”, “Process Mining”, “Semántica” y “Deep Learning”, entre otras, de una forma sencilla y aplicada.

¿Por qué nos animaría a asistir al mismo?

La Inteligencia Artificial ha llegado para quedarse, y la potencia que suministran estos sistemas a la hora de gestionar la información convirtiéndola en conocimiento efectivo a la hora de acelerar la toma de decisiones se ha convertido en un motor revolucionario que está afectando a todos los contextos de nuestra vida cotidiana, y también, cómo no puede ser de otra manera, integrándose en el entorno médico. Conocer cómo funciona, para qué se está utilizando, y acercarse a este nuevo “tsunami” es vital de cara a comprender hacia dónde se dirige la tecnología analítica hoy en día. La utilización o no de técnicas de Inteligencia Artificial en el día a día de nuestro negocio está comenzando a crear una brecha entre organizaciones importantes, principalmente en la generación de modelos de negocio que va a obligar a un acercamiento a la información de una manera totalmente diferente a la actual, y quién no esté en esta nueva “ola disruptiva” es probable que se vea relegado en la optimización de sus procesos. Por ello es tan importante un primer acercamiento a este mundo tan apasionante de la Inteligencia Artificial.

TALLER 3. UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DIGITALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

D. Antonio Muñoz de la Mesa

Son 2 talleres de 105 min cada uno. El núcleo del taller es que las RRSS y la digitalización de la vida han cambiado el mundo, un hecho que estamos obviando en los hospitales. Se va a hacer un repaso a:

- RRSS más importantes y cómo se usan actualmente.
- Repaso del concepto de REPUTACIÓN ONLINE y daremos trucos de cómo mantenerla bien sin mucho esfuerzo.
- Repaso de Buenas prácticas de hospitales y clínicos en RRSS para mejorar la práctica clínica.
- Workplace de Facebook como herramienta de trabajo.

¿Cuál es su opinión sobre las líneas temáticas este año del congreso?

En estos nuevos tiempos donde el paciente no sólo busca una mejora de su salud si no también alargar su “juventud” Vemos imprescindible buscar una mejor comunicación y calidad en la práctica clínica.

¿En qué línea temática se enmarca su taller?

Uso de las RRSS en el ámbito Hospitalario

¿Podría comentarnos cuál será el núcleo de su taller?

Las RRSS y la digitalización de la vida ha cambiado el mundo, es un hecho que estamos obviando en los hospitales

¿Por qué nos animaría a asistir al mismo?

Si está alejado de las RRSS te acercaremos a ellas desde un perspectiva profesional y si las usas habitualmente intentaremos darte una nueva perspectiva de ellas

En el taller haríamos un repaso:

- RRSS más importantes y cómo se usan actualmente.
- Repaso del concepto de REPUTACIÓN ONLINE y daremos trucos de cómo mantenerla bien sin mucho esfuerzo.
- Repaso de Buenas prácticas de hospitales y clínicos en RRSS para mejorar la práctica clínica.
- Workplace de Facebook como herramienta de trabajo.
- Ruegos y Preguntas

Hemos pensado en partirlo en dos talleres de 105 min para 50 asistentes cada taller (10:00-11:45 y otro 12:00 a 13:45) y el título final sería Utilización de herramientas digitales (RRSS) en la práctica clínica.

TALLER 4. PLANES DE CRISIS ANTE EVENTOS ADVERSOS GRAVES CON ADECUADA RESPUESTA A PACIENTES Y FAMILIAS, PROFESIONALES Y A LA PROPIA INSTITUCIÓN

D.^a Elena Zavala Aizpura / D.^a Rosa Añel Rodríguez

ENTREVISTA ROSA AÑEL

Opinión sobre las áreas temáticas de este año.

El programa científico contempla todos los elementos que aportan valor al ámbito sanitario: la humanización de la asistencia, el empoderamiento de los pacientes, la transformación digital, la innovación en la gestión, la atención a las necesidades de los profesionales y la evaluación de los resultados en salud. Me parecen áreas temáticas muy acertadas y necesarias.

Línea en la que se enmarca este taller.

Área temática 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad, Seguridad del paciente.

Núcleo del taller.

El núcleo del taller es la gestión de los eventos adversos graves en el ámbito sanitario, que debe abordar los siguientes aspectos:

- Proactividad en la comunicación institucional, transparencia
- Asistencia integral a las segundas víctimas, recomendaciones qué hacer y qué no hacer
- Atención a las primeras víctimas, comunicación franca

Motivos para asistir al mismo.

En un sistema cada vez más complejo, ningún profesional y ninguna organización sanitaria están libres de tener que afrontar las consecuencias de un evento centinela o evento adverso con daño grave al paciente.

Cualquiera de nosotros podemos ser segunda víctima alguna vez durante nuestra vida laboral, y también podemos ser requeridos por una segunda víctima como su primer nivel de apoyo. Además, la segunda víctima va a necesitar ayuda de sus superiores inmediatos (mandos intermedios, directivos,...) y asistencia desde el punto de vista laboral y legal.

Por todo ello, nos interesa saber qué hacer y qué no hacer si nos vemos envueltos en una situación de estas características.

Otras observaciones y comentarios.

Gestionar de forma adecuada las consecuencias de este tipo de eventos requiere de planes de contingencia pre-elaborados e implantados, evitando la improvisación.

Una vez ha sucedido el EA, se debe dar una respuesta ordenada y adecuada en tiempo y forma, tanto al paciente y su entorno como a las segundas y terceras víctimas.

Se trata de no generar más daño.

ENTREVISTA ELENA ZAVALA

¿Cuál es su opinión sobre las líneas temáticas este año del congreso? ¿En qué línea temática se enmarca su taller?

Las áreas temáticas de este año me parecen francamente oportunas y muy de actualidad, ya que en realidad barre todos los aspectos de una asistencia sanitaria de calidad, desde algo que de tan básico se hace novedoso, como son los aspectos de la humanización o implicación del paciente, hasta aspectos tan actuales como la transformación digital, pasando por la innovación.

¿Podría comentarnos cuál será el núcleo de su taller?

Yo diría, que el núcleo del taller es el abordaje del evento adverso (desde el minuto 1, o incluso antes de que ocurra) en las organizaciones sanitarias a nivel de pacientes, profesionales e instituciones.

¿Por qué nos animaría a asistir al mismo?

Porque es un tema novedoso y muy de actualidad

Porque los profesionales sanitarios nos vamos a encontrar en este tipo de situaciones en algún momento de nuestra carrera profesional.

Porque si sabemos cómo actuar podremos ayudar a nuestros compañeros y a nosotros mismos

Porque ganaremos tranquilidad en nuestra relación con los pacientes

Añada cualquier cuestión que estime necesaria

Es importante señalar que las organizaciones sanitarias, conscientes de la complejidad de los sistemas no pueden dejar al azar las actuaciones que suceden al evento adverso, tanto a nivel de pacientes como de profesionales. Tenemos que estar preparados!!!

TALLER 5. EL PARADIGMA DEL BIG DATA ANALYTICS: PARA QUÉ Y POR QUÉ

D. Alex Rayón

¿Cuál es su opinión sobre las líneas temáticas este año del congreso? ¿En qué línea temática se enmarca su taller?

La generación de valor en los sistemas de salud está provocando gran interés por la parcela de transformación digital. Es decir, por introducir tecnologías digitales que mejoren servicios, procesos, metodologías, etc. siempre desde una perspectiva de eficiencia operativa y financiera. Una de las consecuencias de la transformación digital es la irrupción de grandes volúmenes de datos. Éstos, están provocando la aparición de nuevas oportunidades de mejora por poder responder a nuevas preguntas desde la perspectiva de gestión: ¿por qué ocurren las cosas? ¿qué causa qué? ¿qué podría ocurrir si...? Para ello, las técnicas de inteligencia artificial se vuelven críticas.

¿Podría comentarnos cuál será el núcleo de su taller?

La actividad principal que cubrirá el taller es conocer cuáles son las principales técnicas que se podrían aplicar en el ámbito de la salud haciendo un análisis de datos. En primer lugar, se verán ejemplos que ya están funcionando en otros sectores. Una vez aprendidas las principales lecciones a aprender en éstos, se tratará de trasladar estas oportunidades a los contextos

sanitarios. ¿Qué se puede hacer ahí? Algunos ejemplos que se verán son: Previendo los recursos necesarios para las necesidades de la población, Detectando los servicios más adecuados a proveer para la personalización de la experiencia asistencial; Conociendo mejor las necesidades asistenciales; Identificando necesidades no reveladas a través de técnicas de text mining; Estudiando los fenómenos de viralización a través de técnicas de grafos, etc. Para poder aplicar estas técnicas será necesario conocer algunas metodologías de análisis de datos, que también se cubrirán en el taller.

¿Por qué nos animaría a asistir al mismo?

El título del taller es “El paradigma del Big Data Analytics: para qué y por qué”. Éste, nos invita a pensar que debemos detenernos a entender qué datos están a nuestra disposición, para qué sirven, cómo los podemos poner en valor, qué oportunidades se abren en nuestros sistemas de salud, etc. Por ello, creo que sería interesante poder asistir para así poder dimensionar y trazar una hoja de ruta dentro de las organizaciones de salud en un campo que ha venido para quedarse.

TALLER 6. ¿ES POSIBLE COMUNICARNOS MEJOR? CÓMO HABLAR Y QUE TE ESCUCHEN. COMUNICACIÓN EFICIENTE EN DISTINTAS SITUACIONES CLÍNICAS Y DE GESTIÓN

D. Rafael Lledó Rodríguez

Temática	Comunicación
Título/s	¿Es posible comunicarnos mejor? Cómo hablar y que te escuchen
Subtítulo	Comunicación eficiente en distintas situaciones clínicas y de gestión
Texto explicativo	Estándares de comunicación en el ámbito sanitario, presentaciones y simulaciones grabadas con evaluación de las mismas (debriefing), conclusiones, y eficacia del aprendizaje realizado
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la comunicación, como dimensión clave para el liderazgo y la gestión de equipos - Ofrecer pautas (check-list) para mejorar la comunicación en el trabajo <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación entre profesionales • Comunicación con los pacientes • Comunicación con los medios de comunicación, entre otros
Docentes	Rafael Lledó Andreu Aloy
Línea temática relacionada con el Congreso	<p>Línea 1. Humanización y empoderamiento. Humanización de los espacios y de las personas.</p> <p>Línea 2. Transformación digital del sistema sanitario: conectividad con el paciente</p> <p>Línea 3. Modelos organizativos: Equipos y personas. Comunicación y coordinación, el eterno problema</p>
Participantes: tipo y número	Dirigido a profesionales del sector salud Entre 7 y 20 profesionales
Día	Miércoles, 23 de octubre de 2019 x
Horario y distribución	<p>9 a 13 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9:00 a 10:00 : módulo 1º • 10:00 a 10:30 : descanso • 10:30 a 11:00 : módulo 1º (continuación) • 11:00 a 12:30 : módulo 2º • 12:30 a 13:00 : conclusiones
Duración	4 horas presenciales
Metodología	<p>Mayoritariamente práctica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Módulos reducidos teóricos sobre comunicación, dimensión clave para el liderazgo y la gestión de equipos. • Talleres con grabación de los participantes con móvil para su posterior revisión con la proyección de fragmentos. • Debriefing: discusión sobre las grabaciones y aprendizaje para la mejora • Conclusiones

TALLER 7. LEAN HEALTH: BALIO FLOW EDU

D. Toni Campos Rubiño / D. Ponciano Ibarreche Altube

¿Cuál es su opinión sobre las líneas temáticas este año del congreso?

En nuestra opinión, el congreso afronta 4 líneas temáticas clave para afrontar la transformación de los sistemas de gestión sanitaria actuales.

- La humanización de la sanidad como punto de apoyo clave para desarrollar cualquier transformación organizativa en salud.
- Afrontar el problema de la ingente cantidad de datos disponibles en nuestros sistemas y transformarlos en INFORMACION para tomar decisiones ágiles y ajustadas,
- Cuestionar los modelos organizativos actuales y pensar en la urgente necesidad de cambio de paradigma real: el paciente lo primero, pero de verdad.
- No olvidarnos que cualquier transformación en el ámbito sanitario tiene que estar centrado en la seguridad del paciente y en el análisis con rigor de la experiencia del paciente.

¿En qué línea temática se enmarca su taller?

El Hospital Universitario de la Vall d'Hebron se está impulsando un cambio organizativo para conseguir centrarnos en el elemento más importante del sistema de salud: **el paciente**. Necesitamos cambiar la manera de organizarnos, pasando de una mirada vertical de la organización a una visión transversal desde el punto de vista del paciente, orientándonos a los procesos asistenciales y donde los **profesionales trabajan en equipo, de manera coordinada y multidisciplinar**.

El modelo impulsado por la gerencia del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) se denomina Procesos Avanzados (MPA). Recoge la experiencia de los últimos 10 años de trabajo intentando resolver los principales problemas organizativos y de calidad asistencial que nos encontramos en las organizaciones sanitarias.

El Modelo de Procesos Avanzados busca centrarse en el paciente y dar respuesta a 3 grandes retos: **agilidad y fluidez de nuestros procesos, atención segura y excelencia en la práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible**.

Nuestro taller incluye en su desarrollo el tratamiento de al menos 3 de las líneas clave del congreso de calidad asistencial (Gestión de Datos, Modelos organizativos, Medición de valor) que están incluidos dentro del desarrollo de los sistemas de gestión denominados Lean Healthcare que es uno de las principales metodologías sobre la que se sustenta el MPA (entre otras, design thinking, value based healthcare, etc).

¿Podría comentarnos cuál será el núcleo de su taller?

El núcleo del taller se centra en que los asistentes experimenten en primera persona el proceso de cambio en un proceso organizativo sanitario. En nuestro caso la dinámica se basará en mejorar el proceso completo necesario para la realización

de una prueba diagnóstica revolucionaria (EPG) en un gabinete diagnóstico.

Durante el taller los asistentes conocerán otra forma de afrontar los cambios en los sistemas organizativos sanitarios basados en la filosofía de Añadir Valor al paciente (Lean Healthcare y otros).

Conceptos clave en la transformación basada en MPA y el Lean Healthcare son: seguridad del paciente, valor, mapa de valor, flexibilidad, estandarización, estabilidad, percepción del paciente, gestión visual de la información....

¿Por qué nos animaría a asistir al mismo?

En los próximos años, tanto la demanda (esperanza de vida, cronicidad, comorbilidad, exigencia de la sociedad y los pacientes, nuevos servicios) como la oferta (nuevos tratamientos y pruebas, nuevos servicios) incrementaran los costes del sistema. Difícilmente, se podrán dedicar muchos más recursos. No queda más remedio que hacer más con lo mismo.

¿Por qué es necesario un cambio organizativo en las instituciones sanitarias y en el sistema en general?

Porque no podemos seguir haciendo lo mismo para seguir obteniendo los mismos resultados.

Porque necesitamos afrontar un cambio más profundo en las organizaciones, y plantear nuevas formas de hacer que han tenido éxito en otros ámbitos profesionales.

Porque: ¿Estamos dispuestos a cambiar? ¿Creemos que debemos cambiar? ¿Estamos dispuestos a empezar a cambiar nosotros? ¿Queremos y sabemos cómo hacerlo? ¿Nos interesa verdaderamente conocer la experiencia del paciente? ¿Nuestros sistemas de gestión están preparados para la transformación? ¿Medimos de forma ágil y eficaz nuestros indicadores?

Añada cualquier cuestión que estime necesaria

A pesar de los avances tecnológicos, la mayor capacitación de nuestros profesionales, la mejora en la captación y gestión de los datos, la mayor y mejor disponibilidad de recursos materiales y humanos, nuestros sistemas sanitarios son cada vez más complejos y por tanto más difíciles de gestionar.

Mejoramos en las herramientas, pero no mejoramos en cómo incorporamos las nuevas herramientas a nuestros procesos. Priorizamos la herramienta sobre la actividad u operación y creemos que la tecnología nos va a resolver todos nuestros problemas.

Hemos perdido la referencia más importante para conseguir la transformación en cualquier organización: los cambios los realizan las PERSONAS. Sin su aportación y participación es IMPOSIBLE llevar a cabo cualquier objetivo ambicioso y alcanzable.

La mejora en la gestión de estos sistemas debe estar focalizada en priorizar las mejoras GLOBALES sobre las mejoras LOCALES y esto supone la participación y compromiso de todos

los componentes de su cadena de valor, personas, equipos, departamentos, colectivos, directivos, sindicatos.

Los compartimentos estancos, los reinos de taifas, los derechos adquiridos e inmutables, el justificar “siempre se ha hecho así”, el inmovilismo de las personas, la falta de flexibilidad, son algunas de las anclas que no nos permiten avanzar hacia adelante.

En algunos casos seguimos gestionando nuestras organiza-

ciones como si el tiempo se hubiera parado y mantenemos hábitos y costumbres heredadas de épocas pasadas donde las necesidades y los servicios prestados eran muy limitados.

O cambiamos nuestra forma de hacer y aportamos valor a las organizaciones sanitarias orientándolas a obtener resultados globales o el sistema colapsará por falta de eficacia-eficiencia de los recursos (humanos, tecnológicos) disponibles.

TALLER 8. DESPIERTA TU ALEGRÍA

D.ª Virginia Perales Hidalgo

Actualmente no estoy en las redes sociales, por estar en proceso de reestructuración de mis actividades y formatos.

Mi opinión sobre la líneas temáticas del congreso es la de valorar congresos de este tipo donde prima la búsqueda de la calidad asistencial. Cuando una persona acude a cualquier centro sanitario, se siente vulnerable y creo que lo que más se solicita desde el individuo en estos estados de debilidad tanto física como emocional, es que se te atienda con calidad, desde la humanidad.

Por otro lado es obvio la necesidad de informatizar hoy todo, es una forma de tener una mayor organización, claridad, colaboración, por la cercanía de la información entre los sanitarios, favoreciendo el trato al enfermo.

No obstante el apartado de la temática con la que yo me siento conectada y en la que creo puedo aportar es en el primero, en "Humanización y Empoderamiento".

El núcleo de mi taller "DESPIERTA TU ALEGRÍA" es un espacio donde expresarse libremente a través de unas pautas que voy dando como facilitadora de la experiencia, durante dos horas aproximadamente. Donde los participantes disponen por un tiempo del instante presente, conectándose con la emoción, despertando es parte innata en todos y que se nos ha ido dur-

miendo desde la infancia.

En estas dos horas, las personas mediante música, movimiento y juegos se olvidan de la rutina del día a día, de los problemas, pensamientos... Se comienza con la presentación y cohesión del grupo, movimientos con música para romper el hielo, y diferentes actividades y juegos, finalizando con celebración, relajación y masajes.

Animo a la gente a participar de este taller porque de una manera sencilla y ante todo relajada y divertida, de cambiar tu estado de ánimo, pasas a estar más risueño, relajado y sientes estar en paz. De alguna manera se despierta esa sensibilidad, ese sentir, vivir desde el corazón y dejar descansar a la mente. Al sentirte tu mejor, tu entorno mejora. Te aceptas más, te quieres más, te empoderas en cierta manera.

Hoy en día hemos entrado en un ciclo donde es casi habitual estar estresado de una mayor o menor medida. Estamos sobrecargados de pensamientos negativos, frustraciones, nerviosismo, aburrimiento... mi propósito es acompañarte a descargarte emocionalmente, soltar temores, inseguridades... sintiendo el momento presente, sentirte dichoso.

Te reto a soltar, a ser feliz, a sentir la calma, es un compromiso contigo mismo.

TALLER 9. CÓMO ELABORAR EL MAPA DEL TALENTO DE TU ORGANIZACIÓN

D.ª Ana Sedano Martínez

¿Cuál es su opinión sobre las líneas temáticas este año del congreso?

Como todas las ediciones anteriores del congreso de la SECA su lema hace referencia a aspectos intrínsecamente relacionados con la calidad: eficiencia, seguridad, gestión clínica... aspectos que considero prioritarios a la hora de abordar la calidad desde una visión holística. La referencia expresa al valor, los retos y los compromisos hace que este congreso esté muy orientado a personas y procesos lo que siempre es interesante. Quizá echo de menos la palabra “Resultados” en el lema.

Me gustan las 4 líneas por lo que tienen de complementarias: Humanización – Transformación – Organización y Medición. Ninguna de ellas podría abordarse por separado.

¿Podría comentarnos cuál será el núcleo de su taller?

Mi taller será una jornada práctica donde compartir cómo lle-

var a cabo un proyecto de desarrollo de personas basándonos en competencias y valores.

El Objetivo de un modelo como éste es: Identificar el talento, saber donde está y cómo potenciarlo. **Saber lo que las personas saben, y que las personas sepan qué tienen que saber. Más allá de lo que cada persona aporta a su puesto, qué aporta a la institución.**

¿Por qué nos animaría a asistir al mismo?

Pretendo hacer un taller muy práctico donde compartir mis experiencias y especialmente compartir las autocríticas. Tener una jornada “divertida” afrontando los retos a los que nos encontramos, los problemas y poniendo en común las soluciones que puede haber. Creo que puede ser un taller muy interesante porque será práctico y donde cada persona podrá aportar su visión.

TALLER 10. LA PIRÁMIDE INVERTIDA DE SAVON: HACIA LA COMPRA POR VALOR

D. Pedro Novás

¿Cuál es su opinión sobre las líneas temáticas este año del congreso?

Toca 4 líneas básicas de trabajo imprescindibles para mejorar la sanidad actual.

¿En qué línea temática se enmarca su taller?

Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad.

¿Podría comentarnos cuál será el núcleo de su taller?

Dar a conocer el BEST VALUE HEALTHCARE PROCUREMENT (BVHP) para centrar la compra sanitaria en la necesidad real (prevención, adherencia, efectos adversos, tasa de respuesta, tratamiento integral de la enfermedad, entre otros) y no en los productos, fármacos o tecnologías sanitarias en sí.

¿Por qué nos animaría a asistir al mismo?

Conocer una nueva visión que nos aleje de la mera adquisición de productos, tecnologías sanitarias y/o fármacos a un precio fijo y nos lleve a incorporar más criterios de valor añadido: servicios y/o soluciones que den respuesta a la coyuntura actual y que aseguren resultados de salud a medio plazo que a su vez redunden en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Añada cualquier cuestión que estime necesaria:

Habrà un parte teórica y otra práctica, donde en grupos de trabajo se dará a conocer una metodología para incorporar el BVHP en la toma de decisiones de las organizaciones sanitarias. Dirigido a personal asistencial y no asistencial ya que una de las bases del BVHP es la visión multidisciplinar.

TALLER 11. TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO CON DRONES: POSIBLE TÉCNICAMENTE, PROYECTO OSASUNDRONE

D. Ander García Barroso / D. Asier Urrutia Egaña

ÁREA TEMÁTICA:

Transformación digital

CONTENIDO:

¿Cuál es su opinión sobre las líneas temáticas este año del congreso? ¿En qué línea temática se enmarca su taller?

El taller se enmarca dentro de la aplicación de las nuevas tecnologías para mejorar la asistencia sanitaria y los procesos logísticos de ésta, utilizando la herramienta del dron como mejora sustancial en los tiempos de entrega de material de transporte sanitario entre centros hospitalarios.

¿Podría comentarnos cuál será el núcleo de su taller?

El taller girará en torno al prototipo de OSASUNDRON y los vídeos realizados de sus pruebas iniciales, además de una presentación que tratará de especificar las mejoras del sistema así como la simulación y planificación de vuelos entre diferentes centros hospitalarios de Osakidetza entre los asistentes al taller, realizando evaluaciones del servicio.

¿Por qué nos animaría a asistir al mismo?

El sector sanitario no debe permanecer ajeno a la implantación de tecnologías como la automatización de procesos llevada a cabo mediante drones.

TALLER 12. COMUNICACIÓN PRESENCIAL EFECTIVA EN LA ÉPOCA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

D. Emilio Rodríguez Bilbao

Temática	Gestión de conocimiento
Título/s	Comunicación presencial efectiva en la época de las nuevas tecnologías
Texto explicativo	Taller dirigido a mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales para la transferencia de conocimiento de manera presencial
Objetivos	1: Técnicas para optimizar el proceso comunicativo. 2: Habilidades para captar la atención del público y transmitir los mensajes deseados.
Docentes	Emilio Rodríguez Bilbao
Línea temática relacionada con el Congreso	Línea 3. Modelos organizativos: Equipos y personas. Comunicación efectiva.
Participantes: tipo y número	Profesionales sanitarios de cualquier categoría incluyendo en periodo de formación.
Día	Miércoles, 23 de octubre de 2019
Horario y distribución	De 10 a 13 horas. Cuestionario inicial. Exposición teórica. Prácticas. Cuestionario final.
Duración	3 horas
Metodología	Cuestionario inicial a propósito del proceso comunicativo. - Exposición teórica: <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de comunicación y sus puntos sensibles • Características del mensaje audiovisual • Influencia del lenguaje audiovisual de la vida diaria: publicidad, tv • Significado de los recursos de comunicación: espacio, color, imagen, tipo de letra, y su capacidad para influir, emocionar, aclarar • Aspectos lógicos del día anterior y del día del estreno: trucos y recomendaciones - Se promoverá la participación del personal asistente con su propio material y/o con el material aportado por los docentes, reforzando el aprendizaje (de la persona participante y del grupo): <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de ejercicios prácticos: preparar una presentación sobre un tema dado y presentarla en público • Debate grupal sobre lo presentado Cuestionario final
Actividades	Presentación y evaluación de material audiovisual.

¿Cuál es su opinión sobre las líneas temáticas este año del congreso? ¿En qué línea temática se enmarca su taller?

Creo que se abordan las áreas de mayor interés actualmente para la mejora de la calidad asistencial: empoderamiento de

los pacientes y transformación digital fundamentalmente. Mi taller está relacionado íntimamente con los procesos comunicativos, con la otra cara de la transformación digital: el valor añadido de la relación presencial en la trasmisión de conocimiento.

¿Podría comentarnos cuál será el núcleo de su taller?

El análisis del proceso comunicativo y la identificación de todos los posibles puntos de ruido que alteren dicho proceso. De dicho análisis extraeremos las conclusiones para optimizar nuestros procesos de comunicación y transferencia de conocimiento.

¿Por qué nos animaría a asistir al mismo?

Porque en la época de las nuevas tecnologías la comunicación presencial se ha convertido en un artículo de lujo y de alto valor añadido.

Añada cualquier cuestión que estime necesaria

Sugiero que las personas interesadas en participar aporten su propio material audiovisual, diapositivas o vídeos, de modo que sirva para la discusión y aprendizaje colectivo.



LÍNEAS TEMÁTICAS: PLENARIOS Y MESAS TEMÁTICAS

ÍNDICE PLENARIOS Y MESAS TEMÁTICAS

1. HUMANIZACIÓN Y EMPODERAMIENTO

CONFERENCIA PLENARIA I: HUMANIZACIÓN Y EMPODERAMIENTO

(23/10/2019 de 16.30 a 18.00hrs)

MESA TEMÁTICA 5: HUMANIZACIÓN DE ESPACIOS Y PERSONAS

(24/10/2019 de 12.00 a 13.00hrs)

MESA TEMÁTICA 6: ÉTICA EN LA ATENCIÓN Y CÓDIGOS DE CONDUCTA

(24/10/2019 de 16.00 a 17.00hrs)

2. TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL SISTEMA SANITARIO:

MESA TEMÁTICA 7: REDES SOCIALES Y SALUD DIGITAL

(24/10/2019 de 16.00 a 17.00hrs)

CONFERENCIA PLENARIA III: TRANSFORMACIÓN DIGITAL

(24/10/2019 de 17.00 a 18.00hrs)

MESA TEMÁTICA 9: BIG DATA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

(24/10/2019 de 18.00 a 19.30hrs)

3. MODELOS ORGANIZATIVOS: EQUIPOS Y PERSONAS

MESA TEMÁTICA 1: EQUIPOS Y PERSONAS

(23/10/2019 de 15.30 a 16.30hrs)

MESA TEMÁTICA 10: GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN

(24/10/2019 de 18.00 a 19.30hrs)

CONFERENCIA PLENARIA IV: MODELO ORGANIZATIVO, EQUIPOS Y PERSONAS

(25/10/2019 de 10.30 a 12.00hrs)

4. MEDICIÓN DEL VALOR EN EL SISTEMA DE SALUD Y EN LA SOCIEDAD

MESA TEMÁTICA 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE

(24/10/2019 de 08.30 a 10.00hrs)

CONFERENCIA PLENARIA II: MEDICIÓN DEL VALOR

(24/10/2019 de 10.00 a 11.30hrs)

MESA TEMÁTICA 4: EXPERIENCIA Y PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

(24/10/2019 de 12.00 a 13.30hrs)

MESA TEMÁTICA 8: RESULTADOS EN SALUD

(24/10/2019 de 18.00 a 19.30hrs)



MESA MEJORES COMUNICACIONES

MESA MEJORES COMUNICACIONES

Modera: *Itziar Lanzeta Vicente* (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

Innovación de procesos: creación de una unidad piloto para el paciente frágil en urgencias. Un reto para el futuro.

Raquel Benavent Boladeras. Hospital General de Granollers

Gestión de la demanda, desarrollo competencial de enfermería.

Izaskun Morán Valle. Hlleuger Cambrils

Resultados en salud: hablando de valor, hablando de salud alcanzada, hablando de riesgo.

Elena Bartolomé Benito. Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid.

Cambio en la forma de preguntar a nuestros pacientes.

Margarita Guzmán Alonso. OSI Ezkerraldea-Enkarterril-Cruces, Hospital de Cruces.



MESA TEMÁTICA 3

LO QUE NO TE PUEDES PERDER

MESA TEMÁTICA 3: LO QUE NO TE PUEDES PERDER

Modera: Fernando Simarro Mir (Miembro Comité Científico)

Ponentes:

- ***Cuidando la transición: de niño a adulto, siempre acompañado.***
Enrique La Orden Izquierdo
- ***Hospital 4.0: implementación tecnológica desde las personas.***
Rubén I. García Fernández
- ***Comunicación y coordinación, claves para garantizar la integración.***
Aitziber Barandiaran Igoa
- ***'Aprender haciendo' y 'proceso enfermero': 2 metodologías que mejoran el estilo de vida de los estudiantes de Enfermería.***
Francisco Javier Pérez Rivas
- ***La tecnología como facilitadora de la atención basada en el valor.***
Yolima Cossio Gil
- ***Mejora de la calidad de la atención en consulta a través del rediseño de procesos.***
David Rodríguez Morales



ÍNDICE DE PONENCIAS

≡ ÍNDICE PONENCIAS

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD	45
<i>Pablo Aretxabala Pelló</i>	
BUENAS PRÁCTICAS EN EL EJERCICIO DIRECTIVO CON IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL Y EN LOS RESULTADOS	47
<i>José Luis Gutiérrez Sequera</i>	
LA APORTACIÓN DE LA ÉTICA A LA CALIDAD ASISTENCIAL	49
<i>Koldo Martínez Urionabarrenechea</i>	
HUMANIZACIÓN Y EMPODERAMIENTO	51
<i>Gabriel Heras de la Calle</i>	
CONFERENCIA PLENARIA I: HUMANIZACIÓN Y EMPODERAMIENTO	53
<i>Naiara Fernández Gutiérrez</i>	
LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS DESDE LA PERSPECTIVA JURÍDICA. CRITERIOS PARA UNA REFORMA LEGAL	55
<i>Asier Urruela Mora</i>	
SEGURIDAD DE PACIENTES: ¿APORTAN ALGO LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS?	57
<i>Ana Belén Pérez Jiménez</i>	
90 DÍAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	59
<i>Vicente Santana López</i>	
“APRENDER HACIENDO” Y “PROCESO ENFERMERO”: 2 METODOLOGÍAS QUE MEJORAN EL ESTILO DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	61
<i>F.J. Pérez Rivas, P. Mori Vara, C. López López, M. Rico Blázquez, M. Beamud Lagos, S. Domínguez Fernández</i>	
HOSPITAL 4.0: IMPLEMENTACIÓN TECNOLÓGICA DESDE LAS PERSONAS	63
<i>Rubén García Fernández</i>	
CUIDANDO LA TRANSICIÓN: DE NIÑO A ADULTO SIEMPRE ACOMPAÑADO	65
<i>Enrique La Orden Izquierdo</i>	
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA A TRAVÉS DEL REDISEÑO DE PROCESOS	67
<i>David Rodríguez Morales</i>	
LA TECNOLOGÍA COMO FACILITADORA DE LA ATENCIÓN BASADA EN EL VALOR	69
<i>Miquel Llover</i>	
COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN, CLAVES PARA GARANTIZAR LA INTEGRACIÓN	70
<i>A. Barandiaran Igoa, I. Blanco Arraztio, Ana Calvo Aguirre, M. Echeverría Muguruza, Laura Aguirre Alberdi, J. Santaella García</i>	
¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE VALOR?	73
<i>Jordi Varela</i>	
MEDICIÓN DEL VALOR	74
<i>Santiago Rabanal Retolaza</i>	
BASE DE DATOS CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. BDCAP	76
<i>María de los Santos Ichaso Hernández Rubio</i>	
LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN RED COMO PUNTO DE MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA	77
<i>Adrián Sarriá Cabello</i>	
PACIENTES Y FAMILIARES COMO AUDITORES DE PRÁCTICAS SEGURAS	78
<i>María Isabel Rodrigo Rincón</i>	
GENERANDO VALOR EN LA SALUD, RETOS Y COMPROMISOS. EMPODERAMIENTO PACIENTE. PACIENTE EXTERNO	80
<i>Begoña Martín Bielsa</i>	

PROYECTO DE HUMANIZACIÓN	82
<i>Gloria Enríquez Sanjurjo</i>	
HUMANIZACIÓN DE ESPACIOS Y PERSONAS	84
<i>Marta del Olmo Rodríguez</i>	
LA AMBULANCIA DEL DESEO: UNA OPORTUNIDAD PARA CUMPLIR LA VOLUNTAD Y NECESIDADES EMOCIONALES DE LOS PACIENTES	85
<i>Manuel Pardo Ríos</i>	
DE NORMAS Y VIRTUDES EN LA ATENCIÓN DIRECTA	86
<i>Xabier Etxeberría Mauleón</i>	
LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS DESDE LA DEONTOLOGÍA MÉDICA	88
<i>Jacinto Bátiz Cantera</i>	
¿QUÉ TIENE QUE VER EL GÉNERO CON LA CALIDAD ASISTENCIAL?	90
<i>Ana Porroche Escudero</i>	
COMUNICAR MEJOR AL PACIENTE: UNA EXPERIENCIA UTILIZANDO LAS REDES SOCIALES	91
<i>Javier Extramiana Cameno, Josep Campa Bortolo, Rubén Pinto Martín, Héctor Ayerra Pérez, Natalia Herrera Aranda</i>	
PROFESIONALES SANITARIOS, PACIENTES Y PERIODISTAS, UNIDOS CONTRA LOS BULOS DE SALUD	92
<i>Carlos Mateos</i>	
REDES SOCIALES DE PACIENTES: PASADO Y PRESENTE... ¿PASA SU FUTURO POR EL DISEÑO PERSUASIVO?.	93
<i>Manuel Armayones Ruiz</i>	
TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL DIRIGIDA POR EL PACIENTE: EL GRAN CAMBIO EN EL MODELO DE SERVICIO	95
<i>Ángel Blanco</i>	
LA TRANSFORMACIÓN ESTÁ EN TI	97
<i>Carlos Guedes</i>	
RESULTADOS EN SALUD EN LA UGC DE OFTALMOLOGÍA DE LA OSI ARABA	99
<i>Gonzaga Garay Aramburu</i>	
RESULTADOS EN SALUD DEL ÁMBITO DE ONCOLOGÍA	101
<i>Ángel Vilda Milla</i>	
EL PROGRAMA BIFAP: LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN BENEFICIO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL ÁMBITO PÚBLICO	102
<i>Miguel Ángel Maciá Martínez</i>	
EL PARADIGMA DEL BIG DATA ANALYTICS: ¿POR QUÉ Y PARA QUÉ?	104
<i>Álex Rayón Jerez</i>	
BIG DATA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL SECTOR SALUD: RETOS Y OPORTUNIDADES	106
<i>Eva Aurín Pardo</i>	
INNOVACIÓN EN SALUD, UNA OPORTUNIDAD PARA GESTIONAR ENTORNOS INCIERTOS	107
<i>Rodrigo Gómez Ruiz</i>	
GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN	108
<i>Gloria Palomar Frías</i>	
LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN EN EL SECTOR SALUD	109
<i>Óscar Moracho</i>	
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: CLAVES Y RETOS	110
<i>Josune Retegi Ormazábal</i>	
INNOVAR EN LOS MODELOS DE DESARROLLO DE PERSONAS PARA ASEGURAR EL TALENTO PROFESIONAL Y LA CONSOLIDACIÓN DE VALORES DE NUESTRA ORGANIZACIÓN	112
<i>Ana Sedano Martínez</i>	
CONFERENCIA PLENARIA IV: MODELO ORGANIZATIVO, EQUIPOS Y PERSONAS	114
<i>Corpus Gómez Calderón</i>	
RESULTADOS EN SALUD: HABLANDO DE VALOR, HABLANDO DE SALUDALCANZADA, HABLANDO DE RIESGO.	115
<i>Elena Bartolomé Benito</i>	

GESTIÓN DE LA DEMANDA, DESARROLLO COMPETENCIAL DE ENFERMERÍA	117
<i>Izaskun Morán Valle</i>	
INNOVACIÓN DE PROCESOS: CREACIÓN DE UNA UNIDAD PILOTO PARA EL PACIENTE FRÁGIL EN URGENCIAS.UN RETO PARA EL FUTURO.....	119
<i>Raquel Benavent Boladeras, Andreu Aloy-Duch, Olga Parramon-Costa, Miquel Vila-Senante, Mónica Botta-Santasuana, Antonia Fernández-Oliver</i>	
CAMBIO EN LA FORMA DE PREGUNTAR A NUESTROS PACIENTES	121
<i>Margarita Guzmán Alonso, Andrea Bueso González, Raquel González Cantera, Clara Marlasca Pereda, Itziar Chávarri Rubio, M. Ángeles Valero Usategui</i>	
CLAVES PARA LA TRANSFORMACIÓN SANITARIA	123
<i>Rubén Llop</i>	



PONENCIAS

Herramientas de evaluación de sistemas de salud

Pablo Aretxabala Pelló

Dirección General de Recursos Sanitarios. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Basta con recurrir a la simple observación de nuestro entorno profesional cercano para comprobar la existencia de dos realidades contradictorias entre sí, y a la vez, absolutamente complementarias: por un lado, vemos cómo crece el número de personas profundamente insatisfechas con su entorno laboral. No me refiero a la insatisfacción que produce la precariedad laboral, los bajos salarios, la pérdida de derechos sociales, cuestiones todas ellas importantísimas y que requieren una solución urgente, pero que no son objeto principal de esta charla.

Me refiero a la insatisfacción de muchísimas personas que no ven sus trabajos ni sus profesiones como una parte importante y enriquecedora de sus vidas, sino apenas un medio para obtener unos ingresos con los que poder hacer lo que a uno realmente le apasiona.

El trabajo se convierte así en una pesada carga, un mal necesario, incluso en las profesiones más tradicionalmente vocacionales cunde el desánimo y el número de personas «quemadas», lejos de reducirse, se va incrementando año tras año.

Por otro lado, nunca como ahora la inmensa mayoría de las empresas han declarado tan insistentemente que lo más importante que atesoran son precisamente las personas. No hay empresa que se precie que no diga en su comunicación corporativa que su mayor preocupación son las personas que trabajan para ella.

Ambas realidades avanzan, como si de los rieles de la vía del tren se tratasen, sin encontrarse jamás... ¿qué está pasando? ¿qué nos está pasando? ¿qué pandemia aqueja a nuestras empresas de todo tipo, tamaño y sector, que no conseguimos dar con la cura?

Un cambio de paradigma

Para resumir en un párrafo lo que expondré más extensamente en la charla en mi opinión lo que sucede con nuestras empresas no es ninguna enfermedad, es algo por lo que pasamos todas las personas a lo largo de nuestra vida y que en la materia que nos ocupa yo llamaría «adolescencia organizacional». Estamos inmersos en un profundísimo momento de cambio. Un cambio tan grande como el que experimentamos las personas cuando pasamos de la niñez a la edad adulta. Sabemos bien que es una época compleja, llena de emociones contradictorias, de cambios físicos, hormonales, psicológicos y relacionales.

En definitiva, nuestro mundo está cambiando a un ritmo y con una profundidad nunca vistas antes en la historia de la humanidad: los cambios sociales, económicos, políticos, geoestratégicos, a todos los niveles, son innumerables e impredecibles en el futuro.

La globalización, la interconexión permanente, la robotización y el auge de la inteligencia artificial son solo algunos de estos cambios que estamos viviendo en primera persona y que como actores de los mismos nos cuesta mucho entender en su globalidad.

Nuestras empresas, con sus estructuras jerárquicas, sus procesos y procedimientos, sus perfiles, formularios y herramientas de gestión, están pensadas para entornos de estabilidad y certidumbres. Las estructuras piramidales, sólidas, rígidas y modeladas a troquel pueden ser útiles cuando la empresa vive en ecosistemas de complejidad limitada y escasa movilidad.

El «nuevo estilo de relaciones» (NER)

El «nuevo estilo de relaciones» (ner) pretende recoger los elementos esenciales de una organización empresarial (o de otro tipo) avanzada y acorde a los tiempos líquidos que ya estamos viviendo.

Una organización NER es una organización basada en personas, es decir, aquella en la que las personas pueden participar en su plenitud, con su emoción, su pensamiento y su acción. Las personas no son coste, recurso, mano de obra, ni nada por el estilo; las personas no son robots ni máquinas intercambiables que se usan y se tiran cuando ya no interesan.

Y las personas, para aplicar no solo sus manos, sino su inteligencia y su pasión en la empresa, necesitan no solo un trabajo, sino un espacio de libertad personal y un propósito profundo que desarrollar.

En todo el mundo, de manera simultánea y aparentemente inconexa están apareciendo docenas de ejemplos de empresas que evolucionan hacia un funcionamiento al estilo de un ecosistema en armonía, en el que las personas son autónomas y plenas, y ejercen un liderazgo al cuidado del equilibrio del ecosistema. Empresas que tienen un propósito profundo de realización personal y colectivo.

Una evolución que pone de manera real y definitiva a la persona en el centro de la organización, y a las relaciones entre las personas como el más relevante factor diferenciador y de éxito al que se puede aspirar: pasar de unas relaciones basadas en el poder, el control, la opacidad, la competitividad, la lucha de intereses de suma cero, el utilitarismo y el individualismo, a organizaciones basadas en la transparencia, la confianza, la colaboración, la participación, la libertad y la responsabilidad, la generosidad y la consecución del proyecto común y el éxito compartido. Frederic Laloux en su libro «Reinventar las organizaciones» expone un buen puñado de estos casos a lo largo y ancho de todo el mundo, y «Corporate Rebels» en su Bucket List desgrana una cincuentena, entre ellos K2K Emocionando y NER Group.

De manera muy, muy resumida avanzaré que el «nuevo estilo de relaciones» se basa en poner a las personas como centro efectivo y real de las organizaciones, y en trabajar con absoluta transparencia, confianza, libertad y responsabilidad. En las organizaciones que lo han implementado no tenemos estructura jerárquica de ningún tipo, ni elementos de control de las personas, ni parcelas de poder, ni zonas oscuras; en cambio tenemos equipos autogestionados, responsabilidad y compromiso de todas las personas, iniciativa y toma de decisiones compartidas.

Algunas de nuestras prácticas habituales son la elección de líderes por parte de los equipos, la eliminación de los con-

troles de presencia, el reparto de resultados entre todas las personas de la organización, la reducción de las distancias salariales a menos de 2,5 veces entre el 10% que más gana y el 10% que menos, la toma de decisiones en asambleas, la contratación y valoración de nuevas personas por parte de sus propios compañeros, la prohibición de los despidos por causas económicas, el conocimiento de todos los aspectos económicos de la empresa por parte de todas las personas...

Pero es que además las organizaciones «ner» tenemos un fuerte compromiso social, aportamos el 5% de nuestros beneficios y el 2% del tiempo de las personas a proyectos sociales en diversos campos.

Buenas prácticas en el ejercicio directivo con impacto en la satisfacción profesional y en los resultados

José Luis Gutiérrez Sequera

Gerente Regional de Acceso al Mercado en Laboratorios SERVIER

Es indudable que la palabra “humanización” ha cobrado un protagonismo sin precedentes en los discursos que se producen en el universo de los servicios de salud, fundamentalmente en el ámbito clínico. Sin embargo cuando hablamos de humanizar también debemos poner el foco en el ámbito directivo, entendido como el nivel de empatía con el colectivo profesional que presentan quienes toman las decisiones estratégicas.

Se trata de un tema que siempre nos ha preocupado, por lo que a lo largo de nuestros 10 años de experiencia en gerencia hospitalaria y de atención primaria hemos realizado diversas exploraciones en los distintos centros y escenarios donde hemos desarrollado nuestra actividad, a fin de construir un “catálogo” de buenas prácticas que configuren conceptualmente una guía de actuación para un ejercicio directivo percibido de manera satisfactoria por las personas que prestan cuidados de salud.

Con la información recopilada en diversos grupos focales realizados en distintos momentos y escenarios, informes de situaciones de conflicto vividas y observadas, y otras fuentes variadas de información, hemos identificado 40 buenas prácticas que se agrupan en 4 dimensiones de análisis y que hemos llamado “método TRAP”, a partir de las iniciales de dichas dimensiones: Transparencia, Respuesta, Acceso y Presencia.

Así, hemos desarrollado una metodología basada en preguntas, que se responden en base a evidencias objetivables que ponen de manifiesto el desarrollo de cada buena práctica, y que pasamos a resumir.

Dimensión TRANSPARENCIA

Esta dimensión agrupa buenas prácticas relacionadas con una actitud objetivable y percibida orientada a compartir información con los profesionales, y garantizar que dicha información está fácilmente accesible y además se potencia la cultura de consumo de la información corporativa. Podemos identificar buenas prácticas relacionadas con distintos aspectos de la transparencia:

- Transparencia en los proyectos: Información disponible sobre los proyectos en curso en cualquiera de sus fases.
- Transparencia en cuanto a los resultados: Compartir información sobre los principales indicadores de calidad con los profesionales.
- Transparencia en cuanto a las versiones oficiales de los asuntos de interés: Garantizar que los profesionales siempre disponen de la versión oficial de las cuestiones o eventos que les preocupan.

- Transparencia en cuanto a los procedimientos: Que los profesionales tengan disponible la información sobre los procedimientos propios del área directiva, y los flujos de decisión de cuestiones clave relativas a la gestión del centro donde trabajan.

- Transparencia en cuanto a los cambios: Información en tiempo real de los cambios tanto estructurales como de personas en el organigrama directivo e intermedio de la organización.

- Transparencia en cuanto a las decisiones: Disponibilidad de información de los motivos que han llevado a tomar cada decisión estratégica.

Dimensión RESPUESTA

Esta dimensión se refiere al desarrollo de buenas prácticas relacionadas con la respuesta que ofrece la dirección a las peticiones y solicitudes de los profesionales y agrupa los siguientes aspectos:

- Tiempos de respuesta: Evalúa si están o no homogeneizados y procedimentados y si se cumplen.

- Consistencia: Evalúa si ante solicitudes y situaciones iguales se ofrecen respuestas equivalentes. Se mira la arbitrariedad en la respuesta. Se tienen en cuenta la consistencia en el tiempo y la consistencia de las respuestas ante la misma cuestión ofrecidas por distintos miembros del equipo de dirección.

- Normalización: Observa si existen procedimientos normalizados de respuesta a los profesionales.

- Empatía: Se pretende evaluar si existe una actitud basal de favorecer en la medida de lo posible los intereses del profesional.

Dimensión ACCESO

Dentro de esta dimensión evaluamos la accesibilidad de los directivos, centrándonos en los siguientes puntos:

- Facilidad de acceso por canales formales: Se evalúa si está procedimentado el acceso formal a los directivos.

- Facilidad de acceso por canales informales: Se fomenta el acceso informal a los directivos.

- Disponibilidad: Existen espacios en la agenda de los directivos destinados a ubicar peticiones de acceso de los profesionales.

- Verticalidad: Se evalúa la existencia o no de rigideces en las cadenas de mando para poder acceder directamente al directivo sin necesidad de seguir necesariamente una cadena jerárquica.

Dimensión PRESENCIA

Esta dimensión valora positivamente la presencia de los directivos en los entornos operativos de trabajo, y pretende observar los siguientes aspectos:

- Canales formales: Valora positivamente que estén establecidos encuentros periódicos -al menos una vez al año- con los equipos de trabajo con tiempo para el debate.
- Canales informales: Evalúa que a los directivos se les “vea”

por los escenarios operativos.

- Tiempo: Valora que los directivos tengan espacios reservados en agenda para la presencia en los escenarios operativos.
- Conocimiento: Se pretende que los profesionales tengan bien identificados y reconozcan a sus directivos.

En estos momentos estamos validando el método a fin de convertirlo en una herramienta operativa de utilidad que publicaremos para darle la adecuada difusión.

La aportación de la ética a la calidad asistencial

Koldo Martínez Urionabarrenechea

Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

La excelencia en el ejercicio de las profesiones ha sido analizada como resultante de la suma de tres factores: los estándares éticos de las respectivas organizaciones, la ética en general y la calidad en el ejercicio de la profesión.

Los estándares éticos de las distintas profesiones suelen subrayar la importancia de algunos valores (el servicio, la justicia, la dignidad de la persona, la importancia de las relaciones humanas, la integridad, la competencia profesional, etc.) sobre los cuales se suelen edificar las normas éticas, relacionadas especialmente con las responsabilidades éticas de los y las profesionales para con las personas usuarias, el resto de colegas, en cuanto profesionales, para con la profesión, y finalmente para con la sociedad.

Los tiempos cambian y junto con ellos la sociedad, que ha pasado de regirse por normas heterónomas a la defensa e implantación de la autonomía a todos los niveles. También ha cambiado la forma de ejercer las profesiones sanitarias (medicina¹, enfermería², trabajo social³) así como las formas de la relación asistencial⁴, las leyes que rigen el desarrollo y la práctica de las profesiones⁵ y, por supuesto, el reconocimiento de los derechos de las personas pacientes.

A todo ello se suma el profundo cambio en lo que denominamos el principio de moralidad que rige la labor profesional asistencial sanitaria así como los fines de la medicina⁶.

Gran parte de estos cambios son regulados por las leyes. La ley puede ser entendida como el consenso ético mínimo de una sociedad democrática en un momento concreto. Es decir, como el marco de convivencia para extraños morales. La ley vendría a especificar así lo justo, especificando los derechos de las personas.

La ética, por su parte, tiene un significado ambivalente⁷. Por un lado la ética hace referencia a costumbres, tradición, folklore, esto es, los hechos, la deontología, los deberes, las normas y reglas... en lo que vendría a ser un marco de convivencia para compañeros morales, en el que se define lo correcto. Y por otro lado, se refiere a la excelencia del carácter, la virtud, la tensión constante hacia la perfección, lo ideal, la trascendencia, teleología, en lo que constituye un marco de convivencia para uno mismo, en el que lo bueno adquiere toda su relevancia.

La calidad, por su parte, es también un término complejo del que se habla mucho pero no que se ha conseguido definir de manera clara y unívoca. Por eso se suele hablar más que de calidad en sí, de calidad técnica, calidad percibida, control de calidad, aseguramiento o garantía de calidad, gestión de calidad, etc., eludiendo de alguna manera la esencia de lo que es calidad.

Y por ello, al no disponer de una definición unívoca ni uná-

nime de calidad, hablamos de calidad asistencial como de la provisión de servicios asistenciales accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción de la persona usuaria.

El término calidad procede del latín *qualitas* (calidad) y éste a su vez de del griego *poiotés*, derivado del término culto *poión* (cuál). Aristóteles describe en su *Lógica* dos categorías contrapuestas en las cosas: *Posotés* (cantidad) y *Poiotés* (calidad), y refiriéndose a esta última afirma que “Llamo cualidad a aquello según lo cual algunos se llaman tales o cuales”.

Y es que además existen lo que denominamos cualidades de “hecho” (Esto es una piedra, es redonda, pesada, preciosa... Su color es amarillo...) Se trata de cualidades de percepción, objetivas, sobre las que puede edificarse un saber objetivo. Este tipo de cualidades son objeto de estudio de las ciencias naturales.

Pero existen otras cualidades de “valor”, de estimación, subjetivas, que dependen de otras de las funciones de la mente humana como son la de percibir, recordar, imaginar, pensar, proyectar, desear, estimar, valorar, apreciar... Y es que los seres humanos valoramos todo lo que percibimos, que todo es sujeto de aprecio o desprecio, que todo tiene un precio, o mejor, que a todo le adjudicamos un valor, y que esta capacidad de valorar es fuente y origen, entre otros, del valor económico.

La capacidad de valorar es una característica básica de los seres humanos. Nuestra inteligencia es la capacidad de saltar desde la sujeción a la selección natural a la elección moral, a la toma de decisiones morales y a la realización de actos basadas en ellas. Los seres humanos, a diferencia de los animales, proyectamos la modificación del medio y elegimos entre todas las posibilidades a nuestro alcance la que consideramos más conveniente, la que valoramos como mejor.

Y en esto consiste precisamente la Cultura, en el proceso de transformación del medio natural en beneficio propio, proceso que parte de una valoración inicial seguida de cuantas otras sean necesarias. Esto hace que el mundo de los seres humanos no sea el de los hechos naturales puros sino el de los valores culturales. Porque, insisto, los seres humanos no podemos vivir sin valorar.

Pero hay dos tipos de valores, los instrumentales y los intrínsecos. Los valores instrumentales hablan de que las cosas que reciben el valor de fuera de ellas mismas. Se describen también como instrumentos técnicos, que son útiles para otra cosa, que no tienen valor en sí sino por referencia a otra cosa, a aquella a la que sirven. Estaríamos hablando, por ejemplo, del dinero, del teléfono, del coche...

Y luego están los valores que denominamos intrínsecos⁸,

que no son valores-medios sino valores-fines. Una de las diferencias entre ellos estriba en que los valores instrumentales se ponen al servicio de éstos. Entre los valores intrínsecos podemos citar la salud, la vida, la belleza, el bienestar, el amor, la paz, la amistad, la justicia... Son valores que rigen nuestras vidas. Y es que la vida moral consiste precisamente en la realización (o en el intento de realización) de los valores intrínsecos. Por eso se suele hablar de que son valores "ideales", porque nos atraen y exigen su realización.

Y en esto precisamente consiste la ética, que siguiendo a Paul Ricoeur⁹, puede ser definida como un ejercicio de búsqueda de la buena vida, con los demás y para los demás, en instituciones justas.

Hoy en el campo de las profesiones sanitarias trabajamos una rama de la ética, una ética aplicada a la que denominamos Bioética y que representa un nuevo modo de manejo de los valores. Una disciplina que defiende que los valores tienen

su lógica, que no son completamente racionales porque en su construcción y desarrollo intervienen también las emociones, los sentimientos, las tradiciones, los deseos, las creencias, etc., pero que no son completamente irracionales y que es tarea nuestra, deber nuestro, hacerlos "razonables". Y el instrumento para ello se llama DELIBERACIÓN¹⁰. Deliberación que debe permitir la definición y el desarrollo de los valores que constituyen la calidad asistencial.

Permítanme acabar recordándoles que deliberar es un arte, basado en el respeto mutuo, en cierto grado de humildad intelectual, y en el deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos, mediante la escucha y el intercambio de opiniones y de argumentos con el resto de personas involucradas en el proceso.

Un procedimiento óptimo para acordar entre todos los valores intrínsecos que constituyen la calidad asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to EBM. *BMJ* 1999; 319:1618-1619
2. Bishop AH, Scudder JR. *The Practical, Moral and Personal Sense of Nursing: A Phenomenological Philosophy of Practice*. New York: State University of New York Press, 1990
3. Colom Masfret D. *El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión*. Agathos
4. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-2226
5. Clinicians for the Restoration of Autonomous Practice Writing Group. EBM: unmasking the ugly truth. *BMJ* 2002; 325: 1496-8
6. Callahan D, Parens E. The ends of Medicine: Shaping new goals. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1995; 95-117
7. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela, 2008
8. Gracia D. *Valor y Precio*. Madrid: Triacastela, 2013; Gracia D. *Construyendo Valores*. Madrid: Triacastela, 2013
9. Ricoeur P. *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI, 2010
10. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1999

Humanización y empoderamiento

Gabriel Heras de la Calle

Creador y Director de Proyecto HU-CI. Médico Especialista en Medicina Intensiva.
Hospital Universitario de Torrejón. Facultad de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria.

El movimiento de la Humanización de los Cuidados Intensivos surgió en España en febrero de 2014 de la mano del Proyecto HU-CI¹. Se trata de un proyecto internacional de investigación que busca, desde la evidencia científica, un cambio de paradigma en la atención sanitaria hacia un modelo más amable y centrado en las personas².

Probablemente muchos se sorprendan y sientan como una contracción esta corriente humanista, ya que quizás nunca debió perderse esta cualidad tan básica en las profesiones sanitarias. Pero lo cierto es que cuando los profesionales nos convertimos en usuarios del sistema como familias o pacientes, es cuando realmente apreciamos lo necesario que es invertir en mejorar el trato. Por otro lado, los profesionales sanitarios presentan altas tasas de desgaste profesional³. Si no escuchamos a todas las partes del sistema, nos perderemos un gran margen de mejorar.

Por lo tanto, cuidar a todas las partes que conviven en el sistema sanitario a diario (pacientes, familiares y profesionales) es una necesidad y el camino hacia la construcción de una Sanidad excelente, y nos obliga a todos a enfocar en los problemas particulares de cada protagonista, dar respuesta a sus necesidades y comprender que el equilibrio depende del bienestar de todos los implicados, y que es responsabilidad de todos también: No podremos curar a todas las personas, pero seguro que podemos mejorar los cuidados que realizamos. Y para ello, la regla de oro sería centrar nuestros cuidados en la DIGNIDAD de las personas.

El desarrollo profesional y técnico de las UCI es excepcional. Prueba de ello son las altas cifras de supervivencia que avalan sus excelentes resultados⁴. Pero, por otro lado, también sabemos que el desarrollo de esta especialidad a nivel tecnológico no se ha visto acompañado de igual manera en sus aspectos humanos. Y esto no solo afecta a los pacientes; en muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas de las UCI hacen que se conviertan en ambientes hostiles para todos: pacientes, familias e incluso para los propios profesionales. Por eso, la humanización también ha de plantear cambios estructurales⁵.

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE)⁶, humanizar como verbo transitivo es la acción de “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”. Es decir, podríamos humanizar todo aquello que nos propongamos, y si lo centramos en la atención sanitaria, independientemente de ser paciente, familiar o profesional podríamos plantearnos las siguientes cuestiones:

- ¿Puedo humanizar mi relación con los demás?
- ¿Cómo puedo humanizar mi día a día para ser feliz?
- ¿Puedo humanizar los espacios?
- ¿Puedo humanizar la gestión?
- ¿Puedo humanizar mi hospital o centro de salud?

Según uno de los referentes en humanización en España, José Carlos Bermejo (director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid), humanizar significa “hacer referencia al hombre en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual”. Hablar de humanización reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan. Y esto lo convierte en una necesidad de vital importancia y trascendencia⁷.

Humanizar la atención sanitaria significa apostar por una sanidad más amable y centrada en las personas, independientemente de su rol; humanizar también significa personalizar la asistencia escuchando lo que necesitan pacientes y familiares, no lo que nosotros pensamos que necesitan, sino atendiendo a sus necesidades, aunque no coincidan con las nuestras, y convertir esto en un proceso clínico donde la actitud sea fundamental. Humanizar es también entender y aceptar que los profesionales somos falibles y vulnerables, y que también necesitamos ser escuchados puesto que somos el capital básico para humanizar la Sanidad. Todos los sistemas sanitarios estarán humanizados cuando esté al servicio de todas las personas: personas enfermas, familiares y profesionales.

El cuidado requiere competencia profesional y formación, pero también individualidad, emoción, solidaridad, sensibilidad y ética. Precisa de grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: empatía, escucha activa, respeto y compasión. Pero históricamente, los profesionales sanitarios tenemos defectos curriculares en la formación en “herramientas humanas” (human tools), las mal llamadas “habilidades blandas”. Lo que recientemente se ha definido como el Modelo Afectivo-Efectivo⁸ inspirado en el pensamiento y valores de Albert Jovell: “Es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud”.

La Humanización de la asistencia sanitaria tiene su propia historia personal a pesar de que en el momento actual muchas

veces sea considerada por muchos como “una moda”. Tiene que ver con pacientes, familias y con el personal sanitario; los gestores y las autoridades sanitarias. Humanizar es cultura, política, sociedad, economía, ética y justicia. Y no solo precisamos humanización las personas y nuestros comportamientos. Humanizar no solo es cuestión de actitud: también precisamos poner la H a las estructuras materiales y técnicas.

No se puede negar que hablar de humanización es hablar de movimiento. Con respecto a otras disciplinas del conocimiento sanitario, humanizar no sólo es estudiar una técnica o un procedimiento y ponerlo en práctica. Es hacer una profunda reflexión: consiste en tomar consciencia de uno mismo: ¿dónde estoy yo? ¿Qué puedo hacer yo? Y emprender un viaje al interior de cada ser humano: es un importante compromiso personal para mejorar la realidad, nuestras relaciones y el entorno a partir de cada persona.

Si hiciéramos un alto en el camino y simplemente nos parásemos a escuchar a las tres partes implicadas, probablemente tendríamos el quiz de la cuestión. Se antoja clave una comunicación efectiva entre todas las partes:

- Sobre cómo mejorar la atención a los pacientes, centrándonos en su bienestar y satisfacción, en el cuidado físico y emocional y entendiendo a las personas desde su dimensión integral.
- Sobre cómo facilitar la participación e implicar a las familias en los cuidados, escuchando sus necesidades, así como permitiendo su presencia y poniendo en valor su importancia en la recuperación del paciente.
- Sobre cómo recuperar las vocaciones de excelentes profesionales, hastiados por el ejercicio de su trabajo con recortes económicos y materiales, que se sienten infra

cuidados y maltratados por el sistema.

A través de la investigación colaborativa multicéntrica e internacional, el Proyecto HU-CI pretende evaluar diferentes áreas y llevar a cabo la implementación de las correspondientes acciones de mejora. Esas áreas de mejora e investigación (Figura 1) fueron detectadas a través de la escucha activa y la reflexión compartida sobre miles de opiniones de los protagonistas, ha generado un Plan de Humanización de las UCI en la Comunidad de Madrid en España⁹ y ha sido reconocida por New England Journal of Medicine Catalyst¹⁰ como un cambio en el modelo de atención sanitaria.

Figura 1: Áreas de mejora e investigación de Proyecto HU-CI



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Proyecto HU-CI: humanizando los cuidados intensivos. <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/>
2. Declaración de Torrejón para la Humanización de los Cuidados Intensivos. 6 de Mayo de 2015. Proyecto HU-CI. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/declaracion-de-torrejón/>
3. Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD et al. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. PLoS One. 2015 Aug 31;10(8):e0136955
4. Informe ENVIN-HELICS 2015. <http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202015.pdf>. Acceso 1 Mayo 2018.
5. Harvey MA, Ninos NP, Adler DC et al. Results of the consensus conference on fostering more humane critical care: creating a healing environment. Society of Critical Care Medicine. AACN Clin Issues Crit Care Nurs. 1993 Aug;4(3):484-549
6. Diccionario de la Real Academia de la lengua española. <http://www.rae.es/>
7. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao. Ed.: Desclee De Brouwer. 2014.
8. El modelo afectivo-efectivo. Foro Premios Albert Jovell. <http://www.foropremiosalbertjovell.es/el-modelo-afectivo-efectivo> Acceso 1 de Mayo de 2018.
9. Plan de Humanización de las UCI de la Comunidad de Madrid. 2016. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2016/10/PlanHUCI.pdf>
10. Heras La Calle, G. My Favorite Slide: The ICU and the Human Care Bundle. NEJM Catalyst. April 5th 2018

Conferencia plenaria I: Humanización y empoderamiento

Naiara Fernández Gutiérrez

IMQ IGURCO

Se describirá la metodología de Humanización en la Atención que estamos llevando a cabo en nuestro centro socio-sanitario; donde se atienden a 129 personas mayores o de perfil equivalente, según Decreto Foral de la Diputación de Bizkaia 17/2014, distribuidos en tres módulos diferenciados, adaptados a sus necesidades:

- Unidad de Psicogeriatría: personas mayores con dependencia funcional asociada a enfermedades neurodegenerativas en fase severa o avanzada.
- Unidad de Dependencia Funcional: personas con dependencia asociada a enfermedad crónica no neurodegenerativa, aunque pueden presentar en muchas ocasiones, demencia como diagnóstico secundario, y a personas, que, debido a su comorbilidad clínica, no son capaces de realizar las actividades de vida diaria.
- Unidad de Cuidados Especializados
 - Unidad de Recuperación Funcional: pacientes con dependencia funcional de instauración aguda, por causa traumatológica, neurológica o de otro origen; que precisan tratamiento rehabilitador orientado a recuperar, si es posible, su nivel previo de autonomía.
 - Ortogeriatría
 - Decondicionamiento Funcional
 - Neurorrehabilitación
 - Cuidados al Final de la Vida: pacientes en situación de expectativa de vida limitada, que no pueden permanecer en su domicilio por falta de soporte socio familiar adecuado, y no susceptibles de traslado a Unidad de Cuidados Paliativos; así como personas con enfermedad avanzada que viven en ámbito residencial con complejidad de cuidados que sobrepasan las posibilidades de abordaje clínico de la misma.

Atendiendo a la diferente tipología de personas que atendemos, en los diferentes niveles asistenciales; definimos 6 ejes principales de Humanización caracterizados por las diferentes situaciones clínicas, funcionales y cognitivas de estas personas mayores; centrando el proceso de Humanización y Empoderamiento en sus diferentes necesidades:

- Cultura de humanización
- Humanización en paciente/residente autónomo
- Humanización en unidades de recuperación funcional
- Humanización en paciente con enfermedades avanzadas
- Humanización en paciente con demencia
- Humanización al final de vida

Para asegurar un trato humanizado, siguiendo lo pro-

puesto por diferentes modelos de atención centrada en la persona (“La atención gerontológica centrada en la persona. T. Martínez, 2011. Departamento Empleo y Asuntos Sociales, GV.”), se decide crear una Comisión Multidisciplinar de Humanización, en la que estén representadas todos los trabajadores que tienen contacto con las personas que viven en nuestro centro (Médico geriatra, Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Trabajadora Social, Psicóloga, y personal de Servicios Generales y Dirección, para analizar nuestra metodología de trabajo en base al cumplimiento de una atención personalizada desde la autonomía competencial y el proyecto vital de las personas, así como salvaguardando su confidencialidad e intimidad en el más amplio sentido de la palabra (física, informativa, relaciones interpersonales, al final de la vida..).

Esta atención centrada en las necesidades de la persona que atendemos, de forma que se respeten sus decisiones e intimidad, es integrada con hacerlo en términos de seguridad, minimizando los riesgos clínicos (caídas, desnutrición, úlceras por presión, errores de administración de fármacos...) inherentes a la atención sanitaria.

Dentro de cada eje se han desarrollado una serie de proyectos orientados a esta humanización:

- Adhesión a proyecto Sueñon®, para mejorar la calidad de sueño de las personas mayores
- Terapia con animales como plan de intervención psicoafectiva en personas con deterioro cognitivo, orientado a reducir sintomatología conductual y mejorar apatía
- “Un paseo para recordar”; entrevistas personales para determinación de la biografía de los pacientes que atendemos, así como las expectativas relativas al cierre de la misma (Proyecto de vida)
- Transformación digital para alcanzar la transparencia de la atención y comunicación con el paciente y sus familiares, con la creación de una aplicación móvil que transmita en tiempo real la información que los propios familiares consideran de interés sobre el proceso de atención (Focus-group familias)
- Programa Intergeneracional con alumnos de Lauaxeta ikastola; con inclusión de actividades compartidas (Reminiscencia: guerra civil española, representación teatral, coro...)

Asimismo, se describirá el seguimiento del proceso mediante la determinación de indicadores, el cumplimiento de objetivos propuestos, y el impacto en los propios pacientes, y su unidad familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 17/2014, de 25 de febrero, por el que se regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas dependientes y las condiciones de prestación del servicio en estancia permanente.
2. Counsell SR, Holder CM, Liebenauer L. Effects of a multicomponent intervención on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of acute care for elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 1572-81
3. Creating an elder-friendly hospital. *Healthc Manage Forum*. 1999 Fall;12(3):45-8.
4. Hart B1, Frank C, Hoffman J, Dickey D, Kristjansson J. Senior friendly health services. *Perspectives*. 2006 Spring;30(1):18-21.
5. Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno del País Vasco
6. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020

Los sistemas de notificación y registro de eventos adversos desde la perspectiva jurídica. Criterios para una reforma legal

Asier Urruela Mora

Profesor titular de derecho penal. Universidad de Zaragoza

El actual Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha desarrollado en los últimos años una intensa labor dirigida a la implementación de un sistema de notificación y registro de eventos adversos en la esfera sanitaria, proceso en el que algunos de los principales hitos vienen constituidos por diferentes estudios de prevalencia de eventos adversos en la realidad sanitaria española (estudio ENEAS¹ y estudio APEAS²), así como por la configuración de un Comité de expertos a nivel jurídico con la finalidad de elaborar una serie de informes que evidenciaran los problemas en la esfera legal de la implementación de un tal sistema de notificación, y las características técnicas con que debería contar el mismo para poder resultar operativo en nuestro marco normativo.

En lo atinente a los aspectos básicos del sistema, el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) se encuentra dotado del conjunto de los perfiles sugeridos por el grupo de expertos constituido por Romeo Casabona y Urruela Mora por encargo del propio Ministerio de Sanidad: se trata de un sistema voluntario, no punitivo, confidencial, basado en la notificación anónima o nominativa con anonimización ex post (en un período de 15 días), orientado al aprendizaje y a la implementación de mejoras principalmente a nivel local y focalizado en los fallos sistémicos y no individuales³.

Desde el punto de vista legal, sin embargo, quedan abiertas ciertas interrogantes⁴, pues el acceso a los datos recogidos en el sistema no puede limitarse frente a determinados terceros (así, por ejemplo, un juez penal en el marco de un proceso judicial). Particularmente sensible puede resultar la posición de los encargados del Análisis de Causa Raíz a nivel de cada centro, pues de resultar llamados como testigos a un proceso penal deberían aportar su conocimiento del caso al referido proceso, sin quedar amparados por ninguna restricción procesal como la que protege a los abogados frente a sus clientes o a los propios ministros de culto con respecto a lo conocido en el marco del secreto de confesión. En este sentido, la hipótesis preferente manejada por Romeo y Urruela de cara a garantizar la seguridad jurídica de los profesionales en el marco del SiNASP venía constituida por la aprobación de una serie de reformas legales de calado⁵ en defecto de las cuales (y dado que las mismas no se han implementado normativamente hasta el momento) cabe afirmar que el propio sistema de notificación adolece de una importante debilidad que puede retraer a los profesionales a llevar a cabo las oportunas notificaciones de eventos adversos (particularmente, en relación con aquellos

incidentes con resultados más graves para el paciente). Las reformas legales necesarias para lograr la referida seguridad jurídica para los profesionales implicados en los sistemas de notificación de eventos adversos⁶ –en particular, en relación con los miembros de los Comités encargados del Análisis de Causas Raíz– pasarían necesariamente por una reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (fundamentalmente, arts. 262 y siguiente y 416 y siguiente de dicha norma)⁷. El objetivo fundamental en este punto reside en la configuración de una serie de exenciones testificales y de restricciones de la obligación de denuncia en el marco del proceso penal para ciertos intervinientes en el sistema de notificación de eventos adversos⁸.

A efectos de la consecución del referido objetivo resulta fundamental, por un lado, la materialización de un importante consenso político que facilite la reforma legal apuntada lo cual debería verse facilitado en gran medida por la importancia de los sistemas de notificación de eventos adversos para la mejora de la calidad asistencial. Junto con lo anterior, la existencia de precedentes relevantes en derecho comparado ostenta una gran importancia pues permite vislumbrar el escenario normativo al que España debería orientarse. Tradicionalmente, se citan los casos de EEUU (Patient Safety and Quality Improvement Act, 2005) o Dinamarca (Act on Patient Safety in the Danish Health Care System, 2003) como principales referentes en este punto. A mi modo de entender un hito fundamental ha venido constituido por el caso italiano mediante la aprobación de una ley de 8 de marzo de 2017 sobre seguridad de la atención sanitaria y del paciente y de responsabilidad de los profesionales sanitarios⁹. Por un lado, el art. 1 de la mencionada norma erige la seguridad del paciente como parte constitutiva del derecho a la salud debiendo perseguirse dicho objetivo en interés del individuo y de la colectividad. Cabe destacar particularmente, por su valor como referente, tanto el art. 6 de la citada ley italiana de 8 de marzo de 2017 (relativo a la responsabilidad penal del profesional sanitario en caso de actuación imprudente) como el art. 16 de dicha norma que limita la utilización en procesos judiciales de actas y declaraciones obtenidas en el marco de actividades de gestión del riesgo clínico.

En conclusión, los precedentes de derecho comparado concurrentes en EEUU, Dinamarca o Italia marcan una importante línea de trabajo que puede servir de criterio-guía al legislador español de cara a futuras intervenciones en esta esfera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Véase Aranaz Andrés J. M^a (Director), Aibar Remón C., Vitaller Burillo J., Ruiz López P., Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. [online]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en la URL : <<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>>. [Con acceso el 1/9/2019]
2. Véase Aranaz Andrés J. M^a (Director), Aibar Remón C., Vitaller Burillo J., Mira Solves J.J., Orozco Beltrán D., Terol García E., Agra Varela Y., Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. [online]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en la URL : <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf>. [Con acceso el 1/9/2019]
3. Romeo Casabona C.M., Urruela Mora A., El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Granada: Comares; 2010: 178 y ss.
4. Mira Solves J.J., Romeo Casabona C.M., Astier Peña M.P., Urruela Mora A., Carrillo Murcia I., Lorenzo Martínez S., Agra Varela Y., Si ocurrió un evento adverso piense en decir “lo siento”. An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (2): 288.
5. Mira Solves J.J., Romeo Casabona C.M., Urruela Mora A., Agra Varela Y., Astier Peña M.P., Lorenzo Martínez S., Aibar Remón C., Aranaz Andrés J.M., La seguridad jurídica de los profesionales sanitarios. Un requisito para lograr una mayor calidad asistencial. Derecho y Salud. 2017; 27(2): 94-110.
6. Romeo Casabona C.M., Urruela Mora A., El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Granada: Comares; 2010: 195-199.
7. Astier-Peña M.P., Romeo Casabona C.M., Urruela Mora A., Tendiendo puentes entre regulación jurídica y cultura de seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud. Journal of Healthcare Quality Research. 2018; 33(2): 65-67.
8. Libano Beristain A., Gestión de riesgos y sistemas de notificación de eventos adversos. Análisis técnico-jurídico del modelo español (SiNASP), en Alberto Palomar Olmeda, Josefa Cantero Martínez, Tratado de Derecho Sanitario (Vol. II). Cizur Menor: Aranzadi, 2013: 349-373.
9. Bellandi T., Tartaglia R., Sheikh A., Donaldson L, Italy recognises patient safety as a fundamental right. BMJ. 2017; 357: j227.

Seguridad de pacientes: ¿aportan algo los procesos asistenciales integrados?

Ana Belén Pérez Jiménez

Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura

En Extremadura todos los hospitales de la Comunidad están adheridos al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) y es una fuente de información en Seguridad de Pacientes.

En el análisis de incidentes notificados en SiNASP de la Comunidad de Extremadura en 2018 podemos observar que el nº de incidentes ocurridos en el Bloque Quirúrgico se encuentra en el segundo lugar y representan el 13,94% de los mismos.

De estas notificaciones en el Bloque Quirúrgico clasificadas según la gravedad de las consecuencias para los pacientes afectados el 60,87% han sido “situaciones con capacidad de causar un incidente”, el 17,39% “incidente que no llegó al paciente” y el 21,74% “incidente que llegó al paciente”; de éstos el 60% no causan daño y el 40% han causado “algún daño” al paciente.

Al realizar el análisis de los factores contribuyentes observamos que el 62% son debidos a factores profesionales, estos son los que tienen la frecuencia relativa más elevada, del 61,90%; dentro de ellos destacan por este orden el comportamiento/conducta de los profesionales, la formación/conocimiento/competencia de los profesionales, seguidos de los problemas de comunicación y por último los factores estresantes/emocionales/ fatiga.

A los factores profesionales les siguen con una frecuencia relativa del 19,05% los factores de la organización, como son la falta o inadecuación de normas, procedimientos y protocolos de trabajo, y los recursos humanos insuficientes/carga de trabajo.

Y en tercer lugar Los factores del entorno de trabajo, las instalaciones y el equipamiento con un 9,52%.

Y por último los factores relacionados con el paciente y “otros” tienen la menor frecuencia relativa con un 4,76%.

Todos estos factores en definitiva contribuyen a la aparición de incidentes y eventos adversos y hay que ser conscientes de que éstos conllevan:

- Aumento de la mortalidad,
- Disminución de la capacidad funcional de cada paciente,
- Pérdida de años de vida ajustados por calidad
- Importantes costes económicos derivados del incremento de estancias hospitalarias,
- Además del sufrimiento personal de pacientes afectados, sus familiares, personal cuidador y de los propios profesionales

La “Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud” (Madrid, 2007) en la

que demandan “la máxima SEGURIDAD en cualquier centro sanitario” y especifican “Seguridad de que se nos atiende en espacios limpios y seguros, sin elementos que puedan ocasionar efectos adversos a las personas. Seguridad de que se nos ofrecen los mejores tratamientos basados en la evidencia científica con los mejores recursos humanos y materiales”.

Así, teniendo en cuenta todos estos aspectos la Dirección General de Salud Pública desde Seguridad de Pacientes, se plantea mejorar la seguridad de pacientes en el Bloque Quirúrgico.

En este contexto es en el que nace el PAI del Paciente Quirúrgico, con el objetivo de “Garantizar la seguridad del paciente en el itinerario quirúrgico implementando las prácticas basadas en la evidencia en cada uno de los puntos críticos de riesgo de los subprocesos que componen el Proceso Asistencial Integrado del Paciente Quirúrgico, asegurando la continuidad asistencial, “centrándonos en el paciente como persona, teniendo en cuenta sus necesidades de salud específicas, sus expectativas y valores” (Guía para la elaboración de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Extremadura) y corresponsabilizando al paciente de su proceso.

Este Proceso Asistencial Integrado es el mapa asistencial de procesos, subprocesos y actividades para la totalidad de profesionales que trabajan en las unidades de atención especializada, equipos de atención primaria y centros residenciales que prestan asistencia sanitaria o sociosanitaria al paciente quirúrgico desde el momento que acepta ser intervenido hasta que concurren las circunstancias que se indican en las que sale del Proceso Asistencial.

Es también la hoja de ruta para el paciente al que se le va a realizar una intervención quirúrgica, en la que se le aporte la información de cada fase del Proceso y los elementos fundamentales de cada una de ellas.

Tras el proceso de implantación se realizará anualmente la medición de los indicadores especificados en el mismo.

Con el PAI hemos contribuido a mejorar los factores contribuyentes detectados en los incidentes notificados puesto que:

1. Al elaborar el mapa asistencial de Procesos Quirúrgicos hemos:
 - a. Definido las actividades y tareas de cada uno de los profesionales en los distintos niveles de atención lo que evita conflictos entre los trabajadores y mejora la comunicación dentro de los equipos
 - b. Estructurado de manera ordenada las decisiones, lo que facilita la toma de éstas, disminuye la incerti-

- dumbre y con ello, los factores estresantes/ emocionales o fatiga en los profesionales
2. Los puntos críticos de riesgo en el itinerario del paciente quirúrgico aumenta la atención de los profesionales en los mismos, lo que reduce la aparición de eventos adversos
 3. Las prácticas basadas en la evidencia que garantizan la seguridad del paciente en cada uno de esos puntos mejora la formación /conocimiento y competencia, así como se subsana la falta de procedimientos y protocolos de trabajo lo que permite la estandarización de cuidados y disminuye la variabilidad
 4. Los responsables de cada acción de los subprocesos mejora los factores de la organización
 5. Las herramientas para llevar a cabo con la mayor eficacia las buenas practicas, aumenta la satisfacción laboral y mejora las aptitudes de los profesionales
 6. El protocolo de traslado de pacientes facilita la comunicación efectiva entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que intervienen en el proceso asistencial quirúrgico para garantizar su continuidad.

Con lo que podemos concluir que el PAI en Seguridad de Pacientes es una herramienta que ayuda a gestionar el riesgo y aumentar la seguridad y satisfacción de cada paciente, porque mejora los factores contribuyentes detectados como causantes de los incidentes relacionados con la seguridad de pacientes, así como también promueve el bienestar emocional y mejora el entorno laboral y la capacidad de resiliencia de los profesionales.

Como así lo manifestó la OMS en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud y dejó reflejado en el anexo 9 “Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona” en el que afirma que “El desarrollo de sistemas de atención más integrados y centrados en la persona tienen el potencial de generar beneficios significativos para la salud y la atención sanitaria de todas las personas, en particular una mejora del acceso a la atención, de la salud y los resultados sanitarios y de la educación sanitaria y la autoasistencia, un aumento de la satisfacción con la atención, de la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud y de la eficiencia de los servicios, y una reducción de los costos generales.”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health affairs*, 27(3), 759-769.
2. West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., ... & Shanafelt, T. D. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 174(4), 527-533.
3. Shanafelt, T. D., Kaups, K. L., Nelson, H., Satele, D. V., Sloan, J. A., Oreskovich, M. R., & Dyrbye, L. N. (2014). An interactive individualized intervention to promote behavioral change to increase personal well-being in US surgeons. *Annals of surgery*, 259(1), 82.
4. Navarro-González, D., Ayechu-Díaz, A., & Huarte-Labiano, I. (2015). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 41(4), 191-198.
5. Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576.
6. Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., & Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 49(2), 77-85.
7. García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., & Daudén, E. (2016). Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 107(5), 400-406.
8. Organización Mundial de la Salud (2016). 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-sp.pdf

90 días para mejorar la seguridad del paciente

Vicente Santana López

Observatorio de seguridad del paciente de Andalucía

A finales de noviembre de 1999, la publicación del informe “Errar es humano” sacudió la atención sanitaria.

Trajo a la luz pública el problema de los eventos adversos y señaló con claridad por qué la seguridad del paciente es una prioridad para cada organización sanitaria.

El propio Bill Clinton, a la semana siguiente de publicarse, ordenó a las agencias y departamentos federales trabajar enérgicamente para que en 90 días se estableciera la actividades necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes, a todos los niveles.

Dos décadas después el trabajo enérgico continúa. Pero el momento es otro.

Wikipedia, Facebook, Skype, Youtube, Twitter, el iPhone, Spotify, Airbnb, Whatsapp, Uber, Instagram, Tinder y el “Ok Google”... son parte de la lista de cosas que no existían en 1999, justo cuando el movimiento de de seguridad del paciente arrancaba.

Esa revolución digital, que se ha hecho saltar por los aires muchas de las barreras del siglo XX está por llegar con toda su fuerza al sector sanitario. La seguridad del paciente puede beneficiarse especialmente de este nuevo esquema: más velocidad, menos intermediarios, mayores capacidades para profesionales y pacientes. Con ese foco venimos trabajando desde el Observatorio para la Seguridad del Paciente, de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Sistema de gestión de incidentes de seguridad del paciente

Hemos convertido el Sistema de gestión de incidentes en un sistema multiplataforma (web-móvil), de modo que los usuarios pueden notificar indistintamente desde el PC o desde su smartphone a una misma base de datos, y con la misma herramienta de análisis de la información.



A diferencia de otros sistemas que se instalan para un hospital o un área al completo, en Andalucía el sistema de gestión de incidentes está desplegado a nivel de Unidades de Gestión Clínica.

A 1 de diciembre de 2018, este sistema es utilizado por **1046 centros/unidades de gestión clínica**, y manejado por un total de **2375 profesionales**, entre gestores locales y usuarios registrados.

Se han recibido un total de **3463 notificaciones**, una

media de **10,4 incidentes/diarios**. El **37,4% resueltos o con acciones de mejora**.

En relación a **Avizor**, el **primer sistema móvil de notificación**: Supera las **2000 descargas**

Se ha notificado por esta vía en torno a **1900 incidentes** desde su puesta en marcha, con una clara pendiente ascendente.

En estos momentos, el **20%** de los incidentes que llegan al sistema de gestión de incidentes de SegPac son ya vía app.

Recientemente se ha añadido una “capa intermedia de gestión por expertos”, que permite a equipos profesionales especializados en alguna temática conocer los incidentes relacionados con su ámbito que se están produciendo en cada momento.

Así, por ejemplo, los incidentes relacionados con la medicación se comparan, de forma automatizada y a tiempo real con el **Centro Andaluz de Farmacovigilancia**, capaz de dar una respuesta muy elaborada, llegando a la AEMPS, a Farmaindustria, y sumando esa información a las redes europeas; los incidentes relacionados con vacunas se trabajan en el seno de la **Comisión Asesora de Vacunaciones de Andalucía**; los relacionados con las TIC y la historia clínica electrónica, que se tratan en el **Servicio de Coordinación de Sistemas de Información del SAS**, o los que afectan a pacientes a su paso por el quirófano, con el **grupo de expertos de seguridad quirúrgica** de la comunidad.

En 2018 se han derivado más de 500 incidentes a estos grupos autonómicos de expertos.

La unidades asistenciales pueden comunicarse entre sí, a tiempo real, incidentes en cuya secuencia han podido verse implicadas, buscando un aprendizaje y una resolución conjuntas.

En septiembre de 2019, se ha puesto en producción una nueva versión del sistema de gestión de incidentes en web, y de la app Avizor.

En 2018 se han derivado más de 500 incidentes a estos grupos autonómicos de expertos.

TIC y Seguridad del paciente

Desde el Observatorio para la Seguridad del Paciente se trabaja en el diseño de aplicaciones móviles dirigidas a pacientes para propiciar la participación activa en su propia seguridad, y que han servido de base a los desarrollos a gran escala que en materia de salud móvil de la Consejería de Salud y Familias (**Proyecto**



ClicSalud+) En este apartado destacan:

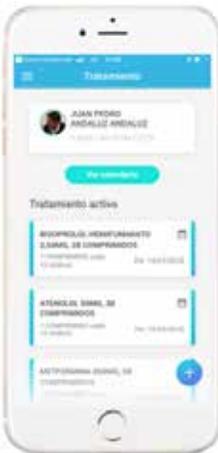


RecuerdaMed

que posibilita al paciente o a la cuidadora llevar un control exhaustivo de los medicamentos, conocerlos, y favorecer la conciliación de la medicación con los profesionales sanitarios. **15.000 descargas** registradas desde su puesta en marcha en 2013. Hasta 14 nuevas versiones subidas (última actualización Junio 2019)

Listeo+

que permite al paciente cumplimentar mediante recordatorios y ayudas en el móvil el listado de recomendaciones prequirúrgicas personalizadas relacionadas con la intervención a la que se va a someter. En estos momentos está en curso un ensayo clínico aleatorizado en la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir (400 pacientes reclutados hasta la fecha)



ClicSalud+

El Observatorio para la Seguridad del Paciente ha participado en el diseño y desarrollo de la app MiPrescripción, en el marco del proyecto ClicSalud+, y que se encuentra ya publicada en los markets.

Agentes conversacionales

Comunicarse mediante interfaces habladas con una máquina es la máxima expresión de invisibilidad y humanización tecnológica.

Cualquier persona, independientemente de sus habilidades digitales puede interactuar con un equipo así, y en este sentido son particularmente relevantes para las personas mayores, al proporcionar una forma natural de acceder a la tecnología, por encima de ciertas discapacidades motoras, sensoriales, o cognitivas.

Los agentes conversacionales van camino de sustituir a las aplicaciones móviles de salud, y de cambiar nuestra manera de interrelacionarnos con la tecnología.

Estamos realizando una primera prueba de concepto utilizando un agente conversacional, para pedir cita a atención primaria, y que posibilite también a los usuarios obtener recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente.



A modo de resumen, el trabajo realizado en este terreno desde la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía puede consultarse en un análisis de situación, recientemente publicado, con lo logrado y lo pendiente hasta la fecha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bates DW, Singh H. Two Decades Since To Err Is Human: An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety. Health Affairs. 1 de noviembre de 2018;37(11):1736-43.
2. The NHS Patient Safety Strategy | NHS Improvement [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://improvement.nhs.uk/resources/patient-safety-strategy/>
3. Análisis de situación de la estrategia para la seguridad del paciente en Andalucía 2018 [Internet]. Junta de Andalucía [citado 2 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://lajunta.es/1sf9z>
4. Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía [Internet]. Junta de Andalucía. [citado 2 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/calidad-sistema-sanitario/paginas/seguridad-pacientes.html>

“Aprender haciendo” y “Proceso enfermero”: 2 metodologías que mejoran el estilo de vida de los estudiantes de enfermería

F.J. Pérez Rivas

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid

JUSTIFICACIÓN/OBJETIVOS

Las enfermedades crónicas causan a nivel mundial el 72,3 % de las muertes¹ y generan más del 75 % del gasto en salud pública². En España, se ha estimado que las enfermedades crónicas causan el 92.8% de todas las muertes y en las personas mayores de 60 años representan la mayor carga de enfermedad, atribuyéndose a estas enfermedades el 95.5% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)³.

La mayoría de las enfermedades crónicas se pueden atribuir a una serie de factores de riesgo modificables como son el consumo de tabaco, una dieta inadecuada y el sedentarismo⁴. Varios estudios publicados recientemente han demostrado que en la población general, las personas que mantienen un estilo de vida saludable tienen un menor riesgo de mortalidad por todas las causas⁵ y una mayor esperanza de vida⁶. Del mismo modo, los adolescentes y adultos jóvenes que tienen un estilo de vida saludable tienen más probabilidades de alcanzar la edad adulta con marcadores favorables de enfermedad cardiovascular⁷.

Las enfermeras que trabajan en atención primaria juegan un papel fundamental en la promoción de estilos de vida saludables en todas las etapas vitales, por lo que es necesario que los estudiantes de enfermería desarrollen, durante su formación universitaria, habilidades que les permitan abordar estos aspectos con solvencia⁸.

La metodología de ‘Aprender haciendo’ es un método de enseñanza basado en la acción, la experiencia y el trabajo en equipo⁹. Se basa en la premisa de que las personas aprenden de lo que hacen y que lo que se ha aprendido se ve reforzado por la teoría, y si esto se hace en un grupo, es más efectivo y gratificante. En este tipo de enseñanza, los estudiantes adquieren un papel activo en el que se les alienta a alcanzar objetivos importantes al aplicarlos con un pensamiento crítico y reflexivo.

El proceso de enfermería es un método sistemático y racional para organizar y prestar los cuidados de enfermería¹⁰. Esta metodología permite la resolución de los problemas mediante la aplicación de unos cuidados profesionales basados en la mejor evidencia disponible.

Objetivo: Identificar y modificar en los alumnos de Grado de Enfermería factores de riesgo (FR) de enfermedades crónicas (EC), aplicando una metodología del aprendizaje basado en la experiencia y sustentado en la utilización del proceso enfermero (PE).

MÉTODO

Ámbito: Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid (UCM)

Diseño: Estudio cuasiexperimental de intervención (antes-después) sin grupo control.

Sujetos: Alumnos matriculados en la asignatura de Enfermería Comunitaria I (2º de grado) durante 8 cursos (Del 2011/12 al 2018/19): n=1653

Instrumentalización:

1. Realización de los seminarios “Cuidate-Cuidale” al inicio del curso académico:

- Identificación de FR de EC: consumo de tabaco (cooximetría > 10 ppm); exceso de peso (IMC>25) o Tensión Arterial elevada (TA > 140/90)

- Los alumnos que presentan algún FR seleccionan compañeros que ejercen como ‘alumnos enfermeros de apoyo’ y son los responsables de realizar el plan de cuidados (PC): pactan objetivos con el alumno en riesgo, planifican y ejecutan las intervenciones necesarias, realizan el seguimiento y acompañan al alumno en riesgo durante todo el proceso...

- Objetivos propuestos: abandono del hábito tabáquico y/o disminución de 3 kg de peso. Aquellos grupos que logran cumplir el objetivo incrementan su nota un 15 %.

2. Al finalizar el curso los alumnos presentan el PC ejecutado y se realiza la evaluación del cumplimiento de objetivos, realizando nueva medición de peso y cooximetría.

Análisis de datos: descripción de muestra y comparación de medias y proporciones utilizando T de Student y Chi cuadrado. Intervalos de confianza al 95%. Significación del 0,05. Cálculos realizados con SPSS V.25.

RESULTADOS

El número de estudiantes matriculados durante los ocho años fue de 1653, con una edad media de 22.3 años (DE 6.7). El 80,7% de los estudiantes fueron mujeres.

Factores de riesgo identificados:

696 alumnos (42,1%) presentaron al menos un factor de riesgo. El 20,6% de los alumnos (341) eran fumadores en aquel momento; 79 alumnos (4,8%) presentaban obesidad y 330 sobrepeso (20%). Se identificaron 89 alumnos (5,4%) con cifras de TA > 140/90 que fueron derivados a su centro de sa-

lud. También se derivaron 24 estudiantes (1,5%) que tenían un IMC < 17,5.

145 alumnos (8,8%) presentaron más de un factor de riesgo.

Constitución de grupos de trabajo:

De los 696 alumnos que presentaron FR, 330 (47.4%) decidieron iniciar un PC para modificar su estilo de vida: 93 para dejar de fumar (27.3% del total de fumadores) y 237 de los que presentaron sobrepeso/obesidad (57.9%). Estos 330 alumnos contaron con la ayuda de otros 606 alumnos que ejercieron como "alumnos enfermeros de apoyo".

Si consideramos a los estudiantes con factores de riesgo y aquellos que actuaron como 'enfermeras de apoyo', el número de estudiantes que participaron activamente en la experiencia fue de 1128, lo que representó el 68,2% de los estudiantes que asistieron al Seminario.

Efectividad de la intervención:

De los 330 estudiantes que comenzaron un plan de atención para cambiar sus hábitos, 187 (57%) alcanzaron el objetivo. La intervención fue más efectiva para los estudiantes fumadores, ya que el 66,7% (62 estudiantes) pudieron dejar de fumar o tu-

vieron un consumo ocasional (cooximetría <6 ppm). La diferencia de valores medios de la cooximetría antes y después de la intervención fue de 11,3 ppm (IC del 95%: 9-13,6; p <0,01).

El 52,7% de los estudiantes que intentaron bajar de peso, alcanzó la meta establecida. El promedio de disminución de peso fue de 4,8kg (IC 95% 4,5-5,0; p <0,01).

CONCLUSIONES

La metodología de 'aprender haciendo' ha resultado efectiva, produciendo un doble beneficio: mejorar los estilos de vida y el aprendizaje "inolvidable" para todos los estudiantes sobre cómo, a través de la aplicación del PE, se pueden modificar factores de riesgo.

Esta experiencia de aprendizaje probablemente ha aumentado el potencial de todos los estudiantes para abordar estos problemas en su práctica futura como enfermeras profesionales.

La universidad puede y debe trabajar para promover los hábitos saludables de los estudiantes, contribuyendo así no solo a su desarrollo académico y profesional, sino también a su cuidado personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2017 Sep 16;390(10100):1211-59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28919117>
2. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona P-J, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2018;151(5):171-90. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775318303312>
3. Gènova-Maleras R, Álvarez-Martín E, Catalá-López F. Aproximación a la carga de enfermedad de las personas mayores en España. *Gac Sanit*. 2011;25(Supl 2):47-50.
4. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva; 2009.
5. Aboulghate A, Abel G, Elliott MN, Parker RA, Campbell J, Lyratzopoulos G, et al. Do English patients want continuity of care, and do they receive it? *Br J Gen Pract* [Internet]. 2012 Aug 1;62(601):567-75. Available from: <http://bjgp.org/cgi/doi/10.3399/bjgp12X653624>
6. Li Y, Pan A, Wang DD, Liu X, Dhana K, Franco OH, et al. Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. *Circulation* [Internet]. 2018;CIRCULATIONAHA.117.032047. Available from: <http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047>
7. Gooding HC, Shay CM, Ning H, Gillman MW, Chiuve SE, Reis JP, et al. Optimal lifestyle components in young adulthood are associated with maintaining the ideal cardiovascular health profile into middle age. *J Am Heart Assoc*. 2015;4(11):1-10.
8. Barton AJ. Role of the RN in Primary Care: Implications for Nursing Education. *J Nurs Educ* [Internet]. 2017 Mar 1;56(3):127-8. Available from: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/01484834-20170222-01>
9. Carballo R. Aprender haciendo. Guía para profesores. Aproximación a los espacios de aprendizaje basados en la acción, la experiencia y el grupo de trabajo y aplicaciones prácticas. Madrid; 2006.
10. Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5a edición. Masson, editor. Barcelona; 2003.

Hospital 4.0: Implementación tecnológica desde las personas

Rubén García Fernández

OSI EE CRUCES - IIS BIOCRUCES BIZKAIA

JUSTIFICACIÓN

La rápida evolución de las nuevas tecnologías, la alfabetización digital y las competencias digitales, están provocando una transformación del modelo asistencial de salud. Las organizaciones sanitarias están bajo cierta presión por integrar estas nuevas tecnologías en su práctica clínica, con el fin de transformar la atención y ser más eficientes, pero la complejidad organizativa y el factor humano dificultan esta transformación [1][2]. La apuesta por innovación como motor de cambio y transformación dentro de la estrategia de las Organizaciones Sanitarias, puede ayudar a esta evolución, y por consiguiente, a la mejora continua y a la sostenibilidad de nuestras organizaciones [3]. Más allá de las infraestructuras, las organizaciones sanitarias deben apostar por la innovación como herramienta de transformación cultural [3][4], liderando este cambio a través de iniciativas "top-down", que empoderen a actores clave "early adopters" [5].

La evidencia científica vinculada a la implementación sanitaria de tecnologías como la impresión 3D (I3D), la realidad virtual, aumentada y mixta (RVAM) [8][9][10], plagada de estudios simplistas y dirigidos, se antoja insuficiente para justificar la transferencia de muchas de las mismas; sin un enfoque global que aborde todos los factores que afectan a esta transferencia y los cuales están interrelacionados (técnicos, sociales y organizativos) [1][6]. Evidentemente no hay una "talla única para todos", pero existen puntos en común y buenas prácticas que se pueden combinar, adaptar y utilizar de manera particular [1][7], sin que integrar estas nuevas herramientas puedan afectar a la seguridad de paciente [6][3].

OBJETIVO

Implementación de nuevas tecnologías en la rutina clínica, a partir de una dinamización guiada y evaluada, y una estrategia de innovación corporativa. Transformación cultural a partir de perfiles innovadores como motor de cambio para el asentamiento de estas nuevas tecnologías.

MATERIAL Y MÉTODOS

La OSIEEC y el IISBCB cuentan con un enfoque de innovación abierta compartido, plasmado en la estrategia a través del "Objetivo Estratégico 06 Innovación Abierta", y un sistema certificado bajo la norma UNE 166002. Dentro de ésta estrategia, se identificó como una de las líneas prioritarias la exploración de nuevas tecnologías y metodologías emergentes, con la idea de que esta línea pudiese dar respuesta (a través de otras visiones) a los diferentes retos de salud de la organización (cronicidad y activación del paciente, seguridad clínica, humanización, diagnóstico y tratamiento, ...)

Las herramientas para la incorporación de nuevas tecnologías son las siguientes:

- **VIGILANCIA TECNOLÓGICA E INTELIGENCIA COMPETITIVA.** Radar de nuevas oportunidades.
- **REDES DE CONOCIMIENTO.** Compartir buenas prácticas y aprender de otros.
- **FOMENTO DE LA CULTURA INNOVADORA "BERRI-PILLS".** Sesiones abiertas a todos los trabajadores de al OSI y grupos de interés, con la idea de acercar nuevas visiones e iniciativas que se están realizando tanto en nuestro sector como en otros.
- **IDENTIFICACIÓN DE RETOS Y ACTORES CLAVE.** Detección de necesidades a través de "Desayunos Tecnológicos": exploración de tecnologías y contraste específico con diferentes servicios hospitalarios. Encuentros para identificar a los actores clave que pueden llevarlos a cabo ("early adopters").
- **CREACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES LIDERADOS POR LA UNIDAD DE INNOVACIÓN.** Acercar lenguajes tecnológicos y sanitarios, creando equipos multidisciplinares, ayuda a romper barreras y a que perfiles sanitarios asuman nuevos roles tecnológicos.
- **ESTUDIOS CLÍNICOS.** Evaluación del impacto de la incorporación de las nuevas herramientas, atendiendo a las particularidades de cada organización.

Desde 2015 se han realizado las siguientes actividades vinculadas a las nuevas tecnologías de imagen:

- **5 jornadas (Berripill)** relacionadas con la I3D y la RVAM.
- **1 jornada de difusión de resultados de Impresión 3D** para el Sistema Vasco de Salud. <https://www.osieec.eus/blog/jornada-sobre-impresion-3d-en-el-sistema-vasco-de-salud-2/>
- **2 Desayunos tecnológicos:** I3D y RVAM.
- **2 actividades de Exploración tecnológica con empresas:** Impresión 3D (Maxilofacial, Traumatología y C. Pediátrica) y Realidad Aumentada (Maxilofacial).
- **5 cursos de formación específica.** Participación total: 60 personas, 21 de ellas del servicio de Radiodiagnóstico).

RESULTADOS

[2016] RADIOLOGÍA COMO SERVICIO REFERENTE (evolución de la imagen). Inicio del proyecto KIRUD3, con radiología como eje del proyecto.

[2016] ADQUISICIÓN DE IMPRESORA 3D Y PETITORIO WEB. Creación de un espacio específico en la Intranet y definición del proceso de solicitud.

[2017] DIFUSIÓN EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

<http://www.eitb.eus/es/television/programas/teknopolis/videos/detalle/3991842/video-cirujias-apoyadas-impresoras-3d/>

http://www.berria.eus/paperekoa/1827/046/001/2016-06-04/3d_medikuntza_iraultzear.htm

<https://www.elcorreo.com/sociedad/salud/impresora-guia-mano-20171124163244-nt.html>

[2017] ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍAS DE I3D y RVAM: Nuevas tecnologías de I3D, Gafas de Realidad Virtual y Gafas de Realidad Aumentada y Mixta.

[2018] REFERENTES EN EHEALTH (PLATAFORMA NACIONAL ITEMAS) Coordinadores del Grupo de Trabajo eHospital de la plataforma nacional ITEMAS. Liderando el subgrupo de I3D y de RVAM.

[2018] NUEVOS PERFILES: Acuerdo con el Centro de Formación San José de Calasanz para la formación en impresión 3D dirigida a Técnicos de Radiología. (6 alumnos en prácticas en el Curso 2018-2019).

[2018] PREMIOS. Ganadores a nivel Euskadi y finalistas internacionales de los “Quality Innovation Award” con el proyecto de I3D: “Guía de infiltración de toxina botulínica customizada”.

[2019] REFERENTES A NIVEL NACIONAL EN I3D: 140 Casos realizados en desde 2016, 56 en 2019 (registros hasta 16/08/2019). Solicitados por **33 cirujanos diferentes, de 14 Servicios clínicos distintos.**

[2019] CONSOLIDADO PROGRAMA DE IMPRESIÓN 3D

VINCULADO A RADIOLOGÍA. Programa formativo acreditado para residentes del Hospital.

[2019] CREACIÓN DE LABORATORIO DE TECNOLOGÍAS 3D. Adquisición de Impresora profesional con tecnologías Multijet (multicolor).

[2019] ESTUDIOS CLÍNICOS: 2 estudios clínicos para valorar la eficacia de la Realidad Virtual en Lesionados Medulae y pacientes de C. Pediátrica. 1 estudio clínico para valorar la eficacia de la impresión 3D en reconstrucciones óseas (maxilofacial y traumatología).

CONCLUSIONES

La transferencia de las nuevas tecnologías 4.0 en el modelo asistencial, requiere de una implementación guiada y evaluada, incorporando agentes clave en el proceso como Gerencias, Sistemas de Información o Direcciones Médicas.

El éxito en la implementación atiende a un cambio cultural impulsado por estrategias de innovación. Entendiendo la investigación como una apuesta por generar conocimiento y evidencia, la innovación debe comprenderse como la aplicación de este conocimiento para generar valor en las organizaciones, en beneficio del paciente.

La implementación de nuevas tecnologías requiere de un cambio en las rutinas y una capacitación del personal clínico. Identificar agentes de cambio “early adopters” es clave para la lograr esta “transformación cultural”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. P. Waterson, “A critical review of the systems approach within patient safety research,” *Ergonomics*, vol. 52, no. 10, pp. 1185–1195, 2009.
2. P. Waterson, P. L. T. Hoonakker, and P. Carayon, “Special issue on human factors and the implementation of health information technology (HIT): Comparing approaches across nations,” *Int. J. Med. Inform.*, vol. 82, no. 5, pp. 277–280, 2013.
3. B. T. Karsh, “Beyond usability: Designing effective technology implementation systems to promote patient safety,” *Qual. Saf. Heal. Care*, vol. 13, no. 5, pp. 388–394, 2004.
4. J. Sligo, R. Gauld, V. Roberts, and L. Villa, “A literature review for large-scale health information system project planning, implementation and evaluation,” *Int. J. Med. Inform.*, vol. 97, no. 2017, pp. 86–97, 2017.
5. E. M. Rogers, “Diffusion of preventive innovations. Addictive Behaviour, 27 (1), 989-993,” *Addict. Behav.*, vol. 27, pp. 989–993, 2002.
6. K. Cresswell and A. Sheikh, “Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review,” *Int. J. Med. Inform.*, vol. 82, no. 5, pp. e73–e86, 2013.
7. P. A. Abbott, J. Foster, H. de F. Marin, and P. C. Dykes, “Complexity and the science of implementation in health IT-knowledge gaps and future visions,” *Int. J. Med. Inform.*, vol. 83, no. 7, pp. e12–e22, 2014.
8. D. Mitsouras et al., “Medical 3D Printing for the Radiologist,” *RadioGraphics*, vol. 35, no. 7, pp. 1965–1988, 2015.
9. R. A. Mischkowski, M. J. Zinser, A. C. Kübler, B. Krug, U. Seifert, and J. E. Zöllner, “Application of an augmented reality tool for maxillary positioning in orthognathic surgery - A feasibility study,” *J. Cranio-Maxillofacial Surg.*, vol. 34, no. 8, pp. 478–483, 2006.
10. L. Li et al., “Application of virtual reality technology in clinical medicine,” *Am J Transl Res*, vol. 9, no. 9, pp. 3867–3880, 2017.

Cuidando la transición: de niño a adulto SIEMPRE ACOMPAÑADO

Enrique La Orden Izquierdo

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

JUSTIFICACIÓN

Más del 85% de los niños con enfermedades crónicas llegarán a la etapa adulta acompañadas de comorbilidades:

- Relacionadas con su salud física: retraso del crecimiento y pubertad, osteoporosis...
- Retraso en las capacidades psicosociales, trastornos del estado de ánimo, dependencia...
- Efectos adversos de los tratamientos.

Uno de los objetivos del Plan estratégico en Salud en Pediatría 2011-2015 de la Comunidad de Madrid fue promover la creación de unidades mixtas constituidas por pediatras de área de capacitación específica (ACE) y especialistas de adultos para facilitar de forma planificada la transición en enfermedades crónicas. Su objetivo era asegurar el cuidado médico de alta calidad, propiciado para cada etapa del desarrollo y su continuación de forma ininterrumpida durante el proceso. Así, es esencial una atención centrada en la familia, ya que “la familia es el paciente”. También es fundamental el desarrollo de competencias digitales en el niño para promover su empoderamiento y corresponsabilidad en el proceso asistencial.

El cuidado de los distintos servicios debe ser coherente, integral, parejo y coordinado para mejora de la experiencia del paciente. En este proceso los padres experimentan las mismas sensaciones: “sentir que tienen que volver a contar todo como si fuera la primera vez”, “sólo se ve el cuidado físico, pero no el cuidado emocional” “las caras de siempre conocen a su hijo pero las caras nuevas no” ...

Las consecuencias no deseadas de una mala transición son: una menor adherencia al tratamiento y seguimiento, mayor riesgo de hospitalización y un declive en la calidad de la atención a pacientes con una discapacidad física.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo principal fue el diseño e implantación de un proceso de transición del paciente pediátrico en un hospital de Grupo I con la mayoría de las ACE desarrolladas. En segundo lugar, establecer un método de valoración de la satisfacción percibida por el paciente y su familia como valor añadido a su experiencia asistencial. Por último, mejorar la humanización de la asistencia en el proceso de información al adolescente y a su familia en su papel de acompañante.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Se diseñó un proyecto cuyo alcance incluyó a los servicios clínico-asistenciales pediátricos y de adultos, a la dirección asistencial, al Servicio de Admisión y Atención al paciente y al Departamento de Sistemas de Información. Su restricción

fueron aquellos pacientes cuya complejidad excedía el nivel asistencial hospitalario y aquellos cuya madurez no correspondía a su edad cronológica. Se realizó un cronograma de planificación de proyecto que incluyó: 2 meses de desarrollo general, 2 meses de desarrollo específico por cada ACE y 2 meses para la integración en el sistema de información y organización de la actividad asistencial. Para la monitorización de la implantación se definieron indicadores en relación con el paciente, actividad y de calidad percibida. El proyecto se inició en Junio de 2018 y comenzó su implantación en Diciembre de 2018.

RESULTADOS

En la fase de diseño general se establecieron como entregables la presentación del proyecto a los interesados, diseño de los formularios específicos de la historia clínica electrónica y creación de prestaciones de primeras consultas y sucesivas en el sistema informático. Se diseñaron dos formularios: uno de valoración de madurez, actualizable durante el periodo previo a la transición y adaptado a modelos similares previamente validados, y otro para la inclusión del resumen clínico asistencial e ítems más relevantes. Tras este desarrollo inicial se realizó un desarrollo específico por cada ACE para coordinación de la actividad asistencial para cada paciente candidato. Se definieron los indicadores a monitorizar en 3 grandes grupos:

1. Indicadores en relación con el paciente:
 - a. Al inicio del proceso (1ª consulta transición)
 - I. Edad de inicio de transición (media y rango).
 - II. Patología de transición
 - III. Puntuación madurez (media y rango)
 - b. Al final del proceso (revisión con ALTA)
 - I. Edad final de transición.
 - II. Puntuación de la madurez al final de transición (Media y rango).
2. Indicadores en relación con la actividad:
 - a. Número de primeras consultas de transición/especialidad/año.
 - b. Número de visitas generadas desde el inicio hasta el fin de la transición/patología.
 - c. Número de pacientes con cierre de transición/especialidad/año
3. Indicadores en relación con la calidad percibida por el paciente.
 - a. Encuesta de satisfacción mediante NPS (Net Promoter Score) del proceso de transición.

De forma general, el pediatra realiza una valoración previa

de la madurez del paciente, de su responsabilidad en el manejo de su enfermedad y de su competencia digital en salud. Si se considera preparado se realiza una visita conjunta de transición con el especialista de adultos. Tras una puesta al día y en una situación clínica estable se finaliza el proceso con el paso definitivo a las unidades de adultos. Previo a la implantación se realizó una nueva reunión de interesados involucrando en este momento al Servicio de Información y Atención al paciente y al departamento de sistemas de información.

En el momento actual desde su implantación han planificado el proceso 24 pacientes, de los cuales 14 lo han iniciado y 10 completado. La edad media de inicio es 16,5 años (15,6-17,1 años) con una madurez media 3,6 (2,7-4,6) siendo 3 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, 3 esofagitis eosinofílicas, 2 celíacas, 4 diabetes tipo 1, 1 obesidad mórbida,

1 epilepsia y 1 nefropatía crónica. En general, la transición se ha realizado en 1-2 consultas. El NPS está pendiente de respuesta.

CONCLUSIONES

La aplicabilidad de los objetivos estratégicos en salud en pediatría implica la creación de unidades específicas de transición mixtas. Fomentar la corresponsabilidad en el manejo de la enfermedad crónica desde la atención pediátrica es fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario. El fomento de las competencias digitales en épocas precoces ayuda a su integración progresiva dentro de nuevos modelos de atención sanitaria e-HEALTH. La humanización de la asistencia sanitaria precisa dar una correcta información al paciente que le haga participe de todo el proceso y mejore su experiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Calatayud G, Marín Jiménez I, Tolín Hernani M. Consulta de transición en la enfermedad inflamatoria intestinal. Sánchez Sánchez C, Álvarez Calatayud G, Tolín Hernani M editores. Manual Práctico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal pediátrica. Madrid: Ergon. 2015. P. 361-369.
2. Jensen et al. Assessment of transition readiness in adolescents and young adults with chronic health conditions. *Pediatric Rheumatology* (2017) 15:70
3. González F et al. Validación español-argentina del cuestionario de transición a la atención médica del adulto en adolescentes con enfermedades crónicas. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(1):18-27.
4. Italian Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (SIGENP), Italian Association of Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO), Italian Society of Endoscopy (SIED), Italian Society of Gastroenterology (SIGE). Transition of gastroenterological patients from paediatric to adult care: A position statement by the Italian Societies of Gastroenterology. *Digestive and Liver Disease* 47 (2015) 734-740
5. Wells , F., & Manning , J. (2017). Transition of care from children's to adult services. *Nursing Children and Young People*, 29(8), 30-34.
6. Davis, A. M., Brown, R. F., Taylor, J. L., Epstein, R. A., & McPheeters, M. L. (2014). Transition Care for Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics*, 134(5), 900-908.
7. Buschur, E. O., Glick, B., & Kamboj, M. K. (2017). Transition of care for patients with type 1 diabetes mellitus from pediatric to adult health care systems. *Translational Pediatrics*, 6(4), 373-382.

Mejora de la calidad de la atención en consulta a través del rediseño de procesos

David Rodríguez Morales

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

La valoración, por parte del hospital, de pacientes derivados desde atención primaria es un proceso habitual. La capacidad de resolución de la situación clínica del paciente en las primeras consultas y la gestión de las sucesivas son aspectos clave en la organización del hospital y repercute en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Nos planteamos mejorar la accesibilidad de los pacientes derivados desde AP a consultas externas hospitalarias, atendiéndoles en el recurso más adecuado, y aumentar la capacidad de resolución de los profesionales mediante el rediseño de procesos, apoyados en las tecnologías de la información y la comunicación (TICS).

El proceso comienza revisando los partes de interconsulta (PIC) emitidos al servicio implicado (comenzamos con urología) en meses anteriores, lo que permite identificar los principales motivos de consulta y clasificarlos en diferentes protocolos.

Al disponer del texto literal que redacta el médico de primaria, se pueden extraer las palabras clave que permiten clasificar un PIC en un protocolo específico.

En segundo lugar, una vez establecidos los protocolos, y sus palabras clave, el servicio de urología estableció las pruebas diagnósticas necesarias e imprescindibles para ser lo más resolutivo posible en una primera consulta. También se analizaron las pruebas diagnósticas que se solicitaban y que generaban una sucesiva sólo para ver los resultados. Las pruebas seleccionadas se establecieron según la evidencia científica reciente, lo que permitió excluir aquellas que, aunque se pedían rutinariamente, no aportaban valor. Además, se estableció un periodo de vigencia para cada prueba, en el caso de que ya estuviera realizada previamente, oscilando esta vigencia, por lo general, entre los tres meses y los seis meses según cada caso.

Una vez establecido el tándem protocolo – palabras clave – pruebas diagnósticas, nuestros Sistemas de Información Sanitaria (SIS) procedieron a clasificar los PIC de los tres meses previos en los protocolos establecidos, en virtud de las palabras clave definidas.

Es decir, al texto libre de cada motivo de consulta se le pasaban estos filtros normalizados, con identificación de las alusiones a antecedentes personales y detección de negaciones, proporcionando a la salida el código CIE10 del diagnóstico encontrado y el protocolo correspondiente. Posteriormente, el sistema informático comprobaba si el paciente tenía realizada alguna de las pruebas asociadas al protocolo, dentro del periodo de vigencia establecido, para excluirlas o incluirlas en

la petición.

Tras esto, el referente de urología validaba esta clasificación automática, según el análisis de Big Data, y confirmaba si el PIC se había clasificado correctamente y si las pruebas asignadas eran las que correspondían una vez excluidas aquellas ya realizadas en el periodo de vigencia.

Esta fase permitió realizar los ajustes precisos en las palabras clave, mejorando el diccionario de términos de cada protocolo (incluidas las faltas ortográficas y las diferentes formas de escribir la misma palabra clave). También se analizaron los casos en los que no se había identificado correctamente la prueba que faltaba o que ya estaba realizada, principalmente por aspectos relacionados con la codificación y registro de las mismas en la historia clínica, lo que ha permitido mejorar los registros.

Así mismo, se vio la necesidad de establecer una prioridad a la hora de asignar un protocolo en el caso de que el paciente pudiera ser catalogado en más de un protocolo.

Esta primera fase duró dos meses. La experiencia obtenida en este primer abordaje permitió que, cuando se fueron incorporando nuevos servicios, su duración se redujera a la mitad (un mes, aproximadamente).

Una vez que el análisis automático de los PIC clasificaba correctamente más del 80% de los partes, se aplicó a los pacientes citados, al menos, dos semanas en adelante. Una vez revisados por el urólogo, aquellos que estaban correctamente clasificados y que se había comprobado que las pruebas que se iban a solicitar no estaban ya realizadas, el servicio de admisión del hospital llamaba a estos pacientes para indicarles la conveniencia de realizarse, a petición del especialista que le iba a atender, unas pruebas diagnósticas en los días previos a su cita.

Para ello se diseñó un argumentario para dirigirse a los pacientes y facilitar su citación para realizar las pruebas. La iniciativa fue muy bien recibida por los pacientes, incluso en los casos en los que había que retrasar la cita con el especialista para dar tiempo a tener los resultados de la prueba en la primera consulta, siendo excepcionales los rechazos.

Tras un mes, una vez validado que el sistema clasifica correctamente y la solicitud/rechazo de las pruebas es correcta, el proceso continúa de forma automática y el listado de pacientes a llamar se carga directamente en la estación de trabajo de admisión. Si el paciente acepta, se le cita para la realización de las pruebas y, en los casos que lo requieren, se ajusta la cita con el especialista garantizando que estén los resultados.

Se ha puesto en marcha, inicialmente, en 6 servicios (cardiología, digestivo, endocrinología, traumatología, oftalmología y urología). En los primeros seis meses se han analizado cerca de 29.000 PIC, y se ha podido clasificar 13.500 en un protocolo específico (47%). De éstos, se ha podido contactar telefónicamente con 8700 pacientes (65%), que han sido derivados al recurso más adecuado y con las pruebas pertinentes realizadas. En este tiempo se ha reducido el índice sucesivas/ primeras, en promedio, en 0,18 puntos, llegando casi a un punto en alguna especialidad. Se han detectado más de 1900 peticiones de pruebas (radiología, ecografía, colonoscopia, flujometría...) y un volumen similar de analíticas, presentes

en los protocolos de actuación, que ya estaban realizadas y se han evitado con el consiguiente beneficio para el paciente y ahorro económico para el hospital. Se han incrementado las altas en primeras consultas, en promedio, en un 6%, llegando algunos servicios a superar el 40%.

Por tanto, El rediseño del proceso de atención a los pacientes en consultas externas, con la inclusión de las TICS, ha permitido incrementar la capacidad de resolución de los profesionales que los atienden. Impacta en dimensiones de la calidad asistencial como la eficiencia, accesibilidad, adecuación, seguridad y aceptabilidad y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario.

La tecnología como facilitadora de la atención basada en el valor

Miquel Llover

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

El modelo de gestión sanitaria de atención basada en el valor (VBHC) propone una convergencia de los intereses de diferentes actores implicados en el cuidado del paciente hacia mismo objetivo: alcanzar los mejores resultados importantes para el paciente.

Un importante reto para los sistemas de información es cómo gestionar la recogida y el uso de estos resultados, ya que implica integrar diferentes fuentes de información, incluyendo datos clínicos, administrativos e inclusive datos que deben ser auto-reportados directamente por el mismo paciente, conocidos como Patient Reported Outcomes (PROs).

Para hacer frente a este desafío, muchas organizaciones de salud están interesándose por la digitalización y la innovación tecnológica, asumiendo que nuevos sistemas y enfoques tecnológicos pueden apoyar la recolección, proceso y difusión de información personalizada.

OBJETIVOS

La Unidad de Gestión de la Información que lidera la implementación de resultados de valor en el Hospital Universitario Vall d'Hebron se propuso:

- Desarrollar una plataforma propia para la obtención de PROs integrada con los sistemas de información del hospital.
- Creación de un informe único integrado en Historia Clínica Informatizada en que se combinen PROs con otros datos relevantes del set de resultados por condición clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Inicialmente nos centramos en el desarrollo de una plataforma de recogida de datos auto-reportados por paciente. Se decidió basar la nueva herramienta sobre una plataforma BPMS (Business Process Model Suite). Esto facilitaría la modelización, ejecución, monitorización y optimización del proceso de interacción con el paciente. Se definieron distintas tareas del pathway: planificación del envío de cuestionarios a través del correo electrónico, cambios de estado del paciente, gestión de la caducidad de las encuestas e interoperabilidad con los sistemas de información mediante mensajería HL7.

Se utilizó la plataforma Limesurvey para la creación y gestión de los cuestionarios, así como para la cumplimentación de estos por parte del paciente en formato web responsive

(ordenador, tablet, smartpone).

Para dirigir la creación del informe integrado, se llevó a cabo una observación y análisis de una consulta tipo y la información y soporte informático utilizado. Posteriormente, se solicitó al equipo clínico que expresaran sus requisitos de funcionalidad del informe. Se realizó una primera propuesta integrando sus consideraciones, que fue revisada de nuevo de forma conjunta para obtener la versión definitiva.

RESULTADOS

Se dispone de la plataforma ValuePro para definir e instanciar de forma ágil la recogida de PROs. Tras tres meses de implementación, se han incluido en el sistema los pathways de Ictus (784 casos) y Cáncer de próstata localizado (30 casos). Actualmente se está trabajando en los pathways de Cefalea, Fisura palatina y Cáncer de mama.

La nueva plataforma permite automatizar la generación de casos a partir de los eventos producidos en los sistemas de información como los ingresos o las altas, y facilita el seguimiento de cada uno de dichos casos.

Se consensuó con el equipo clínico la confección de un informe individual que integrara datos administrativos, resultados clínicos y PROs para su uso en el seguimiento del paciente, y a su vez, la creación de un informe agregado de datos, que constituye el cuadro de mandos de los servicios implicados en el cuidado de los pacientes.

CONCLUSIÓN

En el mercado no se encuentra una gran oferta de programas especializados en la recogida de PROs. Los que existen conllevarían un coste notable por cada pathway implementado y permiten únicamente la definición de procesos "lineales". El hecho de basar la definición de los pathways en un motor BPMS habilita la definición y ejecución de procesos "complejos" (time-outs, concurrencias...). Al aprovechar una plataforma OpenSource ya existente como módulo para definir y mandar los cuestionarios, se agilizó enormemente el desarrollo de la plataforma ValuePro.

El desarrollo de una herramienta de recogida de PROs y el diseño de un informe consensuado facilita la integración de estos en la práctica clínica. Los resultados sugieren que la tecnología facilita la implementación de la atención basada en el valor.

Comunicación y coordinación, claves para garantizar la integración

A. Barandiaran Igoa

OSI GOIERRI ALTO UROLA

La Organización Sanitaria Integrada Goierri - Alto Urola (OSI GAU) es una Organización de Servicios Sanitarios del SVS-Osakidetza (OSK), adscrito al Departamento de Salud (DS), que se constituye por Acuerdo del Consejo de Administración del 3 de octubre de 2011, por el que se crea una nueva estructura organizativa que integra la Atención Primaria (AP) (Comarca Mendebalde) y la Atención especializada (Hospital de Zumarraga) de nuestra zona geográfica de influencia, unas 100.000 personas. Esto ha supuesto una transformación en nuestro Modelo Asistencial para lograr la integración clínica en el proceso asistencial de manera que la atención sanitaria se articule en torno a la persona, que constituye el centro de la actividad, garantizando la continuidad asistencial y mejorando la eficiencia y sostenibilidad del sistema

OBJETIVOS

Articular un modelo de gestión que garantice la coordinación y la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la consecución de los objetivos establecidos el modelo de gestión se basa en las siguientes herramientas:

Plan Estratégico: La OSI ha incluido dicho objetivo en las líneas y retos estratégicos que desarrollaban los tres Planes Estratégicos que se han puesto en marcha desde su creación en 2012. El Plan Estratégico actual recoge en el Reto 3 "Integración asistencial y cronicidad" las siguientes iniciativas:

- I3.1.1 Continuar el desarrollo de la gestión por procesos .
- I3.1.2 Consolidar las rutas como modelo de atención.
- I3.1.3 Desplegar la estrategia corporativa de Atención Primaria.
- I3.1.4 Definir e implantar un Modelo de Atención en el Domicilio.
- I3.1.5 Definir e implantar un Itinerario del Medicamento
- I3.1.6 Impulsar las consultas no presenciales
- I3.1.7 Potenciar la comunicación y colaboración con otras organizaciones.
- I3.1.8 Seguir potenciando los Sistemas de información que favorecen la integración interniveles.
- I3.1.9 Consolidar el uso de herramientas de evaluación de integración.

Rutas asistenciales como herramientas transversales, integradoras:

Se trata de un conjunto de protocolos de actuación ante una enfermedad crónica, consensuados entre todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente en ese proceso. Especifica claramente qué, quién, cuándo y dónde se debe atender a un paciente a lo largo de todo el proceso de su enfermedad con el objetivo de proporcionar la mejor atención en el lugar y por el profesional más adecuado en cada circunstancia para mejorar la atención del paciente con enfermedades crónicas, asegurando la continuidad de cuidados por una mejor coordinación y comunicación entre Atención Primaria y Hospital.

Se han diseñado 9 rutas asistenciales para paciente pluripatológico, diabetes, insuficiencia cardíaca, EPOC, Cuidados Paliativos (CCPP), Patología Osteomuscular (incluida la lumbalgia), y otras rutas derivadas de la atención al niño. En la actualidad seguimos revisando y desarrollando nuevas rutas.

Modelo de Gestión por Procesos Asistenciales Transversales.

A lo largo del periodo 2015- 2017 el Equipo Directivo de la OSI Goierri-Alto Urola realizó una profunda reflexión acerca del modelo de gestión más adecuado a adoptar por una organización sanitaria integrada que garantizara por un lado el despliegue de los objetivos estratégicos a toda la organización y propiciara por otro, la generación de espacios comunes que favorezcan la integración entre los diferentes niveles de atención.

Fruto de dicha reflexión nace el Modelo de Gestión por Procesos Asistenciales Transversales que se ha ido implantando de manera progresiva desde finales de 2016. Los procesos que configuran dicho modelo de gestión son los siguientes: Paciente Crónico, Atención Pediátrica, Atención Urgente, Coordinación Socio sanitaria, Promoción y Prevención, Atención a la mujer y el Proceso Quirúrgico.

Estos procesos transversales son gestionados por equipos de gestión permanentes y autónomos compuestos por 8-10 personas con la capacidad de poner en marcha las actuaciones que consideren necesarias para alcanzar los objetivos definidos. En dichos equipos están representadas todas las funciones prioritarias así como todos los niveles asistenciales que participen en el proceso que se trate.



La herramienta principal de trabajo de estos equipos es el cuadro de mando en el que se recogen los objetivos prioritarios del proceso tras llevar a cabo el despliegue estratégico. Estos objetivos marcan la dirección en la que se debe trabajar prioritariamente con el fin de lograr alcanzar los objetivos estratégicos definidos. Además de los objetivos, junto con sus indicadores y metas, se definen los proyectos/acciones que van a hacer realidad los objetivos marcados.

Puesta en marcha de Grupos de Mejora:

Se trata de grupos multidisciplinares en los que participan todos los estamentos relacionados con el tema de interés. Desde el año 2017 se han puesto en marcha cinco grupos de mejora para la gestión de los siguientes proyectos:

- Agilizar el alta temprana en Medicina Interna.
- Revisión y planteamiento de mejoras al protocolo de actuación ante la fractura de cadera.
- Rendimiento quirúrgico en Oftalmología.
- Rendimiento quirúrgico en Cirugía General.
- Liderando la transformación de AP.

Herramientas de evaluación:

D´AMOUR: la herramienta utilizada para la evaluación de la integración es el cuestionario D´Amour, herramienta que recoge la colaboración entre los y las profesionales de la salud, en un contexto de integración asistencial, a través de la percepción de éstos.

EMAC: Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad permite realizar un diagnóstico en relación al grado de implantación de un modelo de atención a personas con enfermedades crónicas..

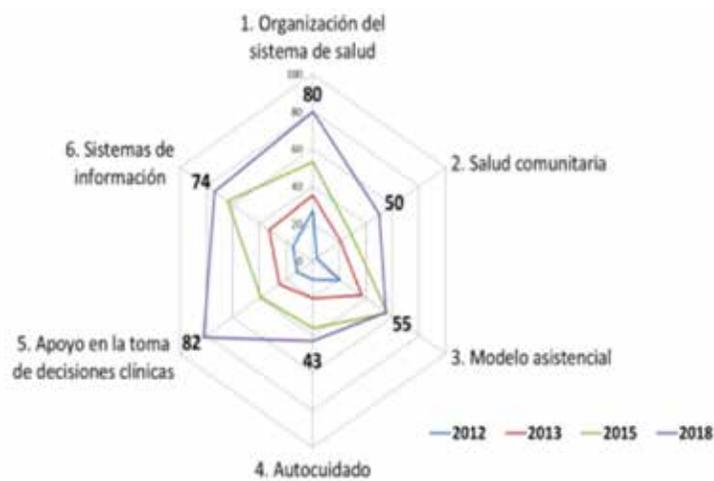
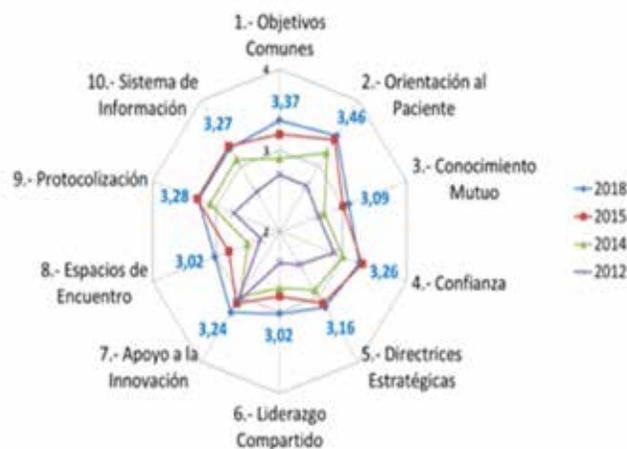
IEXPAC: Instrumento de evaluación de la experiencia del paciente crónico.

RESULTADOS

Según los resultados del Cuestionario D´Amour actualmente en la comparación con el resto de organizaciones de OSAKIDETZA somos la 3ª OSI con mayor participación cumplimentado por el 22,6% de los profesionales y la 2ª mejor valorada con una puntuación de 3,22/5 con una mejoría del 0,57 puntos desde el 2012.

La OSI GAU ha realizado cuatro mediciones desde su inte-

gración y el avance queda de manifiesto en la última medición en la que todos los ítems superan los 3 puntos (sobre una puntuación máxima de 5).



En cuanto a los resultados de la evaluación IEMAC, la OSI ha ido progresando en todas las evaluaciones realizadas desde el 2013 de 30 puntos a 59,58 puntos en la última evaluación realizada en 2018.

Finalmente los resultados en el IEXPAC son de 6,4 puntos obteniendo la mejor puntuación de OSAKIDETZA. (Media: 6,1 puntos).

CONCLUSIONES

Los esfuerzos realizados por la organización fomentando los grupos de trabajo, espacios colaborativos y los nuevos grupos de procesos, están viendo sus frutos en la mejora de los resultados que presentan las herramientas de evaluación definidas. Tanto los profesionales como los pacientes consideran que la coordinación y la comunicación han mejorado en los últimos años aunque debemos continuar trabajando en equipo para la mejora de la atención al Paciente en todos los ámbitos asistenciales, contando con la opinión del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arcelay A, Martínez C, Iruretagoyena M. L, Aguirrebeña J, González R. M, Sancho J.A, Olascoaga A, Marqués M. L, Ortueta P.J, Sáenz de Ormijana A, Almeida V, Ezeizabarrena A, García J. C, Irastorza L, Irurzun J, López de Gauna P, Ruiz M. C y DelValle M. L (2009), La coordinación entre atención primaria y especializada desde la perspectiva de los profesionales. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Informe nº: Osteba D-09-07.
2. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R (2008), A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations, *BMC Health Serv Res.* 2008 Sep 21;8:188.
3. Departamento de Salud, Gobierno Vasco (2014), Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020.
4. Departamento de Salud, Gobierno Vasco: Manuales de evaluación Anexo II Contrato Programa 2009-2017
5. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el sistema nacional de salud, *Revista Española de Salud Pública.* Jul 7; 90:e1-e16.
6. Gobierno Vasco, Diputación Foral de Álava, Diputación Foral de Bizkaia, Gipuzkoako Foru Aldundia, Eudel (Asociación de Municipios Vascos) (2014), Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016. Goodwin N (2015),
7. IEMAC 75 e IEMAC 36: <http://www.iemac.es/index.php>.
8. Osakidetza, Departamento de Salud (2017), Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020.
9. Osakidetza, O+BERRI, Gobierno Vasco (2014), Plan de Atención Integrada en Euskadi, Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

¿De qué hablamos cuando hablamos de valor?

Jordi Varela

Consultor especializado en “right care” y gestión clínica

Michael Porter afirma que los directivos de la sanidad, los médicos y las enfermeras están muy preocupados en demostrar que trabajan mucho, y muy poco, o nada, en valorar qué aporta todo su trabajo a la salud de las personas. Porter es conocido en el mundo empresarial por sus trabajos sobre la competitividad basada en el valor de los productos y servicios, y ha sido él mismo quien, por primera vez, ha introducido este concepto en la provisión de los servicios sanitarios, todo ello resumido en una frase ya célebre: “Los sistemas sanitarios tendrían que buscar la obtención del máximo valor posible para la salud de las personas por cada dólar que gastan”.

Por otra parte, desde el tiempo de Archibald Cochrane, la epidemiología ha enseñado a los clínicos a diferenciar entre eficacia, es decir, obtención de buenos resultados en entornos experimentales, y efectividad, que es la reproducción de los buenos resultados teóricos en entornos reales. Los estudios de coste-efectividad serían, así pues, la metodología adecuada para comprobar que las actividades clínicas consiguen que las personas vivan más y mejor a unos costes razonables. En este terreno, las tasas de mortalidad y morbilidad deberían ser los indicadores elegidos, aunque el impacto de los determinantes sociales en la salud de las comunidades es tan fuerte que conlleva que tanto la ejecución como la interpretación de los estudios de coste-efectividad resulten complejas, precisamente por las dificultades de identificar las variables de confusión.

En este contexto, los sistemas sanitarios, lejos de analizar la efectividad de sus actuaciones, se ciñen a rendir cuentas de lo que hacen, un campo en el que todos los actores se sienten seguros, y así vemos como los parlamentos debaten sobre listas de espera, las aseguradoras sobre tarifas, los centros de atención primaria sobre número de visitas, los hospitales sobre estancias medias y los servicios sociosanitarios sobre ocupaciones de camas. Los sistemas sanitarios, tanto los públicos como los privados, están todavía en la pantalla de la actividad y no en la de reivindicar el valor de su actividad. El concepto de valor porteriano aplicado a la salud de las personas pone de relieve que lo que se pretende, de verdad, es conseguir dos grandes objetivos: vivir más y vivir mejor, y ahora que la esperanza de vida está siendo muy generosa, por lo menos para los ciudadanos del primer mundo, el segundo objetivo está adquiriendo mayor relevancia y, por lo tanto, la per-

cepción que cada uno tiene de la calidad de su salud es capital.

Los registros sanitarios y las historias clínicas electrónicas controlan todos los movimientos y los consumos sanitarios de los ciudadanos y, por otro lado, los analistas disponen de instrumentos poderosos, algunos de ellos incluso inteligentes. El mundo de los datos sanitarios está dando un salto a la altura de los tiempos que vivimos, y ahora la pregunta es: ¿con toda esa disponibilidad de datos se está elaborando una información que responda a los valores de la sociedad actual? Para saberlo he dado un vistazo a algunos planes de salud de varias consejerías del ramo, donde, de manera indefectible, he observado que todos ellos se proponen centrarse en los pacientes, trabajar para mejorar los resultados de salud poblacionales y elaborar estrategias para la integración de servicios. Con estas metas tan elevadas en la retina, mi sorpresa ha sido cuando he revisado las memorias anuales de los correspondientes servicios autonómicos de salud, en las que he visto, decepcionado, como se empeñan en rendir cuentas sobre montones de información de actividad. Los sistemas sanitarios emiten hoy los mismos parámetros informativos que cuando empezaron a hacerlo allá por los años ochenta del siglo pasado, cuando las pantallas eran negras y las letras verdes.

Las informaciones sanitarias que ofrecen los sistemas sanitarios casi nunca hablan de los resultados en salud y, cuando lo hacen, como es el caso de la central de resultados catalana (AQuAS), se ciñen básicamente a mortalidad y reingresos, sin prestar atención a los objetivos que, gracias a iniciativas como el International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), los pacientes están reclamando como valiosos, como serían por ejemplo: las actividades de la vida diaria, la incontinencia de esfínteres, la disfunción sexual, el linfedema de brazo secundario a mastectomía o los días en casa libres de discapacidad en múltiples procesos de enfermedades crónicas.

Porter, Larsson y Lee han revisado los 1.958 indicadores del National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) de la agencia estadounidense de calidad (AHRQ) y han concluido que sólo 139 de ellos (el 7% del total) medían resultados en salud. Se observa pues que los sistemas sanitarios aún no se han dado cuenta de que lo que de verdad interesa a los ciudadanos es saber qué valor, en términos de salud percibida, les aporta tanta actividad sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business Review Press 2006.
2. Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services (1972). Se puede encontrar en PDF en The Nuffield Provincial Hospital Trust.
3. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing Patient Outcomes Measurement. N Engl J Med 2016; 374:504-506.

Medición del valor

Santiago Rabanal Retolaza

OSI Ezkerraldea-Enkanterri-Cruces

Alcanzar buenos Resultados en Salud es la misión fundamental de cualquier Sistema de Salud, no solo en cuanto la mejora de la calidad asistencial prestada sino también en relación a la mejora en la reducción de los costes. En este contexto, juega un papel relevante la medición de resultados, que podría ser considerada como la herramienta más poderosa en los sistemas de salud.

Uno de los problemas más relevantes que tienen nuestros sistemas de salud es que tienen, sobretodo, indicadores de proceso pero escasos indicadores de resultado. Además no contamos, en general, con sistemas de información económicos que nos aporten datos sobre el coste de nuestra actividad.

Esto es de especial trascendencia cuando sabemos que una gran parte de nuestra actividad, entre el 20 y 30% según algunas publicaciones, no aportan mejoras a la salud de nuestros pacientes. Hoy en día el ser eficiente no garantiza la supervivencia de una organización, ser eficiente es solo un requisito básico, no nos sirve de nada hacer eficientemente algo que no aporta mejoras a la salud de nuestros pacientes, por ello es imprescindible la medición del resultado de nuestra actividad.

Por todo esto en la OSIEEC hemos diseñado una Estrategia de Transformación de nuestra Organización que busca pasar de “producir cuidados asistenciales” a “mejorar la salud de nuestra población”

Para hacer este viaje se realizó el Plan Estratégico 2015-2018, en el cual nuestra organización realizó una apuesta firme por la Medicina Basada en el Valor, el Objetivo Estratégico 01 era “Añadir valor al paciente y ciudadano, mejorando su satisfacción y su seguridad”. El Plan Estratégico 2019 – 2022 continua la línea marcada y el concepto de mejora de la Salud y Valor aparecen en la Misión y Visión, del mismo modo una de las Líneas Prioritarias del mismo es la Medicina Basada en el Valor.

En nuestra OSI hemos adoptado la definición de M. Porter de Valor; “la relación entre los resultados en salud del paciente, en términos clínicos pero también de calidad de vida y salud percibida, con los costes que incurre el sistema para lograr los mismos”.

La medición de resultados es tal vez la herramienta más poderosa en los Sistemas de Salud. Sin embargo, la medición sistemática, rigurosa y continúa siendo escasa en la mayoría de los escenarios conocidos

Para medir los Resultados en Salud utilizamos dos herramientas, los estándares de ICHOM, para conocer los resultados en calidad de vida y Metodologías de Experiencia de Usuario, focalizadas en las emociones de los pacientes en el contacto

con nosotros.

Lo interesante de los estándares de ICHOM es que incluyen tanto los indicadores clásicos del proceso asistencial, que se venían recogiendo por los profesionales, como otros relacionados con los resultados de nuestras actuaciones y de calidad de vida reportados por los pacientes a través de encuestas que rellenan. Con ello tenemos una información más completa que nos permite conocer el resultado de nuestra actividad e identificar áreas de mejora.

ICHOM explicita con que encuesta hay que medir cada dimensión y en qué momento del proceso asistencial hay que hacerla, de esta manera facilita la posibilidad de realizar benchmarking entre diferentes organizaciones y a través de él identificar áreas de mejorar en nuestro proceso asistencial.

Iniciamos la implantación de estándares ICHOM en 2017 con Ictus y Cáncer localizado de próstata. En 2018 hemos continuado con Cáncer de Mama, en el marco del proyecto ALLCAN, Fisura Palatina Labio palatino y Enfermedad Inflamatoria Digestiva Crónica.

Para conocer los aspectos emocionales de los pacientes durante el contacto con nosotros utilizamos diferentes Metodologías de Experiencia de Usuario, sobre todo el Patient Journey Map y los Mapas de Empatía. Estas no son herramientas para medir el grado de satisfacción, buscamos identificar los “momentos de verdad” para poder reconfigurar el proceso asistencial.

Asimismo, para poder avanzar en la optimización del valor aportado a nuestros pacientes, debemos conocer con el mayor detalle posible el denominador de la ecuación: el coste en que incurrimos para lograr los resultados alcanzados. Por ello, disponemos de un Sistema de información de coste por paciente que nos permite conocer el coste individualizado de la atención sanitaria prestada a cada paciente a lo largo de todo su tratamiento, tanto en el Hospital como en Atención Primaria. Tenemos información desde el año 2014.

El sistema de información conecta todas las fuentes de datos generadas en la práctica clínica, integrando la información asistencial con la información de los costes reales.

El despliegue de VBHC en nuestra organización tiene un enfoque estratégico, no es un proyecto piloto, se trata de una estrategia de transformación, que creemos puede servir de ejemplo para otras organizaciones sanitarias. Algunas características de nuestra experiencia;

- Se apoya en un modelo asistencial integrado, que incluye todo el ciclo de atención del paciente (Atención Primaria y Hospitalaria), vehiculizado por una historia clínica única.
- Recogemos toda la información clave para la ecuación

del valor, incorpora la variable coste por pacientes y por patología para todo el ciclo de atención (Primaria y Hospitalaria).

- Incorporamos elementos de eHealth como el uso de la carpeta salud, para la recogida de encuestas de paciente.
- Nuestro camino recorrido en la incorporación de herramientas de experiencia de usuario está siendo un elemento diferenciador. Con ellas identificamos los “momentos de verdad” y rediseñamos el proceso y nos ayuda a implantar estándares ICHOM.

Como Conclusiones:

- VBHC implica transformar las relaciones del sistema sanitario con los pacientes
- La medición de los resultados en salud percibidos por el paciente obliga a re-diseñar el proceso de atención y el papel que tiene el propio paciente en el mismo
- El uso de los Standard Sets de ICHOM y la Experiencia de Usuario nos permite conocer los Resultados que obtenemos en los pacientes
- Las Organizaciones Sanitarias tienen la responsabilidad de conocer los costes de su actividad

Base de datos clínicos en atención primaria. BDCAP

María de los Santos Ichaso Hernández Rubio

Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La información clínica y su utilidad para la gestión tienen una larga tradición en Atención Primaria, así como un amplio desarrollo en las comunidades autónomas, potenciado a raíz de la generalización hace años de la informatización clínica. Sin embargo, dicho desarrollo no había concluido en la construcción, con fines estadísticos, de una base de datos común del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Por dicho motivo se llevó a cabo un proceso de debate y consenso a lo largo de cuatro años con todas las comunidades autónomas, para analizar la factibilidad y perfilar las funciones, objetivos, contenidos y formatos de la construcción de una Base de Datos Clínicos de Atención Primaria –BDCAP–.

La BDCAP es, pues, un conjunto de datos estandarizados, relacionados con la atención clínica prestada en el primer nivel de atención, recogidos de un modo homogéneo y sistemático y con perspectiva histórica o temporal, que permite conocer el contenido efectivo de la atención a partir de la fuente primaria: las historias clínicas utilizadas en Atención Primaria.

Se concibe como una base de datos representativa de la población residente en España y que acude a los servicios de Atención Primaria, centrandó la información en el usuario y en los problemas de salud o acontecimientos relacionados que le suceden a lo largo del tiempo, así como en la manera en la que se actúa sobre ellos. La estructura conceptual de la BDCAP, por tanto, se configura de manera que cada usuario tenga asociados los problemas de salud por los que ha sido atendido, una serie de procedimientos que le hayan practicado –tanto diagnósticos como terapéuticos–, los fármacos que se le hayan prescrito, las interconsultas a otros profesionales especializados que se hayan solicitado, los resultados de la medición de determinados parámetros clínicos y, por último, las visitas realizadas a lo largo del año.

Estas variables principales –variables de análisis–, pueden cruzarse con una serie de variables de clasificación o de cruce. Dichas variables son, por un lado territoriales, bien de comunidad autónoma, bien de agrupaciones de zonas básicas según su mayor o menor ruralidad; por otro, sociodemográficas, de forma que a la tradicional desagregación por sexo y grupos de edad, se añade la opción de cruzar los datos según país de nacimiento, el nivel de renta o la situación laboral.

Como productos principales, la BDCAP permite caracterizar el

perfil de morbilidad de la población asignada a atención primaria, analizar la prevalencia atendida de problemas de salud y coberturas alcanzadas de aquellos que precisen de una captación activa, permitir un análisis de la calidad y variabilidad en la prestación de servicios, realizar una estimación de costes de la atención y obtener ciertos resultados intermedios de salud (resultados de algunos parámetros clínicos, principalmente de control de procesos crónicos).

Si bien el usuario constituye el centro de los análisis, con se dijo al inicio, en determinados casos, es el problema de salud atendido el que ocupa un nivel central, de manera que, aun sin existir una relación causa-efecto, puedan establecerse asociaciones entre éstos y las actuaciones llevadas a cabo; por ejemplo, relacionando determinada medicación con ciertos problemas de salud.

Asimismo, es posible analizar la coexistencia de dos o más enfermedades con un tratamiento estadístico específico para la comorbilidad.

Con todo ello, la BDCAP ha de proporcionar un patrón de referencia para administraciones autonómicas, estructuras de gestión y equipos de atención primaria en sus procesos de evaluación, de gestión clínica y análisis comparado de calidad asistencial. debe informar asimismo a los poderes públicos y a la población.

Desde otra perspectiva, ha de ser fuente de información para las diversas estrategias de salud del SNS, los Indicadores Clave del SNS, el reciente Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, así como indicadores internacionales.

Pretende ser también de utilidad para la investigación epidemiológica y de servicios en salud, para lo cual están disponibles cesiones de microdatos, que avanzan en contenido conforme se consolida información de las distintas variables que la componen. Su utilidad para la investigación será mayor a partir del rendimiento potencial de una amplia cohorte que permita efectuar análisis epidemiológicos, de costes, calidad, eficiencia, etc.

Por último, prevé cubrir necesidades de análisis de determinantes sociales de la salud bajo la perspectiva de la equidad.

En definitiva, la BDCAP trata de recoger, procesar, analizar y transmitir información relevante, fiable y comparable, que contribuya a mejorar la calidad y la eficiencia de la atención, y ayude a fundamentar las decisiones nacionales y autonómicas sobre salud pública y atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parámetro clínico': valor numérico resultante de la cuantificación de algunas medidas, como por ejemplo las cifras de presión arterial, el peso o la cantidad de glucosa.
2. 'Problema de salud': cualquier problema o circunstancia por la que un usuario es atendido, ya sea por una acción de promoción de salud, de prevención o de aten-

ción a la enfermedad. Dicho problemas ha de quedar reflejado en la historia clínica mediante un código de las clasificaciones internacionales en uso (Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP), versión 2; Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), versiones 9MC o 10ES.

La participación de los pacientes en Red como punto de mejora de la asistencia sanitaria

Adrián Sarriá Cabello

Paciente Síndrome Intestino Irritable. Vicepresidente Asociación FFPaciente. Enfermero en Conselleria de Salut Universal i Salut Pública. Máster en Gestión Hospitalaria y Servicios Sanitarios por la Universidad de Barcelona.

Actualmente el modelo sanitario ha cambiado en todos los niveles desde Atención Primaria hasta aquella Especializada. La relación entre el profesional sanitario y la persona que acude a la consulta ha sufrido un cambio muy importante a lo largo del tiempo. Se ha evolucionado de una visión paternalista, donde no existía duda alguna del criterio sanitario, a un modelo en el cual se acepta que el o la paciente son el centro de la Atención Sanitaria y donde se fomenta el vínculo entre profesional y paciente y, sobre todo, priman las decisiones compartidas. Si bien es cierto que, a pesar de existir estudios que asocian beneficios a este vínculo tanto económicamente como en calidad asistencial, se observa cómo esta visión no llega a estar presente en todo el territorio nacional observándose incluso diferencias entre la misma comunidad autónoma e incluso en los mismos departamentos sanitarios.

Los y las pacientes, por norma general, desean que se les informe con claridad acerca del proceso de su enfermedad. En cambio, en pacientes diagnosticados de cáncer en diversos estudios demuestra que se revela el diagnóstico a un 25-50% de los y las pacientes, mientras entre 16-58% no informados afirman que no necesitan más información. Ante esta situación se ha observado un crecimiento exponencial de la presencia de pacientes en las redes sociales, tales como Facebook o Twitter, donde a través de las denominadas Comunidades Virtuales de Pacientes se comparte información sanitaria de todo tipo. Un estudio analizó durante 7 días las conversaciones que se generaban acerca del cáncer de mama en Twitter evidenciando que la información más compartida y comentada era

la referente a la prevención del cáncer. Además se evidenciaba que estaban muy presentes diálogos donde los pacientes compartían su experiencia y en cambio existía poca presencia de instituciones o cuentas públicas. Este perfil de pacientes inquietos, que se informan sobre su proceso de enfermedad, comparten sus experiencias y además información fiable en colaboración con los profesionales sanitarios se denominan actualmente Pacientes Activos.

Uno de los problemas que evidencian los y las pacientes presentes en redes sociales es la dificultad de identificar una información fiable en internet. Combatir ante aquellas afirmaciones no veraces sobre salud y, además, ayudar a capacitar a los demás en identificar los llamados “bulos” es algo que corresponde a las instituciones, sociedades científicas y, en concreto, a los profesionales sanitarios.

Ante la presencia de los Pacientes Activos en nuestro país surgió, de la mano de Pedro Soriano, #FFPaciente, un movimiento donde profesionales y pacientes cada viernes comparten en redes sociales experiencias de pacientes a través de entrevistas en primera persona, jornadas, encuentros, consejos saludables, novedades de investigaciones con un lenguaje más estándar para su entendimiento, etc. Más tarde, debido a las necesidades burocráticas, la iniciativa dió un giro y se formalizó como asociación siendo actualmente una entidad de acceso gratuito cuyos objetivos son, como eran en sus inicios, empoderar a las personas para que puedan afrontar la enfermedad de la manera más saludable posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jovell, A. J. El paciente del siglo XXI. An. Sist. Sanit. Navar. 29, 85-90 (2010).
2. Traver, V. Fernández-Luque. L. El ePaciente y las redes sociales. (2011).
3. Chen, C.-C. & Chen, S.-H. Better continuity of care reduces costs for diabetic patients. Am. J. Manag. Care 17, 420-427 (2011).
4. Rubio Arribas, V. et al. Diagnóstico: cáncer. ¿Queremos conocer la verdad? Atención Primaria 33, 368-373 (2004)
5. Demiris G. The diffusion of virtual communities in health care: Concepts and challenges. Patient Educ Couns. (2006).
6. Sánchez, R. Chang-Azancot, L. Breast cancer in Twitter: A real-world data exploratory study. An. Of. Onc. WOS. 29, 711 (2018).
7. Jovell, A.J. Navarro, M.D. Fernández, L. Blancafort, S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Atención Primaria. 38(3), 234-7 (2006).
8. Soriano, PJ. Un paciente informado, es un paciente con mejor salud: iniciativa #FFpaciente. Ene. 9, (3), (2015).

Pacientes y familiares como auditores de prácticas seguras

María Isabel Rodrigo Rincón

Complejo Hospitalario de Navarra

CONTEXTO

Distintos organismos nacionales internacionales como el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad, el Consejo de Europa y la Alianza para la Seguridad de los pacientes de la OMS resaltan la importancia de la participación de los pacientes y familiares para mejorar la seguridad de la asistencia sanitaria. Múltiples iniciativas han estudiado formas de involucrar al paciente. Sin embargo la implicación del paciente como auditor de prácticas seguras de las organizaciones sanitarias está muy poco explorada, y no hay ninguna experiencia en nuestro contexto sanitario.

OBJETIVO

Con el objetivo de explorar la factibilidad y la validez de implicar a los pacientes y familiares como socios auditores de prácticas seguras se realizó un proyecto de investigación para el que se ha conseguido financiación del FIS y de fondos FEDER.

METODOLOGÍA

Previamente a la implantación en condiciones reales de una iniciativa de estas características se requiere, por razones éticas y de factibilidad, evaluar en condiciones experimentales la factibilidad y validez de incorporar a pacientes y familiares en el nuevo rol de auditores. Una auditoría consiste en la medición sistematizada del desempeño de los profesionales y la comparación los resultados con los que indican las guías y estándares.

Para conocer la factibilidad en nuestro contexto sanitario de este nuevo rol, se realizaron cinco grupos focales con paciente y familiares, profesionales sanitarios, el equipo directivo y responsables de seguridad de pacientes. En cada uno de los grupos focales se exploró las ventajas, desventajas, los requerimientos que se le exige a la organización para implantar esta iniciativa, las dificultades, el perfil de paciente auditor, las prácticas seguras candidatas y las áreas en las que esta iniciativa se puede implantar.

Para medir la validez de los pacientes y familiares como auditores se eligieron cuatro prácticas seguras. Para la elección de las prácticas seguras se tuvo en cuenta el impacto en la salud de los pacientes que puede tener la no adherencia de los profesionales a la misma. Asimismo se seleccionaron aquellas cuya evaluación requiere de un observador dado que a menudo las organizaciones utilizan un profesional sanitario que hace las funciones de evaluador (por ejemplo, para comprobación de higiene de manos) lo que puede originar un sesgo de observación. Otras veces las organizaciones solamente identifican una vulneración de la práctica segura cuando se

ha producido un evento adverso. Las cuatro prácticas seguras elegidas fueron: la identificación de pacientes, higiene de manos, comprobación de quimioterapia o transfusión con el paciente y comprobación de efectos secundarios de la quimioterapia/ transfusión.

Se reclutaron a 136 participantes. Los pacientes y familiares fueron formados previamente a la realización de la evaluación. Los participantes tenían que evaluar la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras en uno vídeos tipo “película” mientras recibían su práctica asistencial habitual (se realizaban durante el tratamiento de los pacientes en los locales habituales, etc.) con el objetivo de medir de la forma más realista posible la validez de los pacientes y familiares como auditores de prácticas seguras. La validez se midió calculando el grado de acierto de los participantes en la mencionada adherencia. Los pacientes seleccionados fueron pacientes oncológicos o que recibían tratamiento transfusional. Se eligieron esos pacientes por las consecuencias que pueden tener en su salud una vulneración de las prácticas seguras. Asimismo estas personas tienen múltiples contactos con las organizaciones sanitarias, lo que les permite múltiples oportunidades de realizar evaluaciones.

RESULTADOS

El análisis de los resultados de los grupos focales indica que esta iniciativa se puede poner en marcha siempre y cuando se cumplan unos requisitos tanto por parte de los pacientes y familiares que vayan a desempeñar la función de auditores como de la instauración de un contexto organizativo favorable.

El 78% de los participantes dijeron que les gustaría desempeñar la función de auditor. Este porcentaje osciló en función de la práctica segura, siendo la higiene de manos la que menos cómodos se sentían evaluando. 46% de los participantes obtuvieron un porcentaje de respuestas correctas superior al 75%, considerándose “buenos auditores”. La formación contribuyó a mejorar la pericia de los participantes.

CONCLUSIONES

Las organizaciones que quieran implantar esta estrategia tienen que seleccionar los pacientes y familiares candidatos a auditar, así como poner en marcha una serie de medidas para que esta iniciativa sea aceptada por todos los actores participantes (pacientes, familiares, profesionales, direcciones, etc.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davis RE, Sevdalis N, Jacklin R, et al. An examination of opportunities for the active patient in improving patient safety. *J Patient Saf.* 2012;8(1):36-43. doi: 10.1097/PTS.0b013e31823cba94.
2. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect.* 2007;10(3):259-67.
3. Fisher K, Smith K, Gallagher T, et al. We Want to Know: Eliciting Hospitalized Patients' Perspectives on Breakdowns in Care. *J Hosp Med.* 2017;12(8):603-9.
4. Hagel S, Reischke J, Kesselmeier M, et al. Quantifying the Hawthorne Effect in Hand Hygiene Compliance Through Comparing Direct Observation With Automated Hand Hygiene Monitoring. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2015;36(8):957-62.
5. Hanskamp-Sebregts M, Zegers M, Boeijen W, et al. Process evaluation of the effects of patient safety auditing in hospital care (part 2). *Int J Qual Health Care.* 2018.
6. Hanskamp-Sebregts M, Zegers M, Westert GP, B et al. Effects of patient safety auditing in hospital care: results of a mixed-method evaluation (part 1). *Int J Qual Health Care.* 2018.
7. Longtin Y, Sax H, Leape LL, et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(1):53-62.

Generando valor en la salud, retos y compromisos. Empoderamiento paciente. Paciente externo.

Begoña Martín Bielsa

Presidenta ASEM-CLM (Asociación de Enfermedades Neuromusculares de Castilla –La Mancha)

Enfermedades neuromusculares

Las Enfermedades Neuromusculares (ENM en adelante) son un conjunto de 150 patologías. La principal característica de todas ellas es la pérdida progresiva y generalizada de la función muscular, pero difieren en la gravedad y grado de afectación.

Son enfermedades crónicas que presentan una evolución variable con compromiso de otros sistemas, además de la función muscular. Generan gran discapacidad, pérdida de la autonomía personal y cargas psicosociales. No existen tratamientos curativos efectivos, ni tratamientos que sean capaces de ralentizar los efectos de las mismas, ni sus complicaciones.

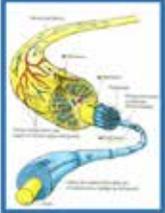
Su aparición puede producirse en cualquier etapa de la vida, tanto en el nacimiento como en la adolescencia o en la edad adulta.

Las patologías neuromusculares pueden tener una base genética, y en muchos casos hereditaria, o ser de origen adquirido. Algunas de ellas son autoinmunes, otras de origen metabólico, infeccioso... Incluso, en muchas enfermedades, no se conoce aún el origen, pero se investiga activamente para determinarlo.

La esperanza de vida varía según la enfermedad y severidad de ésta, desde muy corta hasta una duración normal. Los problemas cardíacos y respiratorios, efectos secundarios del deterioro muscular, son a menudo las causas del fallecimiento.

El manejo de estas enfermedades tiene un carácter global, abarcando todos los factores que producen y aumentan la discapacidad del paciente.

Enfermedades neuromusculares según la localización

			
Afectación muscular:	Afectación de la lesión neuromuscular:	Afectación del Nervio Periférico:	Afectación de la Motoneurona Espinal:
<ul style="list-style-type: none"> •Distrofias musculares •Distrofia Muscular de Duchenne/Becker •Distrofia Muscular de Cinturas •Miopatías congénitas •Miopatías metabólicas 	<ul style="list-style-type: none"> •Miastenia Gravis •Síndromes Miasténicos 	<ul style="list-style-type: none"> •Polineuropatías •Charcot Marie Tooth 	<ul style="list-style-type: none"> •Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) •Esclerosis lateral Primaria •Atrofia Muscular Espinal

Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

La temática donde está enmarcada mi intervención que es la: Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad, desde la experiencia del paciente que están diagnosticados de enfermedades neurodegenerativas, como son las enfermedades neuromusculares y con las familias sobre todo cuando son menores los pacientes.

La calidad está ligada a la implicación de los agentes sanitarios en el abordaje asistencial del sistema de salud.

La medición del valor está muy marcada con la satisfacción de los pacientes en todo su proceso de salud.

Implicación de los profesionales sanitarios

Partiendo que la primera noticia del diagnóstico de una enfermedad, no es fácil si además la enfermedad que se ha diagnosticado, no tiene un buen abordaje en la posible curación, comunicar esa noticia puede ser un proceso complicado.

Pondré en valor que la implicación y humanización puede cambiar tanto en esa primera noticia, como todo el proceso de la enfermedad.

La diferencia de encontrar enfrente a un profesional implicado o no, en que la enfermedad no sea lo más importante, sino que lo sean los pacientes y sus familias, marca el impacto que tiene en sus vidas.

Nos llegan experiencias personales de la diferencia del momento del diagnóstico, dependiendo de cómo y dónde se da esa primera noticia.

Reconocer el sufrimiento de las personas, dicen que es compasión, yo opino que es simplemente humanidad.

La pérdida constaste que van a tener las personas afectadas por patologías degenerativas en su salud, en todo su proyecto de vida son catastróficas, por eso la visión debe ser más global, en el proceso vital del paciente.

Puedo decir por experiencia personal, que marca la diferencia, en el proceso evolutivo de la enfermedad sobre todo cuando son patologías que no pueden ser curadas pero si trata-



das, intentare plasmar esa experiencia.

Tratar una enfermedad significa en muchos casos aliviar y mejorar los síntomas, reducir y prevenir complicaciones, mejorar la independencia... en suma, mejorar la calidad de vida.

Paciente externo

Promover el rol del paciente como el principal responsable del autocuidado de su salud, y facilitar la adquisición de las competencias necesarias para gestionar los síntomas de la enfermedad, incorporar estilos de vida saludables y conseguir una mejor calidad de vida, siempre en colaboración con los profesionales sanitarios.

Es de gran ayuda el conocimiento del paciente sobre su enfermedad.

Es una iniciativa multidisciplinaria basada en la colaboración entre pacientes y profesionales sanitarios y el trabajo de equipo.

Unidades multidisciplinarias

Dada la importancia de la atención interdisciplinar en las Enfermedades Neuromusculares y sus familias, buscando reducir el largo itinerario asistencial en el que se ven inmersos actualmente.

Ofrecer una respuesta más adecuada y rápida a este tipo de patología, contribuye a la mejora de todo el proceso de la enfermedad y todas las complicaciones que surgen derivadas de la patología.

La baja prevalencia de las enfermedades neuromusculares (ENM), su complejidad y el coste de su diagnóstico y tratamiento, constituyen razones suficientes para justificar la existencia de una Unidad de Enfermedades Neuromusculares, donde se puedan concentrar la experiencia, los recursos necesarios para su atención y ofrecer un apoyo asistencial interdisciplinar, de profesionales de diferentes ámbitos integral y continuado en el tiempo.

Mejora la calidad y equidad de la asistencia sanitaria de los pacientes con enfermedades neuromusculares y raras. Es imprescindible abordar la atención del paciente mediante el control de síntomas, el manejo de los problemas respiratorios, el apoyo psicológico, el apoyo social y la investigación desde una perspectiva multidisciplinaria, garantizando la asistencia al

paciente con el nivel de especialización que requiera la enfermedad en cada momento.

Es esencial la coordinación entre los niveles asistenciales, en lo relativo a derivaciones, información diagnóstica, petición de pruebas, atención a domicilio, seguimiento, cuidados paliativos, etc.

La intervención de las unidades multidisciplinarias viene a demostrar que con el abordaje global centrado en el paciente, aumentaría la calidad asistencial de los pacientes.



ASEM-CLM

Comenzó su andadura en el año 2004

Ámbito de actuación regional

Declarada de Utilidad Pública en 2008 por el Ministerio del Interior

Representa a las personas afectadas por una Enfermedad Neuromuscular y a sus familias

Miembro de Federación ASEM, FEDER Y CERMI-CLM.

Proyecto de humanización

Gloria Enríquez Sanjurjo

Supervisora de humanización. EOXI Lugo, Cervo y Monforte

Proyecto de Humanización EOXI Lugo, Cervo y Monforte 2011-2019

Existen experiencias que ayudan a ser consciente de que para cualquier opinión no existe mejor compañero de viaje que una vivencia testimonial. En este sentido, me puedo referir a los magníficos resultados alcanzados por el Proyecto de Humanización de la EOXI Lugo, Cervo y Monforte. Esta ponencia relata lo que han sido ocho años de arduo trabajo e intensa vocación. Es otra forma de visualizar la entrega e implicación de todos nuestros profesionales, que cada día hacen de su profesión una forma de vida.

El objetivo principal es generar una cultura humanizada en nuestra organización. Ya en su origen 2011, el deseo de humanizar, de hacer de cuanto tiene que ver con la salud y la enfermedad algo digno de la condición humana, lo hicimos intrínseco e inherente a la gestión, con un modelo innovador y sostenible bajo el paraguas de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) y que ha permeabilizado en la atención personalizada del día a día, incorporando el lado humano a la labor asistencial.

El Proyecto de Humanización EOXI Lugo, Cervo y Monforte nos ha proporcionado una oportunidad única, puesto que coloca “al otro” (entiéndase paciente, familia o profesional), en nuestro campo de visión y, sobre todo, recupera el interés en algo que pudiera parecer que habíamos perdido o al menos teníamos fuera de nuestra ecuación personal, como aquellos aspectos más relacionados con la interacción y relación afectiva entre usuarios, profesionales y organizaciones para poder acompañarnos y convertirnos en espejo mutuo.

En nuestro caso, este Proyecto es fruto de la reflexión y de la suma de muchas iniciativas, lideradas y gestionadas desde la Gerencia en el marco de la Dirección de Enfermería en el Área de Humanización, hay que destacar el interés e implicación excepcional de la gran mayoría de los profesionales porque la ven necesaria y pertinente.

Lo más interesante de este Proyecto es que es una realidad en continuo crecimiento, que intenta motivar e ilusionar a nuestros profesionales y que los pacientes y usuarios se sientan partícipes del mismo. Nuestros pasos van encaminados a seguir incorporando todo aquello que detectan nuestros profesionales y usuarios como protagonistas principales.

Desde sus inicios nos importa la experiencia del paciente a partir de las primeras acciones, pasando por reuniones científicas y congresos. Según la Cleveland Clinic, la experiencia del paciente no es hacer al paciente feliz, sino hacer lo que es correcto para el paciente, es poner al paciente primero y ello quiere decir, seguridad del paciente, cuidado de alta calidad, satisfacción y cuidado de alto valor.

Presentamos las principales iniciativas materializadas en estos años, muchas de ellas con carácter de permanencia que han situado al proyecto como referente en España dado que su ámbito de actuación va desde el nacimiento al final de la vida de las personas que pasan por nuestros servicios sanitarios lucenses, 3 hospitales (Hospital Universitario Lucus Augusti, Hospital da Mariña, Hospital de Monforte y 93 centros de salud.

La ponencia es un reflejo de la experiencia real en nuestro marco sanitario, trabajando diariamente en labores de humanización, un recorrido de casi nueve años en el que hemos constatado un proceso de transformación madura, logrando modernizar los procesos de gestión partiendo de principios y valores llegando a un modelo creativo, renovado, vital, sistemático y adaptado a las nuevas necesidades de los tiempos. Hemos caminado tratando de obtener la cara positiva, enriqueciéndola con una visión humana de la atención y relación de las personas. Queremos presentar, por tanto, un escenario en el que conviven al mismo tiempo humanización y calidad. No los consideramos, pues, procesos contradictorios. Todo lo contrario: entendemos la complementariedad de los mismos y su necesidad en un contexto particularmente sensible como es el marco sanitario. Deseamos servir de ayuda también a otras entidades que gestionan obras de servicio y atención a colectivos tan vulnerables como los servicios de salud.

Convencidos de las dificultades de emprender este camino, compartiremos experiencias vividas desde la realidad del trabajo en equipo, las reuniones de coordinación, la planificación, la búsqueda activa de la ética organizacional, la implicación de las personas, etc., y lo haremos desde lo vivido, reflexionado y aprendido, no solamente desde una perspectiva teórica, esta ponencia es testigo de un recorrido de más de 8 años, desde la creación de este área específica de Humanización nombrando a una responsable y poniendo en marcha una serie de actividades e hitos que se han ido materializando,

Orientación del proyecto.

Establecer una cultura en la EOXI Lugo, Cervo y Monforte con un enfoque poliédrico donde confluyen cuatro planos de actuación, paciente, profesional, familia, y entorno con la misión de ser la fuerza que impulse a la organización hacia la excelencia y siguiendo la estela de la concreción, tiene que ver con lo más hondo de la condición humana, humanización, desarrollo personal y comunitario.

Meta: abrir la organización a una sociedad civil y empoderada, informada y formada, en definitiva, una sociedad civil vertebrada, participativa y democrática.

Marco legal: seguimos las directrices de Sergas.



Ejes estratégicos.

Ciframos nuestra actividad en 4 pilares. De esta manera, la EOXI Lugo, Cervo y Monforte ha acometido toda una serie de actuaciones planificadas y coordinadas.

Cien iniciativas basadas en un modelo afectivo-efectivo (Jovell), que benefician a un área de influencia sanitaria 331.327 habitantes.

Este proyecto ha sido merecedor de varios premios que dan visibilidad a lo que ya se detecta cuando paseas por nuestras instalaciones: el compromiso con la humanización de todos nuestros profesionales como valor para la búsqueda de la excelencia en términos de calidad, seguridad, sostenibilidad y trato más humano.

Un agradecimiento aquí para todas aquellas personas que hacen viva la humanización en la atención de calidad a las personas y todos los que lideran los procesos de cambio de mejora hacia una sociedad más justa y un mundo más humano.

Debo dar las gracias a SECA por dar la oportunidad de compartir nuestro Proyecto de Humanización en el marco del XXXVII Congreso SECA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu Quintero J. L. (2011). Innovación Social: conceptos y etapas. Daena: international Journal of Good Conscience. 6 (2), 134-148.
2. Caamaño Ponte J. L. Gandoy Crego M., Del Monte Pérez A. (2015). Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer en Galicia y Responsabilidad Social Corporativa. Neurama: revista electrónica de psicogerontología. Vol 2. Nº 1 (17-30).
3. Cedrés de Bello, S. (2000). Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. Revista de la Facultad de Medicina, 23 (2), pp. 93-97. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgiem/cendoc/pdfs/HUMANIZACI%C3%93N%20Y%20CALIDAD%20DE%20LOS%20AMBIENTES%20HOSPITALARIOS.pdf>
4. Decálogo de la Responsabilidad Social Sanitaria y Sociosanitaria, señala a la humanización de la asistencia como un valor trascendental e imprescindible (https://www.inidress.org/wp-content/uploads/Decalogo_de_la_RSS.pdf).
5. Drucker P. F. (2004). La disciplina de la innovación. Harvard Business School Publishing Corporation. (3-7).
6. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. 7. SERGAS ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf
7. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm 2014;17(1): 70-74
8. JOVELL A., Medicina basada en la efectividad, en Med.Clin., Barcelona 1999, 113:173-175.
9. Bermejo J. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao Descléer de Brouwer; 2014.

Humanización de espacios y personas

Marta del Olmo Rodríguez

Fundación Jiménez-Díaz

La humanización del vínculo que se establece en la relación médico paciente, desde el inicio de la medicina, se ha sustentado sobre los pilares de los valores humanos, la comunicación, el respeto, la confianza, ... En los últimos años todas las organizaciones sanitarias hablan de la importancia de humanizar la sanidad, extremo que lejos de ser una moda o una estrategia de marketing, debe estar arraigado a las raíces de la cultura de una organización sanitaria. No obstante, mejorar los espacios desde la personalización, la confortabilidad, la adecuación para familiares y acompañantes,... así como el trabajo obsesivo en mejorar las relaciones humanas que se establecen en el mundo del cuidado de la salud, son absolutamente necesarias aunque en el contexto actual, pueden ser insuficientes.

En el contexto actual de la inmediatez, la digitalización tiene que ser nuestro mayor aliado en la necesaria transformación de la humanización y personalización de la asistencia, mediante fórmulas de atención, que deben estandarizarse en su práctica clínica, pero adaptarse en función del proceso, el paciente y sus necesidades. Esta transformación es una decisión compartida clínico-paciente, en el que la tecnología debe estar a nuestro servicio. En el paso de sentirse “sano” al “proceso de enfermedad” se alteran todas las esferas de la persona (la física, pero también la social, la laboral, la emocional), el camino para estar realmente centrados en el paciente aún es largo y como profesionales, debemos tener el compromiso de replantearnos todo lo que cada día hacemos con el fin de mejorar la salud y la experiencia de nuestros pacientes. El hospital más confortable se convierte por tanto, en mi casa, en el que yo mismo o mi familia puede atender gran parte de mis necesidades, y las relaciones, basadas en la confianza como hilo conductor, pueden ser incluso no presenciales cuando mi presencia física no aporta valor a mi proceso de salud. El tiempo para mi atención, es el que realmente marcan mis resulta-

dos, inquietudes o necesidades y no los trámites burocráticos o los hábitos.

La convicción por parte de las Instituciones Sanitarias en la búsqueda de resultados finales de salud, y también sobre mi experiencia como paciente, deben estar presentes en nuestra estrategia en el camino hacia una relación verdaderamente humanizada.

Los hospitales de la Red de utilización Pública de la Comunidad de Madrid gestionados por el grupo Quironsalud, H. Fundación Jiménez Díaz, H. Universitario Rey Juan Carlos, H. Universitario Infanta Elena y H. General de Villalba, cuentan con una larga trayectoria en humanización y experiencia paciente bajo una cultura compartida con nombre propio, “Trato y Tratamiento”, que ya desde el año 2008 busca crear una cultura de respeto hacia nuestros pacientes y que trabaja desde la acogida de los profesionales, su formación y múltiples proyectos de innovación con alto impacto en la experiencia paciente que han permitido en la actualidad contar con resultados excelentes mantenidos en el tiempo en este ámbito. El Portal del Paciente como herramienta clave en la transformación del modelo de relación médico paciente, utilizada en la actualidad por más de 400.000 usuarios en los cuatro centros sanitarios, se ha convertido en la actualidad en el motor de transformación de procesos asistenciales y de prevención y salud.

Revisaremos diferentes proyectos y líneas de trabajo (servicios no presenciales, Información on line a familiares, Webcam neonatos, dialogo web con pacientes, perfil, planes y calculadoras de salud, guiado y localización, etc) y otras de alto impacto en la humanización de nuestra atención (pase de visita médico a pie de cama, SmartRoom, al quirófano en coche, plan de atención a la discapacidad, realidad virtual, etc).

En humanización tenemos la obligación de mejorar cada día, de hacerlo bien, y hacerlo sentir.

La Ambulancia del Deseo: una oportunidad para cumplir la voluntad y necesidades emocionales de los pacientes

Manuel Pardo Ríos

Fundación Ambulancia del último deseo.

La Fundación Ambulancia del Último Deseo nació en Holanda en el año 2006, y fue a mediados de 2018 cuando fue implantada en España bajo el nombre de Fundación Ambulancia del Deseo. Su sede nacional se encuentra ubicada en Murcia.

La finalidad de esta fundación es realizar deseos de tipo emocional de aquellas personas que por diversas circunstancias han visto truncado su día a día y en el momento de solicitar su deseo se encuentran incapacitados físicamente por alguna enfermedad, bien sea crónica, degenerativa, de carácter temporal o irreversibles, o incluso de aquellas personas en fase terminal que se encuentran en la última etapa de sus vidas. Les ayudamos a cumplir aquellos deseos que ya creían irrealizables, poniendo a su disposición de forma totalmente altruista, y ajustándonos a los principios del voluntariado, una ambulancia y un equipo sanitario que vele por su seguridad y bienestar en cada una de las fases del deseo.

La labor de la Fundación Ambulancia del Deseo compete a un gran número de profesionales sanitarios inscritos y formados como parte del voluntariado de la misma.

A través de la página web o bien, a través de redes sociales, familiares, pacientes y profesionales contactan con la fundación para realizar su propuesta de deseo. Una vez recibida esta solicitud, el patronado se reúne y estudia la viabilidad del proyecto, que una vez resulta aceptado, será realizado en la mayor brevedad posible, atendiendo siempre a las circunstancias personales y estados de salud del enfermo.

La persona que solicita el deseo puede elegir entre sus an-

helos, emociones, carencias, deseos y/o necesidades.... de forma que nos adaptamos y respetamos cualquier decisión, religión, tendencia, diversidad y singularidad, haciendo participe y protagonista en todo momento, tanto al paciente, como a las personas que ha elegido para acompañarle ese día.

El cuidado habitual de este tipo de enfermos debe ir enfocado a abordar las tres dimensiones del paciente; bio-psico-social... lo cual resulta realmente incompleto en la práctica diaria de la medicina actual. El sistema sanitario español suele centrarse en un cuidado sanitario tipo, abordando principalmente la parte biológica de la enfermedad de forma altamente efectiva, ya que contamos con numerosos avances técnicos y tecnológicos al alcance de todos, quedando descuidado y en un segundo plano, el ámbito psico-social de la persona. La fundación brinda a los enfermos la posibilidad de cerrar sus ciclos y paliar las carencias del sistema sanitario habitual, quedando de esta manera el cuidado del enfermo asumido de forma holística en los lazos extendidos entre el sistema sanitario nacional y la Fundación Ambulancia del Deseo, que propone mediante sus recursos, completar ese tipo de cuidados, a menudo tan olvidados y a la vez tan importantes, atendiendo a sus dimensiones más íntimas y personales, así como a las familiares.

Podremos hablar entonces de un cuidado integral, completo, adaptado y personalizado de los enfermos en situaciones de vulnerabilidad. Podremos hablar entonces de unos cuidados de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. www.abulanciadeldeseo.es
2. www.ambulancewens.nl
3. Donabedian, A. (1991). Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). *Control de calidad asistencial*, 6(1), 1-6.
4. Perinán, M. D. M. V., & Díaz, I. M. R. (2003). La calidad asistencial: concepto y medida. *Dirección y organización*, (29).
5. Pujiula-Maso, J., Suñer-Soler, R., Puigdemont-Guinart, M., Grau-Martin, A., Bertran-Noguer, C., Hortal-Gasull, G., ... & Mascort, Z. (2006). La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enfermería clínica*, 16(1), 19-26.
6. Martínez, E. R., Iriarte, M. S., Viguria, R. G., Linares, M. D. B., Coscojuela, M. M., & Erro, M. A. (2010). La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala Servqual. *Enfermería intensiva*, 21(1), 3-10.
7. Rodríguez, Y. A., Ochoa, M. J., & Torres, M. H. (2009). Instrumento para evaluar el nivel de satisfacción en los usuarios de los servicios asistenciales. *Ingeniería Industrial*, 30(2).
8. Clemor, C. S., Cano, F. S., & Gimeno, F. M. (2011). Análisis de la calidad percibida por los usuarios externos de la Unidad de Coordinación de Transporte Sanitario no Asistido de Alicante. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 12-17.
9. López-Benito, I., & Baydal, R. (1999). Hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. *Líneas de futuro. Rev Neurol Esp*, 29(7), 673-7.

De normas y virtudes en la atención directa

Xabier Etxeberria Mauleón

Universidad de Deusto

1. La ética en la atención directa a la salud que regulan los códigos de conducta se remite decisivamente a lo justo: principios y normas que pautan los deberes en la atención del profesional al paciente (en sentido amplio).

- Los actuales códigos surgen en el contexto de reivindicación de los derechos de los pacientes frente a paternalismos y potenciales abusos, lo que es muy positivo. Más difusamente, marcan deberes de estos.
- Se han mostrado valiosos para enjuiciar comportamientos indebidos del profesional. Incluso, su incumplimiento claro y grave puede ser reclamado jurídicamente.
- También son muy válidos para orientar la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre o conflictividad morales en torno a lo que deba hacerse en el cuidado de la salud. Para ello, se han elaborado metodologías deliberativas remitidas a los valores y principios centrales de los códigos que, flexibilizándolos en su aplicación prudencial a la realidad, están siendo muy fecundas para la mejora de la calidad ética de ese cuidado.

2. Las limitaciones básicas de los códigos de cara a la atención han venido en parte de su éxito.

- Internamente, la insistencia en lo normativo ha estimulado la tendencia a la juridificación de la relación de atención entre profesionales y usuarios, lo que ha puesto en riesgo un valor clave de esta: el de la confianza.
- Externamente, han tendido a acaparar todo el espacio ético de la atención, arrinconando la otra perspectiva de la ética, lo bueno, expresada primariamente en fines y virtudes.
- Estas constataciones nos abocan al reto de articular lo principal y lo aretológico en la atención a la salud, e incluso a redactar documentos que no pretendan ser solo códigos sino “guías éticas”.

3. ¿Dónde se manifiestan las carencias en la atención deontológica a la salud, revelándose a su vez la verdad ética primaria de la atención?

- La tecnocientificación de la medicina ha logrado grandes avances, pero, colateralmente, ha acarreado que fragilizaciones graves de la salud, especialmente en la vejez, pero no solo, se prolonguen en el tiempo, generando un fuerte sufrimiento. Son especialmente impactantes para los sujetos.
- Pues bien, en ellas, el enfoque principialista propio de los códigos es muy secundario. En cambio, es muy relevante el cuidado sostenido en relaciones intersubjetivas.
- Estas carencias revelan la verdad primaria de toda aten-

ción sanitaria, no solo la de las enfermedades mencionadas, el más acá y el más allá de la normatividad principal, a la que le marcan su sentido: la relación de cuidado.

4. La relación de cuidado, como foco de la bioética clínica. Esta relación está arraigada en nuestra condición de seres con capacidades y autonomía y, a la vez, frágiles y vulnerables. Todo comienza con que alguien “roto-herido” por la enfermedad acude a alguien capaz de sanarle y/o aliviarle: asimetría de autonomías unidas por el objetivo del cuidado.

Emerge así una tensión entre este modelo de relación y el modelo deontológico:

- Modelo de confianza: mutua, previa, asimétrica. Fiabilidad entre las partes, aliadas frente a la enfermedad.
- Modelo de derechos. Sospecha sobre la confianza presupuesta, al haber: dominación, negligencias, identificaciones afectivas negativas. Puede generarse una lucha de autonomías, que se desactiva con el pacto de reconocimiento mutuo de derechos. Con el riesgo de empobrecimiento de la relación y de judicialización.

El reto de articular los modelos: a) presuposición de la relación de confianza, la propia del proceso terapéutico; b) remisión a los derechos como purificación del modelo de confianza; c) apertura de ambos al derecho universal al cuidado de la salud.

5. Los grandes referentes éticos del modelo de la relación de cuidado en la confianza.

- Toda relación de cuidado es una experiencia afectiva. Significativa siempre. Muy relevante en procesos terapéuticos delicados o largos.
 - Ambivalencia moral del mundo emocional. Las emociones, tanto del paciente como del profesional, potencian y facilitan (dan motivación, cognición de valores, ampliación de la percepción moral de la realidad) o dificultan y obstaculizan (parcialidad, dependencia afectiva, tendenciosidad, deriva hacia la irracionalidad) la relación de cuidado.
 - La indiferencia es un estado afectivo (negativo). Tendencialmente, trata de evitar la relación proponiéndose cuidar órganos enfermos, no personas enfermas.
 - Necesidad de ajustar psicomoralmente las vivencias emocionales de las partes.

- La modulación estable de los sentimientos orientados al bien, se plasma en las virtudes.

- Las virtudes son modos de ser de las personas que realizan su excelencia como humanas. Implican disposiciones permanentes al bien obrar, capacitando para él y autenticándose en él. Expresan la justa medida en las emociones y las acciones.

- Relevancia de las virtudes en la relación de cuidado de la salud, que se evidencia en las atenciones largas o reiteradas. Primariamente, no son un deber, sino lo que, plenificando a quien las vive, le posibilita realizar mejor su asistencia.

- Están, pues, implicadas en su competencia profesional. Piénsese en las virtudes de reconocimiento del otro, respeto, escucha, dialogalidad, humildad, confianza, cordialidad, servicialidad, discreción, serenidad, prudencia, paciencia...

- Las relaciones consistentes se sustentan en identidades personales sólidas. También en las relaciones del cuidado de la salud.
- Vivir la propia identidad significa experimentarse como persona singular e insustituible, sobre la base de la esti-

ma de sí abierta a la relación positiva con el otro.

- Significa también experimentarse sujeto de una historia personal, que se expresa en un relato, en el que se plasma la “permanencia cambiante” del sujeto a través de múltiples avatares.

- En las dos perspectivas de la identidad cabe la vulnerabilidad. Como la ligada a la enfermedad, que puede acarrear la exclusión social o la imposibilidad de narrarnos. Es manifiesta en enfermedades graves o largas, invalidantes, terminales.

- Es clave en el proceso terapéutico escuchar el relato existencial del paciente, coparticipe de los cuidados. Para lo que hay que poner en su lugar a la tecnologización y medicalización de la enfermedad cuando amenazan con invadirlo todo.

6. Queda así diseñado de forma elemental el mapa de categorías éticas relacionadas con la atención directa a la salud, que habría que imbricar y desarrollar en una guía ética que pretenda dar cuenta de su complejidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Etxeberria, X., “Más acá (más allá) de las argumentaciones principialistas en los comités de bioética”, *Revista Colombiana de Bioética* (en proceso de publicación).
2. Gracia, D. (2014), “La deliberación como método de la bioética”, en Porto D. y otros (org.), *Bioética, saúde, pesquisa, educação*, Brasilia, Sociedad Brasileira de Bioética, 2, 223-259.
3. Ricoeur, P. (2008), *Lo justo* 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada, Madrid, Trotta.
4. Worms, F. (2006), “Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales”, *Esprit*, 1/2006, 141-156.
5. Zacaï-Reyners, N. (2006), “Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin”, *Esprit*, 1/2006, 95-108.

La atención a las personas desde la deontología médica

Jacinto Bátiz Cantera

Director del Instituto para Cuidar Mejor del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi (Bizkaia).
Secretario de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España (OMC).

En nuestro país y como en todos los países de nuestro entorno, se han promulgado leyes que están presentes en nuestras instituciones sanitarias (hospitales y centros de salud). Los textos legales que tratan de regular el derecho a la asistencia sanitaria, fundamentan su contenido en los principios bioéticos. La calidad y la excelencia deben asumirse como claros imperativos éticos. La Deontología no es otra cosa que la ética propia de unos determinados profesionales, quienes, de entre los valores de la sociedad, han elegido algunos como especialmente referentes de su actividad. Como dice el actual Código de Deontología Médica (2011) “La Deontología Médica es el conjunto de principios y reglas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico”. Las pautas contenidas en este Código deben distinguirse de las imposiciones descritas en las leyes. El Código establece que los principios esenciales de la profesión médica se traducen en las siguientes actitudes, responsabilidades y compromisos básicos: el fomento del altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad y la empatía, que son esenciales para una relación asistencial de confianza plena entre el médico y paciente. Además, aboga por la mejora continua en el ejercicio profesional y en la calidad asistencial, basadas en el conocimiento científico y la autoevaluación.

Abordar la humanización de la atención médica teniendo en cuenta a las personas en un desarrollo presente de la ciencia médica y con un futuro prometedor como es la transformación digital y la inteligencia artificial es un reto del siglo XXI. La profesión médica tiene un compromiso con la sociedad a la que presta su servicio, incluyendo el avance de los conocimientos científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades de pacientes y médicos.

La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad y jamás perjudicará intencionadamente al paciente, atendiéndole con prudencia y competencia. No abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados. Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Para todo ello, la formación continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su actividad profesional.

El retorno al humanismo es aún una asignatura pendiente de la profesión médica. Los constantes avances tecnológicos y la masificación de la asistencia sanitaria están afectando a la relación médico-paciente para la que cada vez hay menos tiempo para abordar los aspectos psicológicos, culturales y

sociales de cada paciente en particular, limitándose la mayor parte de las veces a estudiar e interpretar los exámenes que proporcionan las máquinas o los laboratorios clínicos. Está claro que los avances técnicos y la burocracia están alejando al médico del paciente y es imprescindible revertir esta situación. El que profesemos un específico y estricto código de valores éticos hace que los pacientes depositen su confianza en nuestro buen hacer de cada día. Nuestra profesión está obligada a proyectar seguridad y confianza, demostrando que somos capaces de auto-controlarnos, sin perseguir una estúpida endogamia, pero sí velando por la correcta práctica de una Medicina obligada a ser científica, respetuosa, resolutiva, rigurosa, humanista, de calidad y en contante búsqueda de la excelencia.

El Código de Deontología Médica debe ser visto como una guía de la adecuada práctica médica, no como un catálogo sancionador, porque para eso ya está el Código Penal. Esto se conseguirá con la elaboración de reglamentos lógicos, plurales, integradores, respetuosos con las divergencias ideológicas, atentos a la variabilidad clínica y en constante proceso de adaptación. Nuestro Código no es doctrina ni es ley, debe ser un referente profesional.

El contenido del Código de Deontología Médica vigente en España se puede dividir en tres grandes apartados:

1. **LA RELACION CON EL PACIENTE.** Se dedica a la actitud y al comportamiento del médico en la relación clínica y ante la calidad de la asistencia, incluyendo el secreto profesional y la atención al final de la vida. Aborda también la reproducción humana, el trasplante de órganos, la investigación en el ser humano, el dopaje y la prohibición de colaborar en la tortura o vejación de seres humanos.
2. **LA RELACIÓN INTERPROFESIONAL.** Trata de la relación entre médicos y con otras profesiones, en la propia corporación y en las instituciones sanitarias. Contempla temas como las publicaciones profesionales y sobre la publicidad médica.
3. **LA RELACIÓN CON LA SOCIEDAD.** Este apartado se dedica a la relación del médico con el sistema sanitario y otras instituciones. Aborda la actuación del médico perito y la relación con la institución judicial; sobre la docencia y las instituciones sanitarias.

En la revisión actual del Código (pendiente de aprobar por la OMC) se han introducido capítulos sobre la seguridad del paciente, la atención a la violencia, la responsabilidad del médico, las tecnologías de la información y la comunicación y

la inteligencia artificial y bases de datos sanitarias, para adecuarlo al panorama actual de la asistencia sanitaria y de los avances técnicos aplicados a la medicina.

La Deontología Médica se debe situar entre la ética profesional y las normas legales. No debe servir para que los profesionales nos protejamos mutuamente, sino para que sea un instrumento para la promoción de la excelencia y, por tanto,

de la calidad asistencial. La justificación social de un Código de Deontología de obligado cumplimiento y la prerrogativa de autorregulación por los colegios profesionales radica en el servicio al paciente y a la sociedad, en la medida que plantea un nivel de exigencia mayor del que establece la legislación ordinaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altisent R, Gállego A, Delgado M^a T. (2014). Los códigos de deontología profesional. AMF 2014; 10(11):651-658.
2. Asociación Médica Mundial (2015). Manual de Ética Médica (3^a edición).
3. Organización Médica Colegial de España (2008). Los valores de la Medicina.
4. Organización Médica Colegial de España (2010). Manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina sobre el buen uso de redes sociales.
5. Organización Médica Colegial de España (2011). Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica.
6. Organización Médica Colegial de España (2012). Manual de Ética y Deontología Médica.
7. Organización Médica Colegial de España (2014). El buen quehacer del médico. Pautas para una actuación profesional de excelencia.
8. Pacheco R. (2012). Deontología y colegios de médicos. Gaceta Médica de Bilbao, 2012; 109(4): 125-126.

¿Qué tiene que ver el género con la calidad asistencial?

Ana Porroche Escudero

National Institute of Health Research

La OMS y la ONU han reconocido desde hace años que el género es un determinante social de la salud, y como tal debe tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre calidad asistencial. En esta ponencia presento algunos indicadores para medir la integración de la perspectiva de género en todos los aspectos relacionados con la gestión de la calidad asistencial. Me centraré en tres indicadores. (1) La mayor representación de mujeres y personas con géneros/sexualidades no normativas en la toma de decisiones tanto en el ámbito de atención primaria como de hospital, incluyendo el acceso

lugares y posiciones antes vetadas como el de la gestión y dirección en el ámbito local, regional y nacional. (2) La integración de la perspectiva de género en todos los ámbitos de la investigación (desde el diseño de la investigación, análisis, evaluación de actividades/servicios y difusión). (3) Conseguir que la atención sanitaria prestada sea sensible a las desigualdades de género. Alcanzar altos niveles en estos indicadores es imprescindible para mejorar tanto la salud de la población como la satisfacción de las personas usuarias y del colectivo profesional.

Comunicar mejor al paciente: una experiencia utilizando las redes sociales

**Javier Extramiana Cameno, Josep Campa Bortolo, Rubén Pinto Martín,
Héctor Ayerra Pérez, Natalia Herrera Aranda**

Hospital Universitario Araba - Osakidetza. Vitoria-Gasteiz

El Servicio de Urología desarrolla diferentes tipos de planes, en base a conseguir una continua mejora en la atención que oferta a sus pacientes. Estas áreas incluyen la formación profesional con el desarrollo de planes formativos, y dado el carácter quirúrgico de la especialidad estamos desarrollando un proyecto de fantasmas, que nos permita realizar intervenciones simuladas previas al contacto con el paciente. Para ello trabajamos en el diseño de impresión 3D para conseguir tejidos que se aproximen a la realidad del cuerpo.

A nivel de la atención al paciente, estamos desarrollando un programa informático que homogenice la prescripción de tratamientos en los enfermos con cáncer de vejiga, dado que la variabilidad en la prescripción provoca diferencias superiores al 30% en la tasa de recidivas.

Como control de calidad, desde hace 3 años, mantenemos una base de datos corporativa en cáncer de próstata. Su diseño permite no solo al Servicio de Urología, sino que también a la Organización Central, la explotación continua de la situación diagnóstica, terapéutica y sus resultados.

Pero todo esto no nos permitiría abordar un programa de calidad si no hiciéramos partícipe al paciente de un sistema de información y formación, que le permita de una manera

sencilla el contacto continuo con su patología y con el proceso terapéutico y de seguimiento.

Para ello se realizan videos en los que participan los responsables de las Unidades asistenciales, donde se explica el problema que presenta, la solución y los eventos por los que deberá pasar. Estos videos están accesibles a través de códigos QR que el paciente con su móvil puede obtener accediendo al video explicativo que desee, situado en YouTube.

Los códigos QR están colocados en pantallas en la zona de consulta y se administran al paciente en el momento de su indicación. De esta manera videos sobre Diagnósticos, intervenciones y exploraciones se ponen a disposición de los pacientes consiguiendo con ello una mejora en su formación mediante la información que será accesible en cualquier momento y lugar. Otro objetivo preferente en una sociedad bilingüe es cubrir el derecho lingüístico de nuestros pacientes, existiendo las dos versiones en castellano y euskera.

Conclusión:

Desarrollamos un sistema utilizando las redes sociales para implicar al paciente en el proceso asistencial. Logramos cubrir el derecho lingüístico de nuestros pacientes.

Profesionales sanitarios, pacientes y periodistas, unidos contra los bulos de salud

Carlos Mateos

Director de la agencia de comunicación COM Salud y coordinador de #SaludsinBulos

La salud copa la mayoría de bulos en internet, según alerta un informe de la Asociación de Internautas sobre bulos y fraudes en la Red. Por ese motivo, la Asociación de Investigadores en eSalud AIES y la agencia de comunicación COM Salud presentaron hace un año la iniciativa #SaludsinBulos, destinada a combatir los bulos de salud en internet, con la colaboración de profesionales sanitarios y periodistas. Desde entonces, se han sumado unas cuarenta organizaciones científicas, de pacientes y de comunicación. Al inicio sólo teníamos una página web y unos cuantos voluntarios cazabulos, pero en año y medio, gracias los voluntarios, no sólo hemos sumado profesionales sanitarios, también hemos celebrado un congreso, que ha sido el evento de salud con más impacto en redes sociales en España, organizado dos simposios monográficos de cáncer, otro de meningitis y uno más de salud infantil, y un Hackathon de Salud, un maratón de programación de salud basado en la información veraz. También hemos editado informes sobre la conversación en redes sociales y recomendaciones sobre cómo actuar frente a Dr. Google, consensuado un manifiesto de información responsable en cáncer, puesto en marcha dos chatbots (de cáncer y de meningitis), formado a profesionales sanitarios y pacientes, y participado en jornadas por toda España, además de recibir numerosos reconocimientos.

Sin embargo, queda mucho por hacer. Dos de cada tres (69%) médicos ha atendido en su consulta a pacientes preocupados por lo que ha resultado ser un bulo de salud en el último año. Ésta es la principal conclusión del I Estudio sobre Bulos en Salud, elaborado por #SaludsinBulos en colaboración con Doctoralia.

El 59% de los encuestados ha detectado un incremento en las noticias falsas que llegan a los pacientes. Las redes sociales y los servicios de mensajería instantánea como WhatsApp son para el 77% de los médicos las principales causas del aumento de los bulos. Sólo el 19% de los participantes cree que son los medios de comunicación tradicionales los que contribuyen a su difusión por no contrastar su veracidad. En

cuanto al contenido más habitual de los bulos, las llamadas pseudoterapias, suponen el 71% de los mismos. La alimentación (54%) y el cáncer (41%) completan el podio de los bulos más compartidos.

Muchas veces hay una combinación, como en el caso de los mal llamados superalimentos. A la página web saludsinbulos.com nos llegan muchas informaciones falsas que exageran los beneficios preventivos de algún alimento, como el limón, como en su día fueron las bayas de Goji o la papaya, que muchas personas han incorporado en su dieta con esa convicción. Por eso, hemos incorporado en nuestros asesores de nutrición a la asociación 5 al día.

En el caso del cáncer, también hemos detectado teorías peligrosas sobre cómo a un conflicto emocional no resuelto se le atribuye como causa del cáncer, lo que permite a sus instigadores enriquecerse a cuenta de ello. Y, por último, abundan los bulos sobre sustancias de nuestro alrededor a las que, de repente, se les atribuye propiedades cancerígenas, como los pintalabios, los móviles, los envases de plástico o el aire acondicionado del coche.

Los bulos de salud pueden tener consecuencias graves para los pacientes. Hay enfermos que abandonan sus tratamientos, como se puso de manifiesto en el simposio #CáncersinBulos, porque acuden a remedios supuestamente milagrosos, pero también ocurre en otras patologías. En este tiempo, hemos visto cómo algunos desaprensivos han intentado hacer negocio con el clorito de sodio (MMS), un derivado de la lejía, que venden contra todo tipo de enfermedades o síndromes, entre ellas el autismo. Es precisamente sobre este trastorno sobre el que más se ha estudiado el efecto de los bulos sobre vacunación. Hay padres que no vacunan a sus hijos porque tienen miedo de efectos secundarios inventados por los antivacunas. Lo hemos visto con el rebrote del sarampión. La única manera de frenar a los fabricantes de bulos es uniéndonos profesionales sanitarios, pacientes, comunicadores e incluso tecnólogos para dar información veraz. En #SaludsinBulos tienen cabida todos.

Redes sociales de pacientes: pasado y presente... ¿Pasa su futuro por el diseño persuasivo?

Manuel Armayones Ruiz

Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

Las redes sociales de pacientes han sido sin duda alguna la punta de lanza de la Salud 2.0 y un instrumento preciso para el apoderamiento de los pacientes y de sus familiares en el manejo de su enfermedad. No hace demasiados años era habitual asistir al lanzamiento de redes sociales cada pocos meses, auspiciadas unas por centros sanitarios, otras por administraciones y algunas también por asociaciones de pacientes. Sugerimos al lector que haga un repaso mental de las que en su momento conoció y probablemente coincidirá en que la mayoría de ellas han desaparecido, otras se han estancado y de muchas no parece haber novedades reseñables; no sin ello entender que no sigan prestando servicio a grupos muy específicos de pacientes.

Consideramos que uno de los principales motivos de la evolución que van a tener las redes sociales de pacientes no dependen tanto ni de la calidad de sus contenidos, ni de la motivación de sus gestores (normalmente muy alta) sino que van a venir determinada por cuatro grandes elementos: el primero sería el aumento exponencial en los últimos años de la mensajería instantánea, el segundo, y relacionado con el anterior, la posibilidad de pasar a redes sociales distribuidas que esto permite, el tercero es la incorporación en muchos de estos servicios de estrategias de diseño persuasivo que hacen estas herramientas prácticamente indispensables en nuestras vidas, el cuarto la necesidad de incorporar conceptos como las “ecologías de aprendizaje” habida cuenta que cada persona se crea ya su propio entorno personal de aprendizaje alrededor de su condición de salud. Y por último la necesidad de “salir de la red online y entrar en la red física” que neutralice un cierto hartazgo que parece evidenciarse en relación al uso de las redes sociales en general. Comentamos brevemente los distintos puntos a continuación.

Creemos la irrupción de la mensajería móvil en nuestros Smartphones y por extensión el cambio de uso de la tecnología que este tipo de tecnología está suponiendo fue el principio del fin de muchas redes sociales pensadas para pacientes básicamente porque es difícil asumir el «coste» (en tiempo y atención necesaria) de registrarse en una red social de pacientes: generar un password (recordarlo), tener en favoritos una determinada web, entrar en ella e ir leyendo aportaciones de distintas personas hasta encontrar aquello que nos interesaba, etc. pasa un tiempo precioso y requiere una atención muy distinta a la que precisa seguir un grupo WhatsApp al que nos agreguen sobre nuestra condición de salud o enfermedad

Fogg, es el padre del concepto «Persuasión Tecnológica» (1) entendida esta como el uso de la tecnología para modificar las

actitudes o comportamientos de las personas a través de técnicas de influencia; pero no, y el matiz es crítico, del engaño o la coerción acuñó el término de “Simplicidad” que no necesita demasiada definición. Cuando se refiere a Simplicidad nos viene a decir que cuanto más fácil e intuitivo sea el uso de una tecnología con mayor probabilidad se utilizará o, en palabras más llanas se nos «persuadirá para que la utilicemos».

Pero además y siempre en un bucle de interrelación la tecnología tiene un efecto modificador en el uso que hacemos de ella y viceversa. En estos momentos los usos del teléfono móvil son prácticamente universales en España. Así, un paciente que fuera diagnosticado mañana mismo de, supongamos, una esclerosis múltiple, podría tener más dificultades debido a la ingente cantidad de fuentes que podría encontrar que por lo contrario.

Una inspección somera de posibilidades para informarse sobre su enfermedad le daría cientos de páginas en Facebook en varios idiomas, posiblemente docenas de grupos en WhatsApp que iría encontrando, algo de información escrita en su centro de atención más próximo, un taller impartido en algún lugar con un poco de suerte cercano a su domicilio, y quizás un par de redes sociales auspiciadas unas por organizaciones públicas y asociaciones de pacientes y otras por empresas privadas de diversos sectores.

¿De verdad creemos que la «solución información» que podemos dar en la actualidad a esta persona es que utilice la «Red Social X»? Siendo realistas habría que pensar que ese paciente que ya es usuario intensivo de distintos servicios de mensajería instantánea sin apenas «curva de aprendizaje» utilizará su propio «principio de simplicidad» y difícilmente consultará información si esta está a demasiados clics de distancia.

Nuestra apuesta en relación al futuro de las Redes Sociales para pacientes pasa por la premisa de que estamos evolucionando desde unas redes sociales centralizadas (un único nodo emisor, como podría ser un Hospital) incluso descentralizadas (ej: una Administración que emita información pero que luego cada autoridad sanitaria en su territorio decida si distribuye o no) a redes sociales distribuidas en las que no haya un centro claro (aunque pueda haberla impulsado) y en que todos seamos centros y nodos a la vez.

De acuerdo, esta última red distribuida, podría hacer sentir a los profesionales que «perdemos el control sobre la calidad de la información». Pero nos tememos que la batalla está ya perdida de antemano sin un abordaje innovador en el que se

tenga en cuenta que las personas en nuestro día a día no profesional, cada vez «vamos menos» a las fuentes y en cambio la información (y a veces la desinformación) cada vez «viene más a nosotros» entre otras cosas debido a los algoritmos que buscan «personalizar» y «hacer significativa» nuestra experiencia online en la plataformas propiedad de grandes multinacionales en las que pasamos la mayoría de nuestra vida online.

Retomemos el ejemplo del enfermo de esclerosis múltiple sobre el que estamos reflexionando. Nuestro abordaje pasaría por ofrecerle conocimientos a través de programas de Alfabetización en Salud en Esclerosis. Esta información no debería ir únicamente ligada a los aspectos relativos a su enfermedad; sino y, sobre todo, a ofrecerle las competencias necesarias para que él mismo desarrolle o mejore su criterio de selección, su capacidad de análisis y síntesis de la información y en definitiva desarrolle un juicio crítico en relación a todo lo que pueda recibir.

Sin duda nuestra persona afectada de esclerosis múltiple irá desarrollando su propio Entorno de Aprendizaje Personali-

zado (2), concepto que se ha desarrollado básicamente en el ámbito de la Educación pero que consideramos tiene grandes potencialidades en este tipo de nuevas “Ecologías de Aprendizaje” que favorecen el tipo de conexión que realizamos al aprender en nuestro día a día profesional, pero también personal, cuando utilizamos todo un ecosistema de contenidos y servicios: webs, mensajería, vídeos online, Wikipedia, redes sociales, y que además lo hacemos con una perspectiva “transmedia”; es decir integrando y combinando información procedente de distintas fuentes hasta integrarla en nuestra experiencia particular. Sin duda el estudio de las «ecologías de aprendizaje en salud» tiene un recorrido prometedor.

Quizás deberíamos favorecer redes sociales físicas (reconocemos el matiz provocativo en nuestra propuesta) en las que la tecnología fuera un medio para encontrar recursos físicos, geoposicionarlos en mapas, realizar encuentros presenciales y en definitiva utilizar la tecnología para humanizar cuidados. Sin duda la humanización pasa en gran medida por las relaciones sociales, físicas y online, de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fogg, B.J.: *Persuasive Technology: Using Computers to Change What We Think and Do*. Morgan-Kaufmann, San Francisco (2003)
2. Dabbagh N, Kitsantas A. *Personal Learning Environments*, so-

cial media, and self regulated learning: A natural formula for connecting formal and informal learning. 2012 [cited 2019 Aug 26]; Available from: [http://digtechitalia.pbworks.com/w/file/attach/88358207/Dabbagh 2012.pdf](http://digtechitalia.pbworks.com/w/file/attach/88358207/Dabbagh%202012.pdf)

Transformación del modelo asistencial dirigida por el paciente: El gran cambio en el modelo de servicio

Ángel Blanco

Organización, Procesos, TI y Digital QuironSalud

Nos enfrentamos a un gran cambio en el modelo asistencial condicionado por el entorno social, por la realidad de la calle.

Vivimos probablemente el mayor cambio en el modelo asistencial de la historia de la medicina. Es un cambio que no están haciendo las instituciones, los políticos, los gestores, los médicos. Lo están haciendo los pacientes: Es un cambio social apoyado en las tecnologías que, que son las mismas que usa la gente en los demás sectores (smartphone, apps, redes sociales ...), no en las tecnologías diagnósticas y de tratamiento que eran las que hasta ahora marcaban las tendencias.

El cambio es el protagonismo del paciente, el protagonismo de las personas. Cada una de ellas es tan fuerte, tan influyente como todas las demás juntas. Es quien dice si esperar 30 min. es mucho o poco, no somos nosotros. Si alguien puede valorar un restaurante japonés e influir sin tener ni idea de cocina ¿porqué no va a valorar un hospital o un médico? No va de saber, va de decidir.

Y es que las tendencias, la innovación, vienen por primera vez de fuera adentro, las marca la calle, el entorno y en este contexto dejamos de poder decidir cuales son los instrumentos de relación con el paciente y tenemos que adaptarnos a lo que marque la sociedad de manera universal.

El paciente se ha convertido en mucho más activo y nos demanda:

- **Inmediatez:** Hacia la medicina en tiempo real. Prueba + Diagnóstico. El producto no es la RM es la RM diagnosticada.
- **Transparencia.** La transparencia ayuda a mejorar. No hay que ocultar los problemas, hay que mejorar. Y el cliente ayuda cuando eres transparente
- **Servicio frente a Paternalismo.** Es el fin del paternalismo.
- **Medicina continua,** de procesos frente a una medicina de actos.
- **Medicina personalizada.**

Y esta historia no va de tecnologías va de cambio radical en los procesos.

Este paciente activo es un usuario más, lee, escribe, interactúa, valora, elige, pide segunda opinión, es el principal agitador, el principal protagonista de una nueva relación ...

Y lo hace con las mismas herramientas con las que se relaciona con otros proveedores de servicios: sus herramientas, no las nuestras.

En QuironSalud tenemos más de 1.500.000 pacientes on line con acceso a toda la información y resultados y unos 350 procesos de relación médico-paciente y esto nos ha cambiado el

modelo asistencial.

Los nuevos canales que utiliza la sociedad y el análisis de los datos nos llevan a algunos cambios significativos:

- **Hacer cosas antes de que venga el paciente.**
 - P.e. Anamnesis, antecedentes que llevan a hacer pruebas diagnósticas antes de la primera consulta. P.e. cardio, reproducción ...
 - Predicciones de urgencias en función de factores ambientales, partidos de fútbol, etc. y gestión de recursos en función de la demanda prevista
- **Hacer cosas sin el paciente.**
 - El siguiente paso de una prueba diagnóstica no es una consulta de revisión, es mirar el resultado. No debe ser igual para un caso patológico que no patológico. Supresión de “consultas de resultados”
- **Hacer cosas el paciente esté donde esté, no sólo en el hospital**
 - El paciente tiene pautas de autocuidado, se rehabilita en casa
 - P.e. sintrom, monitorización cardíaca marcapasos, holter, etc.
 - Telederma, e-consulta con 350 especialistas, 140 residencias, teleictus Ceuta y Melilla, etc.
- **Cambios en los procesos:**
 - Suprimir consultas de preanestesia y hacerlas no presenciales.
 - Suprimir consultas oncológicas previas al ciclo porque en ellas sólo cambiamos tratamiento en el 3% de los casos: Hospital de Día y Enfermería con un cambio de rol.
- **Hacer las cosas 7x24 y no sólo las urgentes.** ¿quién ha dicho que comprar un libro a las 3 A.M. sea urgente?
- **Automatización del diagnóstico:** AP Digital y algoritmos que diagnostican. 1.000 de muestras “sin microscopio”, sin necesidad de estar en el hospital.

Estos cambios impactan en nuestra profesión. No es esto lo que estudiamos en el grado. Nos enseñaron las partes del microscopio en primero de carrera y ahora diagnostica la anatomía patológica un sistema experto, cogimos sensibilidad en los dedos y es un robot el que hace la incisión y lo manejamos con un joystick, igual que la play station. Elegimos hospital para trabajar y ahora tenemos que hacer parte del trabajo desde casa. Nos educaron como autoridad y los pacientes nos hablan de tú y quieren que les saludemos y recibamos a la hora. Nos preguntan de todo, leen sobre su enfermedad ...

Tenemos que estar preparados para un nuevo rol del médico más consultor, de la enfermería más gestora de casos y un nuevo rol del hospital más abierto y más orientado al seguimiento continuo, porque los pacientes vienen más, no menos, lo que pasa que lo hacen de manera diferente. Por otros canales, por otras puertas ... las 24 horas. Con ello, puede decirse

que nos condicionan a hacer una medicina continua frente a la tradicional medicina de actos.

“Un buen médico debe escuchar como sacerdote, razonar como científico, actuar como un héroe y hablar como una persona normal”. (Albert Schweitzer 1875-1965).

La transformación está en ti

Manuel Guedes

Habemus Digital

Tras más de 15 años digitalizando empresas en diversos sectores, he tenido la oportunidad de dar ponencias sobre tendencias digitales en Pharma para grandes compañías como Pfizer, formar a los equipos de IT de ROCHE y diseñar los programas formativos de los equipos de marketing, ventas y médica de Lilly España. Cada una de estas empresas, a pesar de pertenecer a una misma industria, demandaban la creación de un proyecto adhoc, que sólo se consigue empezando por un cambio cultural de compañía, de personas. Y tras todas estas gratas experiencias esta es la conclusión a la que llego siempre: sólo tú puedes ser el motor del cambio. Nuestra rutina diaria, muchas veces, no nos deja espacio para pensar que cada acción que hacemos frente a un paciente, con nuestros compañeros o con nuestros colaboradores de la industria hace que estos nos miren de forma expectante percibiendo nuestro grado de profesionalidad.

Justo esto, es lo que muchos hemos abandonado con el paso de los años en nuestro trabajo, sobre todo, cuando la tecnología llamó a nuestra puerta y la entreabrimos pero no la atendimos como se merecía. Tras tanto tiempo, la tecnología y las innovaciones digitales han hecho crecer esas expectativas de los pacientes, volviéndoles más exigentes. No porque nos quieran hacer nuestro día a día más difícil, sino porque han conocido otro tipo de soluciones más efectivas a corto plazo que ya no basta con darles nuestro expertise como profesionales sanitarios.

Por ejemplo, a raíz, del MIT Hackathon Medicine en 2012, se fundó Pillpack, una startup farmacéutica que fue comprada recientemente por 1 billón de dólares por Amazon y que ahora compite en mercado contra CVS o Duane Reade. Su secreto, comenzar su transformación digital desde la raíz, desarrollando un sencillo software para automatizar tareas como coordinar entre médico y seguro el seguimiento del paciente y programar el envío de los medicamentos con una experiencia de cliente a través de paquetes personalizados, haciéndolo todo mucho más sencillo, incluyendo los copagos.

Por otro lado, en Reino Unido, el hospital Royal Papworth, uno de los hospitales más importantes del país, corazón y pulmón de la sanidad británica y sobretodo de Cambridgeshire; ha implementado un sistema de registro electrónico mejorando la seguridad de los medicamentos al documentar claramente las recetas e identificar las alergias del paciente y las interacciones entre medicamentos; digitalizando más de 1 millón de documentos han conseguido hacer más accesible la calidad de los pacientes, pasando del nivel 1 de adopción del HIMSS EMR (EMRAM) al nivel 4, y ya de camino al nivel 7. Ahorrando así muchísimas gestiones al NHS Foundation Trust (National Healthcare System) y por

lo tanto optimizando mucho mejor la inversión en la salud pública.

En digital, todo se puede medir, la llegada de las pulseras inteligentes y las nuevas aplicaciones como la de Salud de Apple, y muchas otras apps, que miden el latido del corazón, el peso, la ansiedad, la respiración,...han dado un poder de conocimiento de otro nivel a los pacientes, y que a pesar de su falta de conocimientos médicos y sanitarios, lo toman como comparativa porque su salud está por encima de todo; y toda esta información les vuelven más sensibles e inquietos a la hora de buscar más información sobre diagnósticos y formas de cura en Internet.

La pregunta es: ¿Puede la transformación digital ayudarnos a equilibrar esta balanza psicológica y conseguir dar un servicio de calidad sanitaria de otro nivel? Obviamente, la respuesta es sí, siempre y cuando empieces por ti mismo, luego tu equipo y tu entorno de trabajo se irán volviendo cada más digitales y conseguirás reconquistar el valor de los pacientes. ¿Porqué? Porque comenzarás a hablar el mismo idioma digital que ya hablan estos.

Para ello, existe una metodología, un proceso del motor del cambio, formativo y consciente, en donde, sin abandonar los conocimientos adquiridos hasta ahora, ni nuestro prestigio, podamos construir un nuevo camino de atención mixta de calidad, conectada entre el entorno físico y el digital.

Un 32% de la generación Z (GEN Z - en inglés) de Estados Unidos está insatisfecha con la calidad asistencial, según datos de Statista y Accenture (Abril 2019) pero alrededor de un 60% incluyen falta de comunicación por canales digitales, falta de transparencia y sencillez en la información compartida o la efectividad en las operaciones, entre otras.

Por supuesto, la brecha entre Estados Unidos y los sistemas sanitarios europeos es considerable, pero no estamos salvados de que las compañías tecnológicas, las denominadas GAFA (Google - Apple - Facebook - Amazon) ya tiene más datos de salud que juntando todos los hospitales de Europa y Este de Europa juntos.

La otra pregunta que debemos hacernos es: ¿Cómo abordar este Tsunami Digital del cambio y en cuánto tiempo conseguiremos estar al mismo nivel? No hay una sola respuesta verdadera al respecto, ya que cada caso deberá ser abordado conscientemente a la hora de ejecutar soluciones formativas adhoc, adopción de nuevas tecnologías eficientes o volver a aumentar la inversión en I+D+i que medios como The New York Times u otras como Google, Apple, Tesla, Nasa, MIT, etc, llegan a invertir más que países como España.

Además, debemos estar preparados para un cambio en el

que sectores como TRAVEL TECH, ya están introduciéndose en la calidad asistencial. Nos encontramos con un nuevo entorno, lleno de nuevas líneas de negocio donde el 5% de los ciudadanos europeos ya reciben tratamientos médicos en otros países de la Comunidad Europea, siendo España uno de los principales en el punto de mira. Un 33% de los pacientes de países nórdicos nos visitan porque nuestro sistema sanitario está en mejores condiciones. ¿Por la calidad de vida, por la asistencial? Si tuviésemos el mismo nivel digital que esos países de origen, ¿Podríamos aumentar nuestro nivel de ingresos, mejorar las condiciones laborales de nuestros científicos evitando así la fuga de talento, aportar estudios de más envergadura posicionando a España a la vanguardia de la calidad asistencial? Porque el 55% de esos viajeros que buscan

otro tipo de calidad asistencial tienen un poder adquisitivo mucho más alto.

En definitiva, la transformación digital aporta muchas ventajas, pero sin el abordaje correcto, sólo estaremos contratando soluciones de analítica y recabando datos sin saber correctamente cómo analizarlos y sacarles el mayor rendimiento a nivel de negocio; y tampoco sabremos diseñar procesos más eficientes, más digitales, que ayuden a nuestros equipos sanitarios a potenciar mucho más su trabajo y en consecuencia, desarrollar nuevas líneas de negocio.

Stephen Hawking, inspirado por Darwin, dijo una vez: “La inteligencia es la habilidad de adaptarse a los cambios” y es así como deberemos abordarlos en los próximos años para seguir evolucionando nuestro sector hacia la excelencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harvard Business School, Digital Initiative. Marzo 2019
2. The New York Times. 2019. BrandStudio by IBM
3. Boston Consulting Group. The Dividends of Digital Marketing Maturity. Autores, Dominic Field , Shilpa Patel , and Henry Leon. Febrero 2019
4. NHS Foundation Trust, UK 2019
5. McKinsey, 2015. The road to digital success in pharma. Autores, David Champagne, Amy Hung y Olivier Leclerc.
6. Statista.com 2019
7. Statistics & Facts:
8. Medical tourism in Europe
9. Opinions on affordability of healthcare in Europe
10. Trust in the quality of healthcare treatments in selected European countries 2018 Belief that the U.S. has the best health care system worldwide in U.S. adults 2019 Dissatisfaction with traditional health care among Gen Z U.S. adults in 2019
11. Total global pharmaceutical R&D spending 2010-2024
12. Clinical trial sites by country development status from 2006 to 2012
13. Erwin, 2019. Digital Transformation Examples: How Data Is Transforming the Hospitality Industry
14. Accenture Digital Research 2019
15. Diario Expansión. Artículo de Opinión I+D Biomédica. Autor, Martín Sellés, presidente de Farmaindustria. Junio 2019

Resultados en salud en la UGC de Oftalmología de la Osi Araba

Gonzaga Garay Aramburu

Oftalmología OSI Araba

En los últimos años, los Servicios de Oftalmología han sufrido una transformación importante consecuencia de la creciente tecnificación de las consultas, de la cronificación de la patología que atienden, del envejecimiento de la población y por tanto de la creciente demanda asistencial. Esta transformación nos ha llevado a la búsqueda de diferentes sistemas organizativos. Uno de estos sistemas es la gestión por procesos, que pretende dar respuesta a la necesidad percibida por los profesionales clínicos y gestores de disminuir la variabilidad en la práctica clínica, garantizar la continuidad asistencial y lograr que los ciudadanos reciban un servicio personalizado de calidad (1). Así mismo, establece la metodología y las herramientas necesarias para la medición de la eficacia de los procesos, permitiendo detectar áreas de mejora en los mismos (2)

En Enero de 2014, tras la unión de los Hospitales de Txargorritxu y Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz para formar el Hospital Universitario Araba, se formó la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología. Para llevar adelante esta unificación y disminuir la variabilidad en la práctica clínica, implantamos la gestión por procesos en los cinco procesos más prevalentes; y desde entonces trabajamos orientados al paciente, con el objeto de mejorar la eficacia de los tratamientos y su seguridad y satisfacción. Además, hemos apostado por la medición de los resultados en salud que aportan valor al paciente (3), bajo un mismo estándar internacional. En los últimos años, los registros clínicos oftalmológicos han realizado valiosas contribuciones para entender la epidemiología y los factores etiológicos de las enfermedades, permiten mejorar la calidad asistencial y los resultados, y realizar comparaciones entre profesionales y servicios, disminuyendo los costes asistenciales e incrementando el valor de la asistencia sanitaria e informan del desarrollo de guías basadas en la evidencia y estándares (4,5). El International Consortium of Health Outcome Measurements (ICHOM) (6), que fue constituido por la Harvard Business School, el Boston Consulting Group y el Karolinska Institute, ha desarrollado una serie de formularios estándar para recoger un conjunto mínimo de datos de diferentes procesos patológicos y medir los resultados en salud, incluyendo un formulario para recoger la opinión del paciente (Patient Reported Outcome). En la actualidad, en la especialidad de oftalmología existen dos sets estándar de recogida de datos: el de cirugía de catarata y el de degeneración macular.

Desde hace dos años, participamos en la implantación y desarrollo del estudio sobre la cirugía de cataratas junto con otras once organizaciones sanitarias europeas. Tras la

evaluación inicial de las diferencias entre el set de recogida de datos propio y el de ICHOM, que previamente había sido analizado, validado y utilizado en otras ocasiones (7), se inició la recogida de datos a finales del 2018. Se recogen más de 48 datos demográficos, clínicos pre quirúrgicos, quirúrgicos y resultados visuales finales, además se realiza un cuestionario de calidad visual pre y postoperatorio (8). Esta recogida de datos que concluyó a finales de junio de 2019, nos permitirá analizar la eficacia de nuestra práctica quirúrgica, compararla entre nuestros profesionales y los de los diferentes hospitales participantes y medir la satisfacción de los pacientes.

Así mismo, participamos en el estudio Fight Retinal Blindness! (9) sobre el tratamiento de la patología macular (degeneración macular asociada a la edad, edema macular secundario a diabetes y oclusiones vasculares, y membranas miópicas e idiopáticas) mediante inyecciones intravitreas promovido por el Save Sight Institute (10) con los mismos objetivos. Este registro basado en el formulario estándar de ICHOM para la recogida de datos de la degeneración macular asociada a la edad ha sido adoptado por varias organizaciones sanitarias de Australia, Singapur y Europa. En este caso, se trata de un estudio abierto en el tiempo, que permite incluir tanto pacientes antiguos como nuevos y permite el análisis propio y comparativo con el resto de los participantes en cualquier momento.

Debido a que estas recogidas de datos trabajan con páginas web donde hay que introducir los datos de forma manual, lo que implica una duplicación del trabajo a realizar, desde diciembre 2018 hemos implementado un formulario corporativo en la historia clínica electrónica de Osakidetza (Osabide Global) donde registrar los datos de las visitas de los pacientes tratados de patología macular, desde febrero de 2019 varios formularios para el seguimiento de los pacientes intervenidos de glaucoma y desde junio de 2019 tres formularios para los operados de cataratas facilitando el proceso de registro. Actualmente estamos trabajando en el registro de los pacientes intervenidos de desprendimiento de retina.

Estas mediciones permiten comparar nuestra actividad y nuestros resultados entre los profesionales de nuestra organización, con los de otros hospitales participantes, aprender y mejorar la calidad de la atención sanitaria en los procesos más frecuentes de la oftalmología actual, mejorando su eficacia y aumentando la seguridad y satisfacción de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ignacio E, Figueroa MS, Reyes V, Arias L, Dotor M, García A, López M, Mira JJ, et al. Procesos asistenciales en retinopatías: Degeneración macular asociada a la edad, retinopatía diabética y oclusiones venosas de la retina. Sociedad Española de Calidad Asistencial, 2014. ISBN 84-616-9613-1
2. Guía de gestión por procesos e ISO 9001:2000 en las organizaciones sanitarias. Osakidetza. ISBN-13:978-8489342354
3. <https://www.noticiasdealava.eus/2019/01/21/araba/bioaraba-se-destaca-en-la-investigacion-oftalmologica>, acceso 20 de julio de 2019.
4. Tan JCK, Ferdi AC, Gillies MC, Watson SL. Clinical Registries in Ophthalmology. *Ophthalmology*. 2019 May;126(5):655-662.
5. Larsson S1, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundström M. Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Jan;31(1):220-7.
6. <https://www.ichom.org/standard-sets/> acceso 20 de julio de 2019
7. Mahmud I, Kelley T, Stowell C, et al. A Proposed Minimum Standard Set of Outcome Measures for Cataract Surgery. *JAMA Ophthalmol*. 2015 Nov;133(11):1247-52
8. Lundström M, Llovet F, Llovet A et al. Validation of the Spanish Catquest-9SF in patients with a monofocal or trifocal intraocular lens. *J Cataract Refract Surg*. 2016 Dec;42(12):1791-1796.
9. <https://frbresearch.org/au/>, acceso 20 de julio 2109.
10. <http://www.savesightinstitute.org.au/>, acceso 20 de julio 2109.

Resultados en salud del ámbito de oncología

Ángel Vilda Milla

Instituto Catalán de Oncología (ICO)

Indicadores Específicos de Oncología en Calidad

La necesidad de poder medir los resultados en el ámbito oncológico de calidad es absolutamente necesario, aprovechando que el Instituto Catalán de Oncología (ICO), dispone de tres centros en Cataluña y que tratan aproximadamente el 50% del cáncer oncohematológico, nos ha permitido aportar una experiencia de resultados de 5 años facilitando el benchmarking y la toma de decisiones.

Se han seleccionado pocos indicadores 12 para que puedan ser seguidos por el equipo directivo y servicios con la misma importancia que los indicadores económicos y de actividad, incorporándolos en el Cuadro de Mando de la institución y tienen relevancia estratégica.

La selección de los indicadores se ha realizado en base a las recomendaciones de organismos contrastados como son el Ministerio de Sanidad, Departamento de Salud en los genéricos y los específicos oncológicos los recomendados por la Asociación Oncológica Americana (ASCO) el MD Anderson habiendo revisado autores que mencionamos en la bibliografía.

Y los hemos ordenado siguiendo las dimensiones de la calidad que propone Palmer en base a:

Accesibilidad, Eficiencia, Adecuación, Seguridad y Satisfacción de los Pacientes.

Estos resultados se obtienen previa definición de los indicadores y son calculados por el servicio de información y análisis de datos que los ubica en el cuadro de mando de la institución.

El seguimiento se realiza por una comisión donde participan los directores asistenciales, profesionales expertos y el equipo técnico de calidad para analizar desviaciones, realizar propuestas que se trasmite a toda la organización con la correspondiente presentación y acta.

En la evolución de los resultados a 5 años podemos observar las tendencias de mejora que se han producido en algunos de ellos y la necesidad de seguir haciendo énfasis en otros.

Esta información analizada y con propuestas concretas permite la toma de decisiones trasladando a los servicios y directivos las propuestas concretas que forman parte de los contratos de gestión de las direcciones, los servicios clínicos y los objetivos individuales de los profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barón FJ, Rodríguez Calvo MS, Amor Pan JR. "La agresividad Terapéutica y la oncología líquida. Cuadernos Bioética 2017/1^a.
2. Earle CC, et al. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. J. Clin Oncol 2003;21: 1133-1138.
3. Surbone A., Professionalism in Global, Personalized Cancer Care: Restoring Authentic and integrity. 2013 ASCO EDUCATIONAL BOOK/ asco.org/edbook

El Programa BIFAP: la historia clínica electrónica de atención primaria en beneficio de la investigación en salud en el ámbito público

Miguel Ángel Maciá Martínez

Coordinador de BIFAP / Unidad de Farmacoepidemiología. División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

¿Qué es BIFAP?

BIFAP es una base de datos de registros médicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) orientada a la investigación de los patrones de uso, la seguridad y la efectividad de los medicamentos. BIFAP es financiada y administrada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y se nutre de los datos que aportan las comunidades autónomas (CCAA) que voluntariamente participan mediante convenios de colaboración.

¿Por qué una base de datos como BIFAP en una agencia reguladora de medicamentos?

La misión de la AEMPS es velar por que los medicamentos que se autorizan cumplan con los estándares de calidad y la relación entre los beneficios y riesgos sea favorable. Tras la autorización del medicamento, es tarea de la farmacovigilancia identificar, cuantificar y evaluar los nuevos riesgos, su impacto en la relación beneficio-riesgo.

El sistema de notificación de sospechas de reacciones adversas permite identificar nuevos riesgos (señales), además es necesario diseñar y llevar a cabo estudios específicos, utilizando el método farmacoepidemiológico, que nos permitan:

- confirmar la existencia del riesgo,
- caracterizar y cuantificar el riesgo,
- identificar factores que modifican dicho riesgo.
- evaluar la efectividad de las medidas reguladoras

La creación de una fuente de información como BIFAP permite realizar los estudios para obtener la evidencia necesaria para la toma de decisiones reguladoras sobre medicamentos motivadas por problemas en su seguridad.

¿Qué contiene BIFAP?

Actualmente, BIFAP incluye información de: 7.566 cupos médicos de atención primaria (6.419 de medicina de familia/1.147 pediátricos) de los servicios de salud de 7 CCAA, desde el año 2002 hasta el año 2018. En total incluye 12 millones de pacientes válidos para estudios, de los cuales 8 millones siguen activos, es decir se dispone de información a 31 de diciembre de 2018. El seguimiento en el tiempo es una de las características clave de BIFAP, disponiendo de media de 8,6 años de seguimiento por paciente. Se trata por tanto de una cohorte dinámica de pacientes.

¿Cómo se extraen y tratan anualmente los datos para hacer posible su uso en investigación?

En BIFAP cada año se crea una nueva actualización de la base

de datos, incorporando a la versión anterior las nuevas exportaciones de ficheros del año natural que ha finalizado y enviadas a BIFAP por las CCAA a comienzo del año siguiente. Dependiendo de lo acordado en cada convenio de colaboración con la AEMPS, las CCAA envían solo los datos de los cupos cuyos médicos titulares voluntariamente han decidido colaborar con BIFAP (Cantabria y Comunidad de Madrid), o bien los ficheros de datos clínicos de toda su población atendida (resto de CCAA participantes)

La información almacenada en BIFAP no incluye identificadores personales de pacientes o variables que permitan una identificación de los mismos. La información almacenada en forma de lenguaje natural es anonimizada previamente a su inclusión en la base de datos BIFAP mediante algoritmos informáticos. Los datos de identificación de los médicos que registran la información están también encriptados lo que impide la identificación de los mismos.

BIFAP ha desarrollado una taxonomía propia mapeada a CIAP y CIE9 (los dos sistemas de codificación de diagnósticos utilizados) a través de identificadores únicos de concepto de la meta-ontología UMLS “Unified Medical Language System”. En su versión actual el Diccionario BIFAP incluye unos 7.000 términos, que se han creado complementando la codificación de CIAP-2 lo que aumenta su granularidad. Con este Diccionario el investigador puede crear los Grupos de Eventos para los diagnósticos de interés de su estudio, aunque existe a su disposición un “Catálogo de eventos BIFAP”, mediante un conjunto de algoritmos de búsqueda elaborados y validados.

La información sobre la actividad realizada en otros niveles depende de lo registrado por el médico de atención primaria. Sin embargo, se está incorporando a BIFAP la información de los pacientes que se encuentra registrada en el sistema RAE-CMBD de los diagnósticos al alta hospitalaria, y que está ya disponible para el 50 % de los pacientes activos en BIFAP.

¿Cuál es el papel de los médicos colaboradores de BIFAP?

Los colaboradores de BIFAP son aquellos profesionales asistenciales de Atención Primaria de las CCAA participantes que deciden ayudar al programa BIFAP. Esta ayuda se materializa en primer lugar mejorando la forma en que registran la información durante su práctica clínica habitual. Con este fin se envía a los colaboradores de manera periódica recomendaciones sobre la mejor manera de registrar la información para que pueda ser utilizada en estudios epidemiológicos.

Los médicos colaboradores pueden, de manera voluntaria, participar activamente en la mejora de la calidad de la investigación que se realiza con BIFAP realizando algunas tareas más específicas cuyo tiempo de dedicación puede ser cuantificado para ser posteriormente reconocido:

1. Participando en tareas de mejora de la calidad de la base de datos, dedicando tiempo a realizar tareas de normalización de la información diagnóstica y de prescripción de medicamentos contenida en BIFAP.
2. Aportando su conocimiento clínico experto para ayudar a mejorar la calidad de estudios concretos de otros investigadores respondiendo a encuestas o realizando sus propios estudios como investigador principal.

A cambio, acceden a la Web de Servicios de BIFAP donde, entre otros servicios, disponen de estadísticas agregadas sobre los pacientes de BIFAP tanto a nivel global como de su

Comunidad Autónoma. Los colaboradores que sean titulares de un cupo tienen además acceso a los datos agregados de sus pacientes.

¿Quién y cómo se accede a BIFAP para realizar estudios de investigación?

La base de datos BIFAP da apoyo a las actividades propias de la AEMPS y está accesible para la realización de estudios farmacoepidemiológicos por investigadores adscritos a organismos públicos y por médicos de atención primaria colaboradores del proyecto. Los investigadores deben enviar un protocolo de investigación que debe ser aprobado, una vez evaluado, por un Comité Científico independiente.

El documento público “Gobernanza del Acceso a los Datos de BIFAP” refleja el protocolo de actuación que se lleva a cabo con el fin de garantizar la protección de los datos.

El paradigma del Big Data Analytics: ¿por qué y para qué?

Álex Rayón Jerez

Director Deusto BigData

La generación de valor en los sistemas de salud está provocando gran interés por la parcela de transformación digital. Es decir, por introducir tecnologías digitales que mejoren servicios, procesos, metodologías, etc., desde una perspectiva de eficiencia operativa y financiera. Esta es una de las consecuencias de que la computación se haya abaratado. Fabricar ordenadores resulta más económico que nunca antes en la historia. Lejos quedan los días en los que esto era un limitante. El libro “La sociedad de coste marginal cero” [1] de Jeremy Rifkin, explicó que los costes marginales serían prácticamente nulos en esta era digital. Esto hace que estemos rodeados de dispositivos digitales.

Una de las consecuencias de la transformación digital es la irrupción de grandes volúmenes de datos. Éstos, están provocando la aparición de nuevas oportunidades de mejora por poder responder a nuevas preguntas desde la perspectiva de gestión: ¿por qué ocurren las cosas? ¿qué causa qué? ¿qué podría ocurrir si...? Dado que los sistemas sanitarios y la salud en general, está viviendo un importante proceso de transformación digital, es natural el interés por conocer qué poder mejorar a través de los datos.

Y es que las posibilidades son cada vez mayores. Se calcula que alrededor del 90% de los datos del mundo han sido creados en los últimos años [2]. En 2011, en el Foro Económico de Davos, se introduce el dato como un nuevo activo a gestionar y poner en valor por parte de las empresas [3]. Posteriormente, en 2012, McAfee y Brynjolfsson escribieron el influyente artículo “Big Data: The Management Revolution” [4]. Era una época en la que todavía poca gente conocía el concepto, y aún menos lo ponían en valor. El artículo, supuso un punto de inflexión para muchas de las organizaciones que leyeron con atención los postulados de estos autores. Durante años, las herramientas de Business Intelligence han estado centradas en el reporting (resumir el pasado). Posteriormente, lo estuvieron en el diagnóstico pensando en el pasado. Hoy en día están en la predicción y prescripción. Es decir, en adelantarnos a lo que pudiera ocurrir y ayudar a las organizaciones a tomar decisiones infiriendo el mejor rumbo o las decisiones a introducir. Así, el valor y el foco que debieran tener las organizaciones, se centra en ser capaces de modelizar el funcionamiento de la organización. De encontrar una serie de reglas que describan lo que “suele” ocurrir. Estas reglas suelen engranarse en lo que conocemos como algoritmos; una serie de reglas abstractas para transformar datos.

A través de estos algoritmos predictivos y prescriptivos expresados bajo incertidumbre, se podrán procesar los datos de una organización para la extracción de valor de los mismos. Este tratamiento se puede hacer bajo dos culturas, siguiendo la terminología introducida por el estadístico Leo Breiman a través de un influyente artículo de 2001 [5]: la cultura del modelado estadístico (regresión, reglas de asociación, Análisis de Componentes Principales, etc.) y la del modelado algorítmico e inteligencia artificial (redes neuronales, KNN, etc.). Breiman presentó ambos paradigmas de procesamiento de datos como antagónicos. Incluso, rechazaba por obsoletas las postulaciones del modelado estadístico de datos clásico, dado que en su opinión, había dado lugar a conclusiones equivocadas. La nueva cultura algorítmica, presentaba mucho interés en el contexto predictivo del que estamos hablando. En realidad, el antagonismo entre ambas culturas no son tales, sino que más bien es precisa su complementariedad. Las técnicas de inteligencia artificial se vuelven críticas, pero también disponer de un buen dominio estadístico en el manejo de datos.

Por todo lo anterior, la actividad principal que cubriremos en este taller “El paradigma del Big Data Analytics: para qué y por qué” no es otro que conocer cuáles son las principales técnicas que se podrían aplicar en el ámbito de la salud a través de la analítica avanzada de datos. En primer lugar, se verán ejemplos que ya están funcionando en otros sectores. Una vez entendidas las lecciones a aprender en éstos, se tratará de trasladar estas oportunidades a los contextos sanitarios. Algunos ejemplos que se verán son la previsión de los recursos necesarios para las necesidades de la población, la detección de los servicios más adecuados a proveer para la personalización de la experiencia asistencial, conocer mejor las necesidades asistenciales, identificar las necesidades no reveladas a través de técnicas de text mining, el estudio de los fenómenos de viralización a través de técnicas de grafos, etc. Para poder aplicar estas técnicas será necesario conocer algunas metodologías de análisis de datos, que también se cubrirán en el taller.

Con lo anterior, entenderemos qué datos están a nuestra disposición, para qué sirven, cómo los podemos poner en valor, qué oportunidades se abren en nuestros sistemas de salud, etc. El participante podrá así dimensionar y trazar una hoja de ruta dentro de las organizaciones de salud en un campo que ha venido para quedarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RIFKIN, JEREMY (2014): La sociedad de coste marginal cero. Paidós, España: Barcelona.
2. SINTEF (2013, May 22): “Big Data, for better or worse: 90% of world’s data generated over last two years”, ScienceDaily. Re-

rieved November 13, 2016 from www.sciencedaily.com/releases/2013/05/130522085217.htm

3. SCHWAB, KLAUS, et al. (2011): Personal data: The emergence of a new asset class. An Initiative of the World Economic Forum.
4. MCAFEE, ANDREW, et al. (2012): “Big data’. The management

revolution”, Harvard Bus Rev., 90.10 - 61-67.

5. BREIMAN, LEO (2001): “Statistical modeling: The two cultures (with comments and a rejoinder by the author)”, Statistical Science, 16.3 - 199-231.

Big data e inteligencia artificial en el sector salud: retos y oportunidades

Eva Aurín Pardo

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducción

Actualmente quién no es consciente de que las nuevas tecnologías son un componente fundamental del entorno de la salud.

Cada día oímos noticias de nuevas innovaciones que han salido al mercado y que tienen una aplicación dentro del entorno sanitario.

A todos nos fascinan las nuevas innovaciones, realidad virtual, impresión 3D, etc., etc., y todos queremos tener a nuestro día a día, pero lo primero que debemos pensar es ... ¿me son útiles ?.

Situación Actual

Actualmente todos sabemos que existe una mejor calidad de vida, lo que hace que la esperanza de vida aumente a la vez que la mortalidad y la natalidad disminuyen. Estos hechos hacen que la población esté envejeciendo cada vez más. Se espera que en 2061 el 16,7% de la población tendrá entre 65 y 79 años y el 13,1% tendrá más de 79 años.

Además, debido en parte a este envejecimiento, está habiendo un aumento de pacientes con patologías crónicas, lo que provoca un incremento del gasto sanitario. La cronicidad supone cerca del 75 por ciento del gasto sanitario española. 2014 entre el 35% y el 45% de la población tenía alguna enfermedad crónica.

Si al envejecimiento y la cronicidad le añadimos el hecho de que la inversión ha bajado en los últimos años debido a la crisis económica, inevitablemente vamos hacia un escenario insostenible.

¿Qué podemos hacer para solucionar este problema?

Según un estudio de PwC para poder hacer frente a esta situación y garantizar los más altos estándares de calidad asistencial para los pacientes y para garantizar las mejores soluciones clínicas por los facultativos, es imprescindible invertir en innovación y en tecnología sanitaria.

Estas nuevas innovaciones en sanidad, no sólo mejoran los servicios ya existentes, sino que están introduciendo nuevos campos como la telemedicina, que proporciona una asistencia mucho más personalizada al paciente, lo que está haciendo cambiar la percepción que tenemos de la medicina.

Big Data e Inteligencia Artificial

Una de las innovaciones que van provocar una mayor revolución y un gran impacto durante los próximos 10 años en el sector salud son el Big Data y la Inteligencia Artificial (I.A.).

El Big Data tiene muchas definiciones una de ellas puede ser es un gran conjunto de datos no estructurados, de diferentes orígenes y de diferentes tipos que se pueden tratar de manera simultánea y cuya velocidad de generación es elevada.

El Big Data puede tratar a la vez, videos, audios, RMN, TAC, Ecografías, texto etc., de una manera conjunta y a una velocidad elevada.

Los Centros sanitarios (Hospitales, Clínicas, Centros de Atención Primaria..) y los pacientes, están generando grandes volúmenes de datos que, en estos momentos no se están aprovechando en su totalidad. Gracias al análisis de estos datos mediante el Big Data nos dirigimos hacia una medicina más personalizada, preventiva, participativa, predictiva y poblacional.

Esta "Gran Base de Datos" ha permitido el desarrollo de otra tecnología emergente la I.A., que no es más que una serie de algoritmos matemáticos que simulan el comportamiento de la mente humana.

Actualmente estas dos tecnologías suponen grandes oportunidades dentro del sector sanitario y van a ser una pieza importante dentro de las mejoras necesarias para tener una sanidad sostenible. Mediante la I.A. se va a poder disponer de herramientas de ayuda al diagnóstico gracias al desarrollo de algoritmos basados en análisis de muchos datos, Por ejemplo en Estados Unidos la FDA ya ha autorizado el uso de la I.A. para la ayuda al diagnóstico de retinopatías a partir del análisis de grandes volúmenes de retinografías.

Pero existen grandes retos que afrontar. El sector salud es uno de los sectores con mayores resistencias al cambio, lo que está provocando que cualquier innovación se introduzca de una manera más lenta que en el resto de sectores. Es por esto que la I.A. y el Big Data dentro del sector salud están en sus inicios y queda un largo camino por recorrer para poder considerarla como una herramienta más dentro de la práctica clínica habitual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE: INEBASE: 1900-2001: Cifras de población. 2011: Cifras de población. Resultados nacionales, Censos de Población y Viviendas 2011 2021-2061: Proyecciones de población. Consulta en enero 2016.
2. INE: Encuesta de Morbilidad hospitalaria 2014.
3. <https://www.pwc.es/es/publicaciones/sector-publico/assets/tecnologias-sector-sanitario.pdf>

Innovación en salud, una oportunidad para gestionar entornos inciertos

Rodrigo Gómez Ruiz

Experto en Innovación Sanitaria y Gestión del Conocimiento

Probablemente estemos viviendo un cambio de ciclo en la prestación de servicios asistenciales. Hoy más que nunca, el mundo evoluciona exponencialmente y se ha generado más conocimiento en los últimos años que en el último siglo. Este nuevo contexto, VUCA está marcado por la volatilidad, la incertidumbre, la complejidad y la ambigüedad. En este escenario las cuatro áreas temáticas del Congreso, humanización y empoderamiento, transformación digital del sistema sanitario, modelos organizativos y medición del valor, se ajustan y adaptan a los entornos que tendremos que capear.

El objetivo de la charla es atraer la atención y la reflexión sobre la necesidad de innovar en un entorno incierto y cambiante como es el sanitario, centrando el discurso en torno a tres ejes:

- Valor: la importancia de trabajar en el ecosistema sanitario Vs trabajar en otros entornos (Impacto de lo que

hacemos sobre la población).

- Necesidad: cambiar el modelo y enfoque de aprendizaje, pasar de la ortodoxia a la heterodoxia como paso para generar profesionales con capacidad de trabajo en equipo de mejora continua.
- Oportunidad: de utilizar la innovación como palanca para transformar y cambiar el statu quo actual, desde la meritocracia, la creatividad, la generosidad.

Es imprescindible tener una mirada crítica para gestionar el cambio. Se hace necesario estructuras y dinámicas ágiles para compartir conocimiento y no duplicar esfuerzos. Es vital crear ecosistemas que permitan reforzar y dar soporte a las innovaciones. Debemos empoderar a nuestros profesionales cambiando las dinámicas convencionales de meritocracia y empujando vías para dinamizar y transferir los resultados de la innovación generada.

Gestión de la innovación

Gloria Palomar Frías

Parc Atulí

La innovación ha sido, es y será la clave para desarrollar el tejido industrial en un país y ganar en ventajas competitivas respecto a otras organizaciones/empresas ya sea por el lanzamiento de nuevos productos o por la mejora de procesos internos que repercuten en el precio y calidad de los productos. Cuando se habla en estos términos se puede llegar a pensar que la innovación es un tema restringido a sectores industriales pero no es así, ya que en el sector salud contribuye a la transformación de las organizaciones con un impacto claro en la sociedad.

Para poder transformar realmente una organización, implantando una cultura innovadora, es necesario una buena planificación y gestión de la misma ya que cuando hablamos de transformación estamos aludiendo a la gestión del cambio y ha de ser abordada como tal.

Varios elementos influyen en el cambio de modelo y que se deben trabajar adecuadamente: es fundamental que la innovación forme parte de la estrategia de la organización y como tal tenga un plan de acción a desarrollar así como el liderazgo necesario para gestionar su implantación. Se debe contar con un equipo profesionalizado que dé respuesta a los procesos de innovación evitando la generación de frustraciones entre profesionales que tengan ideas de mejora por no disponer del soporte necesario. Debemos conocer las tendencias del sector para avanzarnos en la búsqueda de soluciones o en la planificación de los recursos, servicios, etc. Tenemos que potenciar la creatividad en la organización y por lo tanto se incluirá en los planes de formación y en las políticas de motivación del personal. Y todo esto lo haremos para generar una sistematización de la innovación intentando huir de ideas aisladas y promocionando un continuo en la innovación de la organización.

La creación de procedimientos de trabajo y de la propia organización alrededor de la innovación está sustentado en la UNE 166002 como norma de calidad de sistemas de gestión de I+D+i. El proceso de innovación se inicia con la revelación/captación de ideas, su evaluación, protección de la propiedad intelectual, desarrollo del proyecto hasta llegar a transferirlo al mercado. Alrededor del proceso hemos de contar con las políticas de fomento de la I+D+i, la vigilancia tecnológica, la regulación interna de la innovación y el cuadro de indicadores que permitirán evaluar el sistema.

En el caso de las organizaciones sanitarias, hay una gran capacidad de aportación de ideas por parte de los profesionales ya que están en contacto directo con los pacientes (cliente) y por lo tanto en contacto directo con los problemas del día a día. Como organización hemos de intentar que estos problemas se conviertan en soluciones o propuesta de soluciones generando así una entrada de posibles innovaciones (Bottom up). Esta misma base de profesionales puede atender a retos planteados desde la Di-

rección para promover innovaciones o cambios organizacionales (Top down). Para conseguirlo es importante plantear políticas de motivación entre el personal de la organización como premios, porcentaje sobre regalías, carrera profesional, reconocimientos públicos y/o dinerarios, etc.

La gestión de la cartera de ideas corresponde evaluarla a los/las técnicos de innovación que determinarán si la idea tiene inventiva y un mercado dispuesto a acogerla. Es importante disponer en la organización de un Comité de Innovación que pueda priorizar todas las ideas evaluadas favorablemente en función de la estrategia de la compañía y en función del presupuesto disponible para su desarrollo.

A partir de aquí se gestionará el proyecto tanto en su desarrollo como en la búsqueda de financiación y partners y, finalmente, si todo el proceso es exitoso procederemos o bien a su implantación interna como una mejora de proceso, o bien a su transferencia al mercado para poder hacerlo extensivo a la sociedad. Como instituciones sanitarias nuestro objetivo es la mejora de la salud y la calidad de vida de nuestros pacientes y por lo tanto es fundamental que los avances/innovaciones lleguen al máximo de población. Eso sí, vamos a negociar con las empresas del sector esa llegada al mercado para que la organización disponga de un retorno económico (regalías) por la contribución que hace a la ampliación de mercado de la compañía receptora y se va a asegurar que realmente sea comercializado y no apartado del mercado (clausulas de protección del interés público).

La orientación de una organización hacia la innovación es un proceso costoso y lento que tiene como recompensa la transformación de la organización acorde a las tendencias y necesidades del propio sector. Innovando vamos a generar valor en el sistema por el impacto que tiene en el paciente, en el profesional, en la organización, en el sector productivo y en la sociedad.

Este impacto lo vamos a medir definiendo un cuadro de indicadores acorde que recogerán tanto indicadores de impacto asistencial como indicadores económicos, tanto de ahorro en el presupuesto en el caso de innovaciones en proceso/organizacionales como de ingresos en caso de innovaciones transferidas al mercado.

En un momento en que los recursos son más limitados que nunca y las tendencias en salud apuntan a incremento en cuidados debido al envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades hemos de pensar cómo afrontamos este reto a través del cambio de las organizaciones y la introducción de tecnologías innovadoras que lo faciliten. Esta transformación ha de tener como eje conductor la gestión de la innovación para definir entre todos el hospital del futuro buscando la eficiencia y la sostenibilidad del mismo.

La gestión de la innovación en el sector salud

Óscar Moracho

Servicio Navarro de Salud

Es imprescindible transformar el sistema sanitario para asegurar la sostenibilidad y la mejora del mismo y para ello es esencial incorporar la gestión de la innovación de forma que multiplique el valor añadido de lo que hacemos para generar salud y bienestar.

Uno de los ejes de la transformación es girar el sistema sanitario desde el enfoque excesivo a la producción de servicios sanitarios a la efectividad de los mismos para mejorar la salud. Una orientación dirigida a la prevención y promoción de la salud, a las alianzas con otros sectores y organizaciones, a la integración de los servicios y en última instancia a que la salud sea más un proyecto de los Gobiernos más que exclusivamente de los Departamentos y Servicios de Salud.

El mayor recurso del que disponemos la neurona y la capacidad de generar cultura, paradigmas y formas de hacer para incorporar la innovación en todas las dimensiones de la gestión. Tenemos que tener incorporar actitudes, conocimientos y sistemáticas dirigidas a repensar continuamente lo que hacemos para mejorar la adecuación, la integración, la seguridad, la calidad y la eficiencia de nuestras actuaciones.

En el sistema sanitario no gestionamos adecuadamente la innovación, sino que incorporamos innovaciones, casi siempre basadas en los desarrollos de los sistemas de información y los avances tecnológicos y farmacológicos, pero muchas veces inducidas por los intereses y presiones de la industria, las empresas o de los profesionales, y no tanto basadas en la necesidad, el valor añadido que aportan o las verdaderas necesidades de pacientes y organizaciones.

Para que la innovación sea efectiva y útil debe incorporar una sistemática de gestión:

En primer lugar se debe identificar claramente la necesidad sobre en qué aspectos hay que innovar. En el momento actual las necesidades se centran especialmente en los aspectos organizativos y de gestión transversal más que en las tecnologías. En el sistema sanitario, tanto los modelos de prestación de servicios, como la gestión de personas, económica y organizativa se basan en gran medida en perpetuar esquemas incorporados hace décadas, que no se han replanteado, son más burocráticos que efectivos, no dan los resultados esperados y que muchas veces ni siquiera se cuestionan. Aunque las resistencias al cambio en estos aspectos son muy importantes, tanto por intereses corporativos como por temores al conflicto político y social, es actualmente la mayor necesidad de cambio y el lastre más importante si no se abordan en el corto plazo cambios en profundidad. En las organizaciones y servicios las necesidades tanto organizativas, como de conocimiento y tecnológicas, se podrán enfocar a aspectos con-

cretos o específicos para el desarrollo concreto de cada uno de ellos.

En segundo lugar hay que identificar medidas y acciones concretas por parte de los agentes implicados, especialmente gestores, profesionales y pacientes. Para ello es necesario ir creando una cultura que incorpore la autocrítica, la creatividad, la participación unida siempre a la responsabilidad, la formación básica y el tiempo y espacios necesarios para ello.

En tercer lugar se deben priorizar las actuaciones identificadas en función de criterios como la factibilidad, coste, efectividad e impacto de las medidas, ya que es importante distribuir de forma adecuada los recursos siempre escasos con los que hay que soportar los proyectos.

La implantación de las innovaciones requieren una metodología de mejora continua, gestión de proyectos o de procesos en función de su impacto y alcance. Puede ser necesario desarrollo de proyectos piloto en algunos casos, pero siempre es esencial que el alcance afecte a todos los profesionales, servicios o dimensiones en los que hay que incorporarlas.

Se deben establecer indicadores de evaluación y metas a alcanzar para poder evaluar la efectividad e impacto de las acciones puestas en marcha. El proceso de evaluación debe incorporar a los actores implicados, ser transparente y conducir a la identificación de conocimiento, mejores prácticas, capacitación o acciones correctoras que permitan mejorar de forma continua todo el ciclo de gestión de la innovación.

Disponemos en el sistema sanitario de mucho conocimiento, tanto dentro como fuera de cada organización, para identificar y poder implantar la gestión de la innovación en multitud de aspectos y dimensiones en las que existe evidencia clara sobre las que tenemos evidencia de su efectividad y adecuación. En otro número de aspectos deberemos seguir investigando, identificando nuevas ideas o conocimientos que puedan ser aplicables y mejorando de forma continua nuestra capacitación. Pero de la gestión de la innovación dependerá en gran medida el éxito del apasionante reto de adaptar continuamente el extraordinario sistema sanitario del que disponemos para dar la mejor respuesta posible a los cambiantes requerimientos y oportunidades del entorno y mejorar de forma continua la salud y el bienestar de la ciudadanía.

Gestión del conocimiento: claves y retos

Josune Retegi Ormazábal

OSI Donostialdea

Introducción

En un contexto de cambio constante (organizacional, económico, social,...), toda organización debe ser flexible y estar preparada para adaptarse a él y, además, diferenciarse con ventajas competitivas.

Pese a sus peculiaridades, la organización sanitaria debe potenciar sus fortalezas y mejorar sus debilidades para poder dar una asistencia de calidad a sus ciudadanos/as. Así, Organización Sanitaria Integrada Donostialdea (OSID) de Osakidetza para la adaptación continua al cambio sigue la filosofía de Gestión Avanzada que le permite convertir sus fortalezas en ventajas competitivas.

En la reflexión estratégica, se detecta la necesidad de atraer y retener talento y establecer estrategias más allá de la gestión de la “formación continuada, que nos permita abordar los nuevos retos tecnológicos, asistenciales y de gestión organizativa.

La apuesta por el conocimiento de la OSID es uno de sus factores diferenciales con su proyecto IZARKI sobre Gestión del Conocimiento e Innovación, proyecto que pretende crear y compartir conocimiento interno y externo a través del liderazgo y el compromiso de los/las profesionales presentes y futuras. Presenta un Modelo Propio donde gestiona tres tipos de conocimiento: el individual, el colectivo y el organizacional. Este último, entendido como todo aquél conocimiento que reside en la organización, constituye un elemento estratégico que debe ser gestionado para la creación de valor para el paciente, profesionales, la OSID y, en definitiva, la sociedad.

Enfoque estratégico

El Plan Estratégico 2015-2019 (PE) de OSID, alineado a la estrategia de Osakidetza y del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, sigue la metodología de Dirección de Proyectos y tiene definido como uno de sus diez programas estratégicos el Programa de Gestión del Conocimiento. Este programa es un elemento diferenciador e innovador respecto al resto de organizaciones de Osakidetza. Actúa como elemento motivador e integrador de los/as actuales y futuros/as profesionales. Para ello, hemos desarrollado un Modelo Propio de Gestión del Conocimiento gracias a varias reflexiones estratégicas, al benchmarking de diferentes modelos a nivel internacional y a los aprendizajes propios y de externos.

El proyecto de gestión del conocimiento tiene como objetivo general “Gestionar el conocimiento individual, colectivo y organizacional de OSI Donostialdea y el externo, tanto de profesionales actuales como de futuros profesionales, e incorporarlo a un Modelo de Gestión del Conocimiento que incorpore las 5 etapas del ciclo de vida de transferencia del

conocimiento”.

Evolución del modelo

El modelo inicial, desarrollado entre el 2011-2015, estaba BASADO EN MODELOS TEÓRICOS (Nonaka y Takeuchi (1995)-Teoría de la creación del conocimiento organizacional/ WENGER, Etienne (2001). Comunidades de práctica: aprendizaje, significado e identidad. ISO 9001/2015), pretendía romper barreras organizativas y generar la cultura de compartir conocimiento en la organización a través de diferentes metodologías innovadoras. Para ello se inició la identificación y captura de conocimiento, a través de la recogida de buenas prácticas (>100) y la identificación de expertos internos y externos, del trabajo de los Comités, de los grupos interdisciplinares e interservicios. Para posteriormente compartir conocimiento a través del desarrollo de las mencionadas CoPs, WOCAs, GIAs, Cursos, Jornadas (se inicia el asesoramiento para la acreditación de Cursos ante el Consejo Vasco de Formación Continua- da),... En el año 2013 iniciamos el benchmarking en diferentes centros de Osakidetza, en organizaciones de otros sectores de nuestro entorno como Mondragón Corporación.

En el año 2015, tras la reflexión estratégica de la nueva organización sanitaria integrada, INTEGRAMOS CONOCIMIENTO ORGANIZATIVO, COLECTIVO E INDIVIDUAL

Realizamos el BENCHMARKING DE MODELOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS (Contraste con Deusto Business School sobre modelos teóricos y prácticos, Norma ISO 9001/2015 sobre cómo gestionar el conocimiento de la organización/ Estándar de Dirección de Proyectos del PMI- Formación Máster y acreditación como PMP/ Pulse of the profession 2015. Capturar el Valor de la Dirección de Proyectos mediante la transferencia de conocimientos)

En este momento es cuando incorporamos al CICLO DE VIDA DE TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO sus dos últimas fases: APLICAR Y EVALUAR. Estudiamos diferentes metodologías que nos permitieran aplicar e evaluar el conocimiento. **Aplicar el conocimiento** a través de las Lecciones Aprendidas de los Proyectos Estratégicos (organizativo), a través de herramientas colaborativas on line (colectivo de equipos, comités y grupos), a través del itinerario formativo (individual)

Evaluar el conocimiento a través de las BBPP y de la evaluación de los programas del plan estratégico (organizativo), a través de los proyectos y planes (colectivo), y según el modelo Kirtpatrick los diferentes niveles de conocimiento (individual)

Novedades del modelo: claves

El modelo de Gestión del Conocimiento de OSI Donostialdea

se caracteriza por los siguientes principios:

- Modelo Propio, surge de la necesidad de Retener y Atraer el Talento
- Ser un modelo transversal y estratégico, que depende en el organigrama de Gerencia
- Tiene un modelo de gobernanza que incorpora formación de profesionales actuales (+ 6000 profesionales) y docencia de profesionales futuros (+ 900 profesionales en formación de grado y postgrado)
- Integra los tres tipos de conocimiento: individual (nivel persona), colectivo (nivel equipo) y organizativo (nivel organizacional)
- Aplica metodologías innovadoras: Comunidades de Práctica (CoPs), Grupos de Investigación Activa (GIAs), World cafes (WOCAs), Dirección de Proyectos basada en el estándar del Project Management Institute (PMI)
- Genera la cultura de compartir conocimiento
- Aplica las 5 fases del ciclo de vida de transferencia del conocimiento :Identificar, Capturar, Compartir, Aplicar y Evaluar
- Novedoso también sobre como gestiona sus alianzas, ya que tenemos establecidos órganos de participación, para facilitar y dar respuesta a lo establecido en los propios convenios de colaboración (Universidades, Centros de Formación e Innovación,...)

Conclusiones

NUUESTRO MODELO GESTIÓN CONOCIMIENTO	PLAN DE FORMACIÓN AL USO
Integra Conocimiento individual, colectivo (o equipo) y organizacional	Conocimiento individual

Estratégico	Personas
Profesionales actuales y futuros	Profesionales actuales
Impulsa nuevos espacios de relación (presenciales y no presenciales)	No impulsa nuevos espacios de relación, únicamente los que se desarrollan en el aula (ya sea presencial o virtual)
Cultura compartir conocimiento y reconocerlo (BBPP, Comités, CoPs)	Si no se comparte, no pasa nada
Aplica el ciclo de vida de transferencia de conocimiento	Si se aplica lo aprendido es de forma individual
Introduce metodologías innovadoras de conocimiento colectivo y organizacional (CoPs, WOCAs,GIAs, Dirección Proyectos,...)	Puede introducir metodologías innovadoras en el aula(p.ej: de trabajo en equipo), pero finaliza al finalizar la actividad
Despliegue alcanza a toda la organización	Despliegue a las personas que realizan la actividad formativa
Evaluación del conocimiento individual, colectivo y organizacional	Evaluación del conocimiento individual

Retos

- Incorporar la experiencia del paciente al modelo de gestión del conocimiento
- Mejorar la seguridad del paciente mediante actividades de innovación en educación con simulación
- Complejidad en el diagnóstico y tratamiento que requieren de conocimiento cada vez más actualizado y complejo (gracias a las tecnologías disruptivas y Big Data como elemento clave para la investigación y la planificación)
- Cambios de modelos organizativos y nuevas metodologías de gestión
- Convivencia de 3-4 generaciones y, por ende, distintas culturas; incorporación de las generaciones millennials y Z.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Líneas Estratégicas del Departamento de Salud del Gobierno Vasco 2017-2020
www.euskadi.eus/contenidos/informacion/...departamento/es.../lineas_estrategicas.pdf. 2017
2. Retos y Proyectos Estratégicos Osakidetza 2017-2020
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/.../PE_2017_2020_web_ESP.pdf. 2017
3. Plan de Salud 2013-2020 del Departamento de Salud www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/.../plan_salud_2013_2020.pdf
4. Plan Estratégico 2015- 2019 OSI Donostialdea. Revisión estratégica 2017.
5. Nonaka, Ikujiro; Takeuchi, Hirotaka (1995). The knowledge creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press
6. Guía de Fundamentos para la Dirección de Proyectos – PMBOK 6ª edición (Project Management Institute- PMI). 2018
7. Capturing the Value of PROJECT MANAGEMENT. Through Knowledge Transfer (PMI’s Pulse of the Profession). 2015.
8. Peter Drucker, “The age of discontinuity: guidelines to our changing society. 2011.

Innovar en los modelos de desarrollo de personas para asegurar el talento profesional y la consolidación de valores de nuestra organización

Ana Sedano Martínez

Instituto Catalán de Oncología

El activo más importante de un sistema nacional de salud lo constituye el conjunto de sus profesionales porque su competencia es el principal determinante de la calidad de los servicios que provee.

No es extraño, pues, que la Directiva europea 2013/55/UE sobre calificaciones profesionales inste los estados miembros a velar porque los profesionales de la salud puedan actualizar sus competencias con el objetivo de garantizar un ejercicio seguro y eficaz de su profesión.

Un modelo de desarrollo de personas basado en competencias nos ha de permitir identificar, valorar, desarrollar y gestionar precisamente aquellas conductas de las personas de las cuales depende el éxito de una organización. Es decir, nos ha de permitir alinear a las personas con los valores de la institución a través de sus competencias.

Las competencias han de entenderse como aquellas características personales que diferencian a las personas que obtienen resultados excelentes de aquellas que logran resultados adecuados en un mismo puesto, y el perfil competencial ha de estar estrechamente relacionado con la estructura, estrategia y cultura de la institución que son el marco general de los puestos de trabajo.

Si consideramos el desarrollo basado en competencias como una herramienta de gestión estratégica de personas, lo primero es definir un marco de actuación que permita su desarrollo en la organización. Es importante revisar la cultura organizacional y reenfocharla al desempeño: el trabajo debe ser considerado como una actividad a realizar con éxito y no un lugar donde estar.

Consideremos que el valor añadido está en que este modelo nos permitirá trabajar en el desarrollo de los profesionales para que puedan lograr la máxima adecuación dentro de la institución, no exclusivamente en su puesto.

Para conseguir esta adecuación, los valores institucionales han de traducirse en comportamientos observables y, en consecuencia, en competencias.

A nivel más operativo, será necesario definir las competencias (corporativas y específicas) de los diferentes profesionales para diseñar un modelo integral de desarrollo de personas basado en competencias. Este modelo tiene que aplicarse en la selección de personal, la formación inicial y su integración en los equipos de trabajo, la formación corporativa, el establecimiento de objetivos anuales y la evaluación de los profesio-

sionales, los procesos de movilidad interna, el acceso a plazas por promoción dentro de la organización, la adquisición de los diferentes niveles de carrera profesional y otros sistemas de promoción o reconocimiento.

La definición y nivelación de competencias ha de ser específica y concreta, definiendo conductas que reduzcan el grado de subjetividad presente a la hora de la evaluación. No solo nos ha de permitir saber qué hacen nuestros profesionales sino lo que tendrían o podrían hacer fomentando una cultura de mejora continua.

El objetivo final de las instituciones es poder disponer de un mapa de talento que permita conocer dónde está el talento y cómo gestionarlo. A su vez, los profesionales deberían saber dónde están ubicados dentro de ese mapa, qué recorrido tienen en la institución, qué se espera de ellos y dónde está su aportación real y su área de mejora.

He querido intencionadamente denominar al modelo desarrollo “basado en competencias”, en vez del tradicional “por competencias” porque considero que se ha de apoyar fundamentalmente en las competencias (entendiendo éstas como actitudes, habilidades y conocimientos) pero no gestionar exclusivamente por ellas. Basarnos en las competencias implica una forma nueva de entender y valorar a las personas de nuestra organización, sin obviar que hay otros factores, no tan personales, que pueden configurar parte de las decisiones que en materia de personas abordemos: desde factores propios de la institución, o incluso como consecuencia del entorno socio económico o del sector en el que estamos.

No quisiera finalizar esta breve aproximación sin hacer hincapié en la naturaleza del ICOi para entender la importancia de un modelo de personas como el expuesto.

La necesidad de reordenar los servicios sanitarios para mejorar la calidad y eficiencia de la oferta sanitaria pública puede encontrar uno de sus mejores ejemplos en la concentración de procedimientos complejos e infrecuentes en los pacientes con cáncer. La propuesta de creación del ICO en el año 1994 como un centro que integra las funciones de epidemiología y control de cáncer, investigación, docencia y asistencia con la finalidad de aumentar la efectividad de la lucha contra el cáncer no se entiende, más de 20 años después, sin considerar algunos de los preceptos básicos de la economía de la salud. Dentro de estos parámetros, la calidad de la organización es la que permite la equidad y la eficiencia, por tanto, se trata de

innovar también en modelos organizativos para que los profesionales puedan trabajar con comodidad de forma inter y multidisciplinaria y para que la primera decisión terapéutica se tome con la opinión de todos los especialistas que han de intervenir y que intervienen a partir de las líneas establecidas en las oncoguías y protocolos. Una institución con un modelo de atención oncológica basado en la excelencia y, con un foco central en la atención al paciente, parece evidente que ha de dotarse de procesos de gestión y modelos de organización que

favorezcan esta eficiencia y eficacia.

Ayudar al equipo directivo, de manera precisa y definida, a orientar a los equipos hacia la consecución de un desempeño excelente y, ayudar a los profesionales a desarrollar sus competencias dentro de los equipos multidisciplinares para abordar el cuidado de los pacientes con cáncer con calidad y calidez, debería ser la contribución de una dirección para las personas como la que dirijo.

Implicar – Explicar – Aplicar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jove M^a Eulalia, Farrero Sara, Matud Cristina, Monterde David, Fierro Gemma, Marsal Remei, Reyes Celia, García Vidal Benito, Pons Asunción, Arnau M^a José, Martínez Luque Rosa, Flores Carmen. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Nursing* 2007;25-7: 51-61
2. Jove M^a Eulalia, Huguet Mateu, Monterde David, SanMartin M^a José, Martí Nuria, Cuevas Blanca, de la Fuente Carlos, Álvarez Guillem. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería hospitalario. *Nursing* 2007;25-4: 57-61
3. Hay Selección. Gestión Integral de Recursos Humanos: Modelo de gestión por competencias. Abril 2008
4. Carrillo Algarra Ana Julia, García Serrano Lucila, Cárdenas Orjuela Claudia, Marcela Díaz Sánchez Ingrid Rocío, Yabrudi Wilches, Nataly. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Review of P. Benner's philosophy in clinical practice. 2013; 32: 346-360
5. Ocupabilitat i competències dels graduats recents en infermeria. Principals resultats de l'estudi 2015 als centres sanitaris. AQU Catalunya 2016.
6. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Pla de Desenvolupament professional continu. 2017
7. Bersin by Deloitte Development LLC. The State of Career Management. Industry Study. 2017
8. Consejería de Salud, Agencia de calidad sanitaria de Andalucía. Documento General de Certificación de competencias. 2017;4.
9. EONS Cancer Nursing Education Framework (2018).
10. Institut Català d'Oncologia. Pla de Acció 2018

Conferencia Plenaria IV: Modelo organizativo, equipos y personas

Corpus Gómez Calderón

Marina Salud

Las políticas generales de RRHH, de gestión de equipos y personas, se configuran como verdadero motor que posibilitan cambios de cultura organizativa con el fin de facilitar la adaptación de los profesionales a los nuevos escenarios en los que se desarrolla su actividad. Los modelos de gestión de RRHH que aúnan las características de los modelos de alta implicación y compromiso con el de orientación al cliente y el de organización en red, ponen el acento en el **desarrollo competencial de los profesionales como parte del modelo organizativo**. Parece incontestable que la adaptación de nuestros profesionales al entorno de innovación en que se encuentran sumidos es una prioridad organizativa y que deberíamos orientar en este sentido todos los esfuerzos en gestión del talento.

La revolución tecnológica en la que nos encontramos requiere de la adecuación de competencias profesionales. Para la incorporación efectiva de las Tecnologías de la Información y Comunicación en las organizaciones sanitarias se hace necesario desarrollar nuevas competencias y capacitar a los profesionales para su uso.

Tenemos un nuevo reto en gestión del talento: debemos enseñar a aprender de un modo diferente a nuestros profesionales.

El trinomio uso de la Red, edad y género juega un papel fundamental para detectar las brechas digitales, de género y

generacionales y guiará en mejor medida las actuaciones en materia de actualización competencial.

La flexibilidad y la adaptación al cambio son competencias especialmente necesarias en estos momentos en nuestras organizaciones.

En el caso de Marina Salud, las áreas de desarrollo identificadas, en los aspectos relativos a la gestión de las personas, pasan por la **consolidación de un modelo de integración de profesionales, la mejora de la capacidad de atracción del Talento y la adaptación al nuevo entorno tecnológico**. En este sentido, entre las prácticas inherentes al modelo utilizado en Marina Salud cabe destacar:

- Diseño y establecimiento de procesos de socialización organizacional.
- Atención a la formación y al desarrollo de los profesionales
- Estructuras basadas en la formación de grupos de trabajo
- Establecimiento de procesos colaborativos en los que los profesionales utilizan conocimientos únicos y compartidos para alcanzar un resultado común.
- Promoción interna.
- Incentivos al rendimiento
- Utilización del conocimiento intensivo en equipos de trabajo soportados por las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez Calderón, C. Flexibilidad y adaptación al cambio. New Medical Economics. Julio 2016. Disponible en: http://www.newmedicaleconomics.es/newsletter_sumario/nme36/arts/04-rrhh-talentodigitalyvintage.pdf
2. Gómez Calderón, C. Aprendizaje innovador y convivencia intergeneracional. New Medical Economics. Marzo 2016. Disponible en: <http://www.newmedicaleconomics.es/revista/arts/nme28/06-rrhhtalentodigitalyvintage.pdf>
3. eSurvey on the state of digital skills for Health Professions (April 2016). Disponible en: <https://www.healthparliament.eu/digital-skills-health-professionals/>
4. Comisión de la Comunidad Europea (2005). Proposal for a recommendation of the European parliament and of the council on key competences for lifelong learning. Disponible en: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2005/EN/1-2005-548-EN-F1-1.Pdf>

Resultados en salud: hablando de valor, hablando de salud alcanzada, hablando de riesgo

Elena Bartolomé Benito

Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid

JUSTIFICACION

Cuando Porter habla de valor, habla de resultados en torno al paciente. El valor depende de los resultados(1). Los resultados, numerador de la ecuación de valor, son inherentemente a la condición clínica (proceso asistencial) y multidimensionales. Para la atención primaria, el valor debe medirse en circunstancias de salud más relevantes(2) para grupos de pacientes definidos con necesidades similares y ajustando por riesgo si fuera posible(3). Conocer esta información es de gran relevancia para gestores de la organización y para profesionales asistenciales. La planificación y la gestión clínica dependen de ellos(4).

En Atención Primaria de nuestra Comunidad hablamos de resultados en salud gracias al Cuadro de Mando (eSOAP)(5), que facilita la toma de decisiones en diferentes niveles de gestión(6). Este trabajo mide resultados en la atención al paciente crónico(7). La Comunidad ha estratificado la población en niveles de riesgo por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA). En su estrategia ha formulado unos niveles de intervención que asigna el profesional a cada paciente para definir el itinerario asistencial que se le va a aplicar, es decir, el profesional aúna el Riesgo Poblacional con su propio criterio.

OBJETIVOS

Describir en la Comunidad los Niveles de Riesgo Poblacionales (NRP) y los Niveles de Intervención (NI) asignados para identificar el grado de implantación de la estrategia de cronicidad.

Mostrar resultados en salud verificando el impacto que la asignación de los NI tienen sobre el control de un proceso crónicos. (Diabetes) en un Centro de Salud (CS)

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo en la Comunidad de los NRP y de los NI asignados en un corte realizado en Diciembre de 2018.

En un CS se mide, en pacientes diabéticos, el control ajustado por edad, global y para cada NI asignado por el profesional sabido el riesgo por grupos de morbilidad ajustados. Se comprueba que el control de diabetes en el CS no difiera del control en la Comunidad. Se compara el control por edad en DM entre pacientes con NI asignado y sin asignar (t student) y en los pacientes con NI asignado se hace un análisis estratificado y se explora la asociación de las categorías de NI con el control de DM (ANOVA). Programa: SPSS Statistics21 Fuente: eSOAP.

RESULTADOS

El 56,14% de población en la Comunidad en 2018 son crónicos. El 2,8% de la población tiene NRP alto, el 8,42% medio y el 44,91% bajo. En los pacientes crónicos, el 37,8% tienen NI asignado y sube a 47,74% si consideramos 8 patologías crónicas priorizadas en la estrategia (Diabetes, EPOC, HTA, ASMA, Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica, Enfermedad Renal Crónica y Enfermedad Cerebro Vascular). Tienen asignado NI un 74% de los pacientes crónicos con NRP alto, el 59,85% de los pacientes crónicos de NRP medio y el 32,85% de los pacientes crónicos con NRP Bajo.

En un CS con una población de pacientes diabéticos >14 años del 6,16%, medimos el control ajustado por edad. Un 45,26% (n=1378) están controlados (Comunidad 44,78% p=0,256). Por NI: El porcentaje de control en pacientes diabéticos sin NI asignado (n=279) es de 31,54% vs 48% en pacientes con NI asignado, (p<0,001). El control de pacientes DM es del 41% si medimos en DM con NI alto (n=12), del 47,31% de los DM con NI medio (n=410) y del 49,92% de los DM con NI bajo (n=677) (p<0,001).

CONCLUSIONES

Los indicadores de Resultado permiten evaluar a nivel macro y mesogestión el grado de implantación de una estrategia (cronicidad) y valorar medidas que nos ayuden a implementar la asignación de NI, en especial, en grupos que precisan mayor atención(8).

Asimismo eSOAP, el cuadro de mando de Atención Primaria que genera indicadores de resultados en diferentes niveles de agregación bajando a nivel paciente, no sólo permite la gestión en niveles directivos sino que facilita hacer gestión clínica a los profesionales de un CS y a partir de los datos por pacientes, priorizar y reorientar intervención en aquellos con peores resultados.

Hablar en términos de valor es hablar de resultados en los diferentes niveles de gestión y actualmente eSOAP permite extraer indicadores agregados según niveles de necesidad de información. Es sabida la pertinencia de ajustar los valores de control de una patología al riesgo(9). Para ello utilizamos el nivel de cuidados que el profesional ha decidido que precisan los pacientes según el riesgo por grupos de morbilidad ajustados. En este Centro de Salud, los pacientes valorados y clasificados con esta perspectiva presentan un mayor grado de control de una patología crónica como la Diabetes que los que no tienen realizada esa asignación.

Los 262 centros de salud de nuestra Comunidad disponen de esta información para evaluar los riesgos, analizar resultados ajustados a riesgos y en definitiva, gestionar con resultados en salud. Si bien no hablamos en esta comunicación de resultados directamente aportados por el paciente,

ni en términos económicos, la historia clínica recoge información normalizada, que adecuadamente tratada, nos permite hablar de valor, de resultados alcanzados en términos de salud y utilizarlos para hacer una adecuada gestión en los diferentes niveles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Porter ME. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* [Internet]. 2010 Dec 23 [cited 2019 Jun 14];363(26):2477–81. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMp1011024>
- Orly de Labry A, García L, Bermúdez C. Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria. Una revisión de revisiones sistemáticas. 2017;32(5):278–88.
- National Committee for Quality Assurance. HEDIS 2016 List of Measures.pdf. [cited 2016 Oct 13]; Available from: http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/HEDIS2016/HEDIS_2016_List_of_Measures.pdf
- Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. *Health Aff* [Internet]. 2013 Mar [cited 2019 May 29];32(3):516–25. Available from: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.0961>
- Bartolomé Benito E, Sánchez Perruca L, Jimenez Carramiñana J, Bartolomé Casado MS, Hernández Pascual M, Mediavilla Herrera I, et al. Primary care specific scorecards as management tools. *J Healthc Qual Res*. 2019;34(3):117–23.
- Bartolomé E, Jimenez J, Sánchez L, Bartolomé M. Desarrollo y evolución de un cuadro de mando integral en atención primaria: lecciones aprendidas. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2017;32(1):40–9. Available from: https://ac.els-cdn.com/S1134282X16300458/1-s2.0-S1134282X16300458-main.pdf?_tid=1c47ee34-b924-4882-ac32-5c486b3013f8&acdnat=1520503663_4d52bd70eb404de135ca9c4ac4892dd0
- Consejería de Sanidad-Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Internet]. SANIDAD C DE, editor. Available from: <https://ademadrid.files.wordpress.com/2014/03/estrategia-de-cronicos.pdf>
- Assessment EG on HSP. A new drive for primary care in Europe rethinking the assessment tools and methodologies : report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment [Internet]. 2018. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_primarycare_eg_en.pdf
- Orueta JF, Mateos Del Pino M, Barrio Beraza I, Nuño Solinis R, Cuadrado Zubizarreta M, Sola Sarabia C. Stratification of the population in the Basque Country: results in the first year of implementation. *Aten Primaria* [Internet]. 2013;45(1):54–60. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656712000182>

Gestión de la demanda, desarrollo competencial de enfermería

Izaskun Morán Valle

HLLEUGER CAMBRILS

Justificación

La dirección del centro a finales del año pasado 2018 valoramos la posibilidad de realizar un cambio en el modelo organizativo ampliando la cartera de servicios de enfermería con la gestión enfermera de la demanda (GID), es decir, que las enfermeras son las que atendemos, resolvemos y derivamos a los usuarios que acuden al centro de Atención Primaria solicitando atención. Teniendo en cuenta la norma publicada al Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña el 1 de julio de 2016 donde recoge el acuerdo del Consejo de Colegios de enfermeras y enfermeros de Cataluña donde especifica como se debe realizar su despliegue en base a la norma publicada en el 2013 en la que definía el marco general.

Objetivos

Gestionar de forma integral los motivos de consulta de las personas atendidas por enfermería en el CAP

Material y Métodos

Después de realizar las valoraciones pertinentes entre los miembros de Dirección del Centro valoramos positivamente la integración dentro de la cartera de servicios de enfermería la GID como una oportunidad competencial de desarrollo. Iniciamos un trabajo de campo realizando sesiones entre el equipo de AP para valorar inquietudes, opiniones... A continuación hicimos 2 ediciones del curso GID organizado por AIFICC y COIB para formar a todo el equipo de enfermería, formamos a los administrativos para identificar los problemas de salud y el circuito a seguir. Realizamos una prueba piloto con una enfermera que ya estaba formada anteriormente. A

partir del 1 de julio en todas las agendas de enfermería se pueden incluir visitas GID, identificadas como tal y que forman parte del día a día de la agenda.

Los problemas de salud que abordamos son; catarro vías altas, síndrome gripal, molestias urinarias, odinofagia, picaduras, quemaduras, heridas, anticoncepción de emergencia, diarreas/vómitos, elevación de la presión arterial, control anticoagulantes orales, cura de catéter central con acceso venoso. Los protocolos están definidos en nuestro programa informático ECAP y en el caso de necesitar una prescripción medicamentosa o una baja la enfermera propone y mediante una alerta es el médico el que la valida y autoriza con una visita no presencial.

Resultados:

Durante el mes de abril de 2019 una enfermera hizo consulta GID en exclusividad atendiendo a 59 pacientes y de estos 39 no precisaron derivación a otro profesional siendo la tasa de resolución del 66,10%

Esperamos que para la fecha del congreso los datos obtenidos sean más relevantes por volumen de personas atendidas

Conclusiones

La gestión enfermera de la demanda es clave en la mejora de la atención de las personas, familias y comunidad, en la resolución de sus problemas y en la accesibilidad a los servicios así como en la gestión de recursos de los centros.

Es una oportunidad de desarrollo profesional siendo las enfermeras protagonistas participes y reguladoras de la parte operativa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Gestió de la demanda espontània. Generalitat de Catalunya, editor, (2009), pp. 1-48
2. A. Brugués Brugués, A. Peris Grao, J. Gascón Ferret, L. Gimenez Jordan, E. Mateo Viladomat, F. Pavón Rodríguez, et al. Guia d'intervencions d'infermeria a problemes de salut d'adults. Castelldefels, (2013),
3. International Council of Nurses. Definición de enfermera [Internet]. 2015 [consultado 7 feb 2017]. Disponible en: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>.
4. DOGC. Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió de la demanda. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2013. pp. 1-4.
5. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE n.º 108, de 6 de mayo de 2005. pp. 15480-15486.
6. P. Sastre-Fullana, J.E. de Pedro-Gómez, M. Bennasar-Veny, J.C. Fernández-Domínguez, A.J. Sesé-Abad, J.M. Morales-Asencio. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clí*, 25 (2015), pp. 267-275
7. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Pavón Rodríguez F, Mateo Viladomat E, Gascón Ferret J, Flores Mateo G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48(3):159-165.

8. Manuel Ferrán Mercadé, Marina Alapont Serrano. Mejorando la accesibilidad. Modelos de gestión de la demanda en el día. AMF 2018;14(7):420-426 | ISSN (Papel):1699-9029 ISSN (Internet):1885-2521
9. Casajuana J, coord. Gestión de lo cotidiano. Barcelona: Congresos y Ediciones Semfyc; 2016. GUTIÉRREZ ML, DUARTE CLIMENTS G, PÉREZ HERNÁNDEZ MJ, SÁNCHEZ GÓMEZ MB, RODRÍGUEZ GÓMEZ JA, GÓMEZ SALGADO J. Gestión de la demanda por enfermeras en Atención Primaria PÉREZ. Revista Rol de Enfermería 2018;41(10): 694-708

Innovación de procesos: creación de una unidad piloto para el paciente frágil en urgencias. Un reto para el futuro

Raquel Benavent Boladeras

Cargo Hospital General de Granollers

Justificación

Los pacientes de edad avanzada son responsables de más del 15% de las consultas de los servicios de urgencias hospitalarios(1). A su vez, los pacientes frágiles con patologías crónicas causan el 43-45% de los ingresos hospitalarios desde los servicios de urgencias, con estancias medias más prolongadas y mayor uso de pruebas complementarias durante su atención en estos dispositivos. (2)

La fragilidad se entiende como una condición crónica relacionada con malos resultados de salud, cuya prevalencia aumenta con la edad y que se define como un estado de vulnerabilidad ante factores estresantes debido a una limitación de mecanismos compensadores. (3)(4)

A pesar de que el área de urgencias es y será el ámbito con más impacto en la asistencia de estos pacientes, apenas se vislumbran nuevas líneas de actuación innovadoras que permitan augurar una mejora en la atención del paciente frágil en urgencias. Así, hay algunas experiencias internacionales (5) y también otras en el ámbito nacional (2) que han demostrado su utilidad en este tipo de pacientes.

En este sentido, El Pla Nacional d'Urgències de Catalunya (PLANUC) del Servei Català de la Salut (6) defiende la atención de estos pacientes en un nivel asistencial resolutivo, con despliegue de recursos adecuado y con un riesgo mínimo de presentar complicaciones debidas a la misma atención.

En este contexto y con el objetivo de mejorar la atención de este colectivo de pacientes, se crea la Unidad del Paciente Frágil en Urgencias (UPFU) en el Hospital General de Granollers.

Objetivos

Describir el funcionamiento y primeros resultados del diseño y implementación de un proceso piloto innovador, basado en la creación de una UPFU en el Hospital General de Granollers.

Material y métodos

La UPFU del Hospital de Granollers se creó en marzo del 2019, en un hospital universitario, de referencia, comarcal y que atiende anualmente 110.000 urgencias.

En la UPFU se ubicaron 6 camas próximas al SUH (Servicio Urgencias Hospitalarias) de lunes-viernes de 7:30-15:30 h con presencia de un geriatra, una enfermera (con tareas asistenciales y de gestora) y una auxiliar.

Se elaboró el flujograma de funcionamiento de la UPFU:

- Captación de candidatos del SUH: pacientes de perfil geriátrico/frágil pendientes de evolución o pendientes in-

greso, excluyendo pacientes hemodinámicamente inestables o muy graves y pacientes en aislamiento.

- Valoración de los pacientes (multidisciplinar): valoración médica, valoración geriátrica integral, optimización / conciliación de medicación, adecuación de pruebas complementarias, realización cuidados de enfermería, solicitud de interconsultas- si necesario - a otras disciplinas.
- Decisión sobre el destino de los pacientes:
 - Alta: con especial énfasis en la coordinación al alta con otros agentes sanitarios de primaria (información vía mail de todas las altas a atención primaria y vía telefónica en casos que se considera necesario) o hospitalarios (seguimiento en consultas externas, hospitales de día etc.). En el caso de ser pacientes multifrecuentadores, se da cita en el programa de enfermo crónico de geriatría de nuestro hospital.
 - Ingreso: se valora cuál puede ser la mejor ubicación del paciente (unidad de agudos de geriatría – UGA-, unidad de media estancia – UME-, unidad de paliativos -UCP- u otros).
 - Evolución: en pacientes aún no altables, se trasladan al “Servicio de Observación de Urgencias” (SOU), quedando a cargo del médico de guardia del Servicio de Geriatría hasta su revaloración el día posterior en la UPFU.

En el último mes de funcionamiento, se puso en marcha una consulta post alta de la UPFU: se facilita a los pacientes un teléfono de contacto para consultas durante un mes post alta, con posibilidad de ser valorados en nuestra unidad de forma urgente o programada, si es necesario.

Resultados

La UPFU inició su actividad en marzo-2019, describiéndose los siguientes resultados del 1 marzo al 8 de junio 2019

- Número pacientes atendidos:186
- Procedencia: 68.8% domicilio, 29% residencia, 2.2 % sociosanitario . 12% viven solos
- Tipología : 51.1 % crónicos complejos (PCC), 14% crónicos avanzados (MACA), y 34.9 % otros frágiles no etiquetados desde primaria (7)
- Características clínicas: Edad: 87.4 años (Ds 5.9 años) Deterioro cognitivo: 64%
- Dependencia para actividades básicas vida diaria: baño 80%, higiene 59.7%, vestido tramo inferior 70.7 %, lo-

comoción 52.5 %, escaleras 72.5 % y gestión medicación 83.5%.

18% presentan caídas en los últimos tres meses.

40.2% presentan patología aguda que causa alteración cognitiva o funcional

- Situación en el SUH (previo a ingreso en UPFU): 41.4% solicitado ingreso en UGA, 40.9% pendiente evolución (USU) Resto: pendiente decidir .
- Ocupación UPFU 100%.
- Estancia media de la unidad: 2.1 días (Ds 1.3) mínimo 0 días, máximo 6 días (Estancia media UGA 9,8 días)
- Resolución/eficacia: 38% altas en el mismo día, 32% con 1 día de estancia, y 30% > 1 día; un 62% fueron trasladados al SOU cuando no estaba operativa la UPFU (tardes y noches)
- Destino al alta: alta 69.4%, ingreso en UGA 22%, ingreso en UME 3.8 %, ingreso en UCP 0.5%, ingreso en HAD (hospital a domicilio)1%
- De los pacientes que tenían solicitado el ingreso en la UGA (76 pacientes): un 54.5% (41 pacientes) son dados

de alta y un 35% ingresan en UGA, con una estancia media global de 2.2 días en la UPFU.

- Recursos externos activados al alta : 100% mail a primaria , 22.7% teléfono médico primaria, 2.75% teléfono gestora, 35.5% teléfono residencia, 1.8% activación PADES (equipos de atención domiciliaria paliativa). Un 23.6% son derivados al programa de pacientes crónicos de geriatría y un 8.2% se derivan a consultas externas.
- Los reingresos en UPFU fueron del 4.9 % (reingresos UGA 3,6 %, urgencias médicas 1.1%) Desde la implantación de la consulta post alta: 2.84% de reingresos.

Conclusiones

La creación e implementación inicial del nuevo proceso de la UPFU, uno de los pioneros en este sector sanitario, mejora la capacidad de resolución de las urgencias en los pacientes frágiles, mejora su drenaje en el SUH, reduce el número de ingresos a la UGA, y asegura de forma proactiva la activación de los dispositivos extrahospitalarios al alta del paciente que favorecen la continuidad asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín-Sánchez FJ. The geriatric patient and emergency care. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(SUPP1):163–72.
2. Puig Campmany M, Ris Romeu J, Blázquez Andiñón M, Benito Vales S. Development of a comprehensive, multidisciplinary program of care for frailty in an emergency department. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 2019;10(1):37–46. Available from: <https://doi.org/10.1007/s41999-018-0151-2>
3. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Brunet NM, Oller R, Gómez-Baptiste X, Panicot JE. Revista Española de Geriatría y Gerontología Índice frágil-VIG: dis no y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(3):119–27.
4. Theou O, Campbell S, Malone ML, Rockwood K. Older Adults in the Emergency Department with Frailty. Vol. 34, *Clinics in Geriatric Medicine*. W.B. Saunders; 2018. p. 369–86.
5. Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B DJ et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the “Emergency Frailty Unit”. *Age Ageing*. 2014;43(1):109–114.
6. <http://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/urgencies-mediques/planuc/>. plan nacional d’urgències de Catalunya Catsalut .
7. Gómez Baptiste X, Martínez Muñoz M, Blay C, Amblàs J. Identificación y Atención Integral- Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. Cent Colab la OMS para programas públicos Cuid paliativos Inst Català ,d’Oncologia Doc Gen [Internet]. 2011;Versión 1.:39. Available from: <http://www.iconcologia.net>

Cambio en la forma de preguntar a nuestros pacientes

Margarita Guzmán Alonso

OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES, HOSPITAL DE CRUCES

JUSTIFICACIÓN:

La enfermedad tiene más factores de los que solemos abordar directamente en la consulta. Organizamos la asistencia desde el punto de vista clínico, y se nos suele olvidar que al paciente le preocupan otros aspectos asociadas a su enfermedad. Dejamos en sus manos el que afloren esas inquietudes, pero en muchos casos esas preguntas acaban sin plantearse. Además, las percepciones de una misma enfermedad cambian de una persona a otra, por lo que es importante hacer un retrato estandarizado de cada usuario. Se estima que el 85% de nuestras decisiones están basadas en emociones.

Deberíamos esforzarnos por aplicar una aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar. Comprender cómo se siente el usuario en cada fase de su enfermedad, explorar sus inquietudes durante su evolución y priorizar los aspectos que más le inquietan, en definitiva, centrarse en su calidad de vida percibida¹.

Numerosos estudios^{2,3} muestran que hay una asociación positiva entre la experiencia de usuario, la seguridad del paciente y la efectividad clínica para una amplia gama de enfermedades, suponiendo una mejora en los resultados de salud; en la adherencia a la clínica recomendada, práctica y medicación; mayor colaboración en el cuidado preventivo y uso de recursos (como hospitalización, duración de la estancia y visitas de atención primaria).

La medición de resultados es tal vez la herramienta más poderosa en los sistemas de salud. Sin embargo, la medición sistemática, rigurosa y continúa sigue siendo la asignatura pendiente.

En la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces queremos poner el foco de atención en lo que realmente importa a nuestros pacientes en cada fase de su enfermedad, y para ello nos basamos en la dinámica de trabajo que propone el Consorcio ICHOM.

ICHOM4 (International Consortium for Health Outcomes Measurement) es una institución sin ánimo de lucro, que está impulsando un proyecto colaborativo internacional para determinar indicadores de resultados en salud. En su propuesta de medición, aboga por añadir a las variables clásicas de resultados clínicos e impacto en la salud, variables de calidad de vida percibida reportadas directamente por los pacientes.

OBJETIVO:

Incorporar en los seguimientos de pacientes variables de calidad de vida percibida, permitiendo ofrecer una personalización de la atención a la patología concreta y a las necesidades y expectativas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

ICHOM propone un set de herramientas a usar por patología concreta, con variables estadísticas, variables clínicas y variables de paciente: PROM (resultados de calidad de vida) y PREM (resultados de experiencia percibida).⁴

Las PREM se usan para el diseño y revisión de la ruta, y las obtenemos usando herramientas de Innovación, Design Thinking y experiencia de usuario^{5,6}.

Los PROM se extraen de encuestas directas a pacientes, preguntando por aspectos de su enfermedad que más les preocupan. Se usan escalas validas a nivel internacional como: EORTC-QLQ, EPIC26, PROMIS, CLEFT-Q, BREAST-Q...

Las encuestas se pueden contestar por varias vías: entrevista individualmente (al menos la primera), en papel, telefónicamente, on-line en Carpeta de Salud o mediante tablets habilitadas en las salas de espera. Y pueden consultar sus respuestas en su carpeta salud.

La información se vuelca a la Historia Clínica del paciente, permitiendo su consultada en cualquier momento. Los resultados se revisan en la consulta junto al personal sanitario, valorando tanto la medición puntual como su evolución en el tiempo.

En este proceso el papel del personal de enfermería es indispensable, para la gestión de las encuestas y el uso de los datos.

RESULTADOS.

Actualmente todas las patologías que abordamos con este enfoque tienen en cuenta aspectos adicionales a las variables clínicas tradicionales:

- En todas se pregunta sobre calidad de vida percibida en diferentes áreas, bien sea por sus encuestas o mediante la inclusión del EuroQoL-5D.
- En Cáncer localizado de próstata se pregunta sobre función sexual, función intestinal, función urinaria, estado emocional. Han contestado 174 pacientes.
- En ICTUS se pregunta sobre dependencia y estado emocional. Han contestado 336 pacientes.
- En Cáncer de mama se pregunta sobre estados de ánimo, imagen física, disfunción sexual, relaciones sociales... Han contestado 68 pacientes.
- En fisura palatina se pregunta sobre imagen percibida, bloqueo nasal, relaciones sociales, ... Actualmente en fase de pilotaje.
- En enfermedad inflamatoria digestiva se pregunta sobre nutrición y enfermedades relacionadas (ojos, Reumatología...). Actualmente en fase de diseño.
- 417 pacientes participan en nuestros 3 programas acti-

vos contestando encuestas.

- Índice de captación de pacientes del 41%.
- Tasa de rechazo al programa menor del 10%.

CONCLUSIONES:

Las medidas de calidad de vida se utilizan cada vez más para medir los resultados de salud en la investigación evaluativa. Pese a la poca estandarización en su implementación, ha habido un crecimiento exponencial de su uso y de estudios que los aplican, ya que se revelan como un instrumento esencial para recabar información.⁷

Nuestra organización las ha empezado a usar a modo de experiencias piloto, pero han venido para quedarse, y prevé que se conviertan en herramientas indispensables para la toma de decisiones médico-paciente.

Incluir estas escalas en nuestra dinámica de trabajo supone colocar realmente al paciente en el centro del sistema, involucrarle en el abordaje de su enfermedad, así como sistematizar momentos y preguntas sobre áreas concretas, más allá del plano estricto de la enfermedad.

Indudablemente, habrá barreras a las que debemos hacer frente:

- Estamos poco acostumbrados a acercarnos a conocer los insights de los pacientes.
- Resistencia al cambio.
- En algunos casos se trata de preguntas que rondan la intimidad.

Pero los pacientes no parece que vayan a ser el obstáculo para conseguirlo. En las dinámicas de grupos con pacientes, manifiestan su satisfacción con el programa.

Además, desde el punto de vista de nuestros profesionales, es importante poder ofrecerles un sistema estructurado de recogida de necesidades de los pacientes, porque no suelen coincidir con las de los clínicos, sin caer en los fallos previos de falta de sistematización.⁷

Nuestro gran reto a partir de ahora será mejorar la captación potenciando la implicación de nuestros profesionales, mejorar la visualización y explotación de datos y, sobre todo, concienciar en el uso de esta información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartzmann L. Calidad de Vida Relacionada Con Salud: Aspectos Conceptuales. *Cienc y Enferm* 2003; 9 (2): 9-21.
2. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness *BMJ Open* 2013; 3:e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570
3. Gleeson H, Calderon A, Swami V, et al. Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings *BMJ Open* 2016; 6:e011907. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011907
4. <https://www.ichom.org>
5. Meyer MA. Mapping the Patient Journey Across the Continuum: Lessons Learned From One Patient's Experience. *Journal of Patient Experience*. 2019, 6(2), 103-107. <https://doi.org/10.1177/2374373518783763>
6. Trebble TM, Hansi N, Hydes T, Smith MA, Baker M. Process mapping the patient journey: an introduction. *BMJ* 2010; 341: C4078.
7. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002; 324: 1417.

Claves para la transformación sanitaria

Rubén Llop

Socio Fundador y Managing Partner. Institute for Transformational Leadership.

En cualquier ámbito de gestión y liderazgo de las organizaciones, y en función del momento en el que se discuta sobre ello, aparecen modas, palabras clave que parecen ser las nuevas soluciones mágicas para cualquier situación que se quiera acometer. Estamos lejos de ese acercamiento. No pretendemos crear un recetario que permita a gestores y líderes saber las respuestas, las “claves”, que deben aplicar para obtener resultados predecibles, sólidos, sostenibles... (sean estos resultados referidos al valor generado, a la salud individual o colectiva, económicos, financieros, de bienestar de colectivos en riesgo de exclusión, etcétera). Nunca han existido, al menos en nuestra opinión, esas respuestas predefinidas, incuestionables, seguras y aplicables a cualquier entorno organizativo.

Ahora bien, todas las organizaciones se caracterizan por agrupar a un colectivo de personas que, con una cultura definida (una determinada manera de hacer las cosas), persigue un objetivo, un propósito. En todas las ocasiones, el alineamiento entre propósitos individuales y el propósito del colectivo es un foco de conflictos potenciales. Por todo ello, nuestras reflexiones radican en cómo liderar a ese colectivo para conseguir las transformaciones que la propia organización considere oportunas para alcanzar mejor su propósito. En nuestra opinión el proceso de reflexión y liderazgo se puede estructurar en seis áreas:

1.- Una Alta Dirección Consciente.

La alta dirección tiene que ser doblemente consciente. En primer lugar, consciente de que juega un rol clave en liderar con el ejemplo, creando una atmósfera, una cultura organizativa que impulse el compromiso individual y el trabajo en equipo para la mejora de la calidad asistencial al tiempo que se cuida a los profesionales sanitarios. Una cultura que impulse la innovación centrada en el individuo, incorporando la tecnología y en la mejora continua. En segundo lugar, consciente que la transformación cultural es un proceso continuo y constante, que necesita resiliencia y coraje, que no se trata de una moda sino de una filosofía de liderazgo que busca permanentemente el crecimiento individual y la mejora de resultados sostenibles.

2.- El Compromiso Individual.

La única transformación que existe es la individual. Es desde el individuo y desde su compromiso con el propósito común desde donde parte toda la transformación y mejora de las organizaciones. Por ello, resulta clave trabajar la autoconciencia, el autoconocimiento y reconectar los objetivos individuales con el propósito común de la organización sanitaria al servicio de la sociedad y de sus ciudadanos. La pregunta

¿Quién soy yo y cuál es mi tarea? deviene clave para reorientar las agendas individuales o departamentales a la agenda común de la organización.

3.- El Trabajo en Equipo Multidisciplinar.

Las organizaciones tienden a estratificarse por colectivos distintos, por competencias diferenciadas que, en lugar de valorar profunda y honestamente las competencias de los otros y el valor que, con sus conocimientos, habilidades y actitudes aportan al objetivo común, tienden a minusvalorar o incluso despreciar dichas contribuciones absolutamente necesarias para el funcionamiento sistémico de la organización. Trabajar en equipo es muy difícil. Definir un objetivo común, respetar al otro, tolerar y acoger las diferencias, agrupar diversidad y conocimientos complementarios requiere de método y constancia. La confianza mutua está en la base de establecer nuevas dinámicas de trabajo que permitan transformar las organizaciones existentes.

4.- La Gestión por Procesos Asistenciales.

Tradicionalmente las organizaciones se han estructurado por departamentos/servicios “verticales” que aglutinan conocimientos específicos de áreas de conocimiento concretas. Este tipo de organizaciones choca frontalmente con la gestión de procesos asistenciales necesaria para la excelencia asistencial. Los pacientes, ajenos a la organización interna existente, viajan a través de las organizaciones sanitarias necesitados de una continuidad de atención clínica, psicológica, farmacológica que precisa el entendimiento de profesionales distintos aislados en estructuras inconexas. La principal transformación radica en transformar el foco de nuestra gestión y de nuestro liderazgo desde el control de gestión de activos y recursos, a la optimización del viaje del paciente que redunde, no sólo en una mayor satisfacción del paciente y de su entorno sino, en paralelo, a la mejor y más eficiente utilización de los recursos y, por ende, de la sostenibilidad del sistema sanitario.

5.- Crear una Organización que Aprende.

Todo el proceso de transformación que sugerimos busca que la organización se transforme en un sistema diseñado y configurado para un disfrute y un aprendizaje continuo y constante de todos sus miembros. Una organización que permanentemente se cuestiona cómo poder seguir mejorando, no desde la exigencia causada por la insatisfacción o la crítica, sino desde la excelencia generada por la sana ambición de hacer el trabajo lo mejor posible y por la aún más sana ambición de causar el mayor y mejor impacto sostenible y duradero. La

transformación busca crear las organizaciones del futuro en el presente. Una poderosa coalición de profesionales que causan un impacto extraordinario.

6.- Causar el mejor Impacto Social Posible.

Y todo lo anterior tiene que causar un impacto predecible, medible y objetivo. Medir resultados en salud, medir el valor generado, lejos de ser una mera herramienta de control de gestión (control que sin duda es necesario al tiempo que insuficiente), es un indicador de liderazgo y de satisfacción y motivación personal, profesional y sistémica. En el entorno de la gestión y el liderazgo de las organizaciones, lo que no se mide no se puede mejorar. El establecer cómo vamos a medir

el grado de mejora y la satisfacción que esta mejora supone a los profesionales sanitarios, a los pacientes, a sus familiares y a la sociedad en su conjunto, lejos de ser intimidatorio o negativo, es la única manera de estimular la calidad integral de nuestro sistema de salud.

Nuestra ambición es que este marco de reflexión, estas claves, sirvan a los profesionales del Sistema de Salud a analizar y definir el punto de partida de sus respectivas organizaciones y, de manera singular, trazar un plan específico de acción, y alineado a sus necesidades y requerimientos, que les permitan llevar a sus excelentes organizaciones al siguiente nivel, un paso más cerca de la Transformación Permanente que nuestras organizaciones y nuestra sociedad necesitan.



ÍNDICE DE COMUNICACIONES

ÍNDICE DE COMUNICACIONES

75	RESISTENCIAS A LOS ANTIBIÓTICOS: INTERVENIR ES URGENTE.. TAMBIÉN EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	154
77	VIOLENCIA DE GÉNERO: UN PROBLEMA QUE NOS AFECTA A TODOS.....	155
81	ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA INTEGRAL DE RECLUSOS CON ENFERMEDAD MENTAL COMO RETO EN LA INTEGRACIÓN DE POBLACIÓN VULNERABLE	156
142	PROYECTO COLABORATIVO ENTRE CENTROS EDUCATIVOS PÚBLICOS Y EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE CRUCES.....	157
186	PRODUCCIÓN Y NECESIDAD DE UN COMITÉ DE ENFERMEDADES INTERSTICIALES PULMONARES GRACIAS A LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL	158
200	HAREX: LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS HOMBRES CON INCONTINENCIA URINARIA.....	160
208	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA.....	161
234	RED SANITARIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	162
239	PROMOCIÓN DE LA SALUD: INTEGRANDO Y CERRANDO EL CÍRCULO	163
323	ELABORACIÓN DEL MARCO ESTRATÉGICO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO	164
324	AUTOEVALUACION Y PLAN DE MEJORA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	165
379	PERCEPCIÓN SOBRE LA GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL EN LOS CENTROS DE SALUD. ENCUESTA A LOS REFERENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	166
418	EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LA ATENCION SANITARIA DESDE ATENCION PRIMARIA A PACIENTES CRONICOS DOMICILIARIOS	167
435	RACIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS DE MEDICAMENTOS CADUCADOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO	169
469	EFECTO NEGATIVO DE LAS REDES SOCIALES EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL ENTRE PROFESIONALES DEL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA	170
495	AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN SALUD (ODS).....	171
499	EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN ÉTICA Y SOCIALMENTE RESPONSABLE SGE 21 EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA.....	172
513	GIOCONDA SALUD – JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS DE LA OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES Y EL IIS BIOCRUCES BIZKAIA	173
557	PROYECTO EDUCATOR: TRABAJANDO LA EDUCACIÓN SANITARIA.....	174
565	PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA PARA PACIENTE HOSPITALIZADO EN HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA (HUGC).....	175
582	ESCUELA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA FAMILIARES: IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS.....	176
617	RECLAMACIONES EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CUAP): ¿CUÁL ES LA TENDENCIA? ACTUACIONES PARA UNA MEJORA.....	177
644	CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO: UNA HERRAMIENTA PARA UNA MEJOR ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	178

726	ABORDAJE DE SITUACIONES HOSTILES CON EL MEDIOAMBIENTE EN RADIOLOGÍA GENERAL EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	179
733	BIBLIOTERAPIA PARA UNA SALUD INTEGRAL.....	180
737	ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES DE UN HOSPITAL TERCIARIO	181
782	SATISFACCIÓN, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE NUESTROS GRUPOS DE INTERÉS	182
788	CÓMO CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LAS PERSONAS Y EMPRESA SALUDABLE MEDIANTE ESTRATEGIAS FORMATIVAS.....	183
795	¿UTILIZAMOS BIEN NUESTROS RECURSOS?	184
70	EVALUACIÓN DE HOJA DE INFORMACIÓN AL SUJETO EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR UN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.....	185
76	LOS MÉDICOS DE FAMILIA COMPROMETIDOS CON EL GASTO FARMACÉUTICO: PERO... ¡NUNCA CAMINAREMOS SOLOS!	187
189	LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN MEDICINA INTENSIVA: A QUIÉN SE LIMITA Y POR QUÉ	188
190	PROTOCOLIZACIÓN DE LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL, UNA DECISIÓN TAN DIFÍCIL COMO NECESARIA.....	189
196	ALFABETIZACIÓN EN SALUD: UNA HERRAMIENTA PARA CONTRIBUIR A UNA ATENCIÓN MÁS RESPETUOSA CON LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	190
296	IMPLANTACIÓN DE UNIDADES DE REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	191
481	¡NO TENGO TIEMPO!.....	192
489	ATENCIÓN AL DOLOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO: ¿ESTÁN ALINEADOS LOS OBJETIVOS CON EL CONTEXTO?	193
696	LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN CENTROS DE DÍA DE PERSONAS MAYORES.....	194
756	PROYECTO DE HUMANIZACIÓN EN ÁREA DE CRÍTICOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.....	196
12	CUIDANDO LA TRANSICIÓN: DE NIÑO A ADULTO, SIEMPRE ACOMPAÑADO	197
17	GARABATEANDO MI MASCOTA.....	198
24	PROGRAMA DE COMPROMISO Y APROXIMACIÓN A LA REALIDAD SOCIAL DESDE LA PARTICIPACIÓN SOLIDARIA.	199
25	ENCUESTA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE EL MUNDO ASOCIATIVO	200
36	FAVORECIENDO EL VÍNCULO MATERNO-FILIAL EN UCI: HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD	201
46	PERCEPCIÓN FAMILIAR DEL PROCESO FINAL DE VIDA	202
53	ENFERMER@...¿SE MEJORA LA CALIDAD EN LA CONSULTA DE DIGESTIVO?.....	203
106	HUMANIZAR LA ASISTENCIA EN ONCOHEMATOLOGÍA: BIOPSIA AGUJA GRUESA COMO ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ A BIOPSIA TRADICIONAL.....	204
107	ALGORITMO DE DECISIÓN EN DISTANASIA.....	205
121	INFLUENCIA DE UNA POLÍTICA DE PUERTAS ABIERTAS SOBRE EL RUIDO GENERADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	206
122	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL AULA DE SALUD PARA USUARIOS CON ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN SOCIAL	207
145	HUMANIZAR LA ASISTENCIA CON ARTE.....	208
159	HUMANIZACIÓN ENFERMER@ EN LA SALA DE ANGIORADIOLOGÍA/HEMODINÁMICA.....	209

163	SUEÑO Y DESCANSO NOCTURNO EN UCI	210
192	ACOGIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA CONSULTA DE PREIMPLANTE DE RESERVARIO VENOSO SUBCUTÁNEO, HUMANIZANDO PROTOCOLOS	211
193	IMPLANTANDO PROTOCOLOS EN UCI, COORDINANDO SERVICIOS	212
223	METODOLOGIA DE CAMBIO VIRAL APLICADA EN LA HUMANIZACIÓN DEL HOSPITAL	213
247	CÓDIGO AMABLE: SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL TRATO Y LA CALIDAD PERCIBIDA EN CONSULTAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	214
264	¿CÓMO QUIEREN LOS PACIENTES A LOS PROFESIONALES SANITARIOS?	215
267	IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL BIENESTAR DEL PACIENTE CON DEMENCIA.....	216
287	¿SOLO SE INTERRUMPE A LOS SANITARIOS? INTERRUPCIONES EN LAS UNIDADES DE ATENCION AL USUARIO DE LOS CENTROS DE SALUD (CS)	217
303	AFRONTAR LA HOSPITALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO Y LA CRONICIDAD	219
306	HOSPITAL SILENCIOSO	220
341	EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE ADMISIÓN Y AVISO ALFANUMÉRICO DE PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA	221
345	HACIA EL RUIDO ZERO: MEJORAR EL CONFORT Y EL DESCANSO DE NUESTROS PACIENTES	222
351	RECONECTANDO CON NUESTRO PROPÓSITO: ABRIENDO EL CORAZÓN A LOS CIUDADANOS Y A LOS PROFESIONALES	223
357	MANOS QUE CUIDAN, MANOS QUE CREAN: PROFESIONALES APOSTANDO POR ENTORNOS AMABLES EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA URGENTE.....	224
378	PROYECTO SUEÑO EN LAS CLINICAS IMQ.....	225
383	EL VIAJE DE NACER	226
388	EN COCHE AL QUIRÓFANO	227
390	FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL USUARIO COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD ASISTENCIAL.....	228
392	PROYECTO HUCI: HUMANIZANDO LA ASISTENCIA EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS	229
397	LENGUAJE INCLUSIVO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	230
399	DUNA, UNA PERRA TERAPEÚTICA PARA LOS RESIDENTES.....	231
401	PROYECTO SUEÑO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO	232
407	MODELO DE HUMANIZACIÓN EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE IMQ.....	233
412	EVALUACIÓN ESTANDARIZADA DE LA HUMANIZACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	234
427	TRANSFORMANDO PERSONAS PARA ATENDER PERSONAS	235
458	ADAPTACIÓN AL CAMBIO: CONSULTA DE TELE ENFERMERÍA	237
492	LA HUMANIZACIÓN EN LA MUERTE BIOGRAFICA Y BIOLÓGICA DE UN PACIENTE NOS HA HECHO MEJORES: A PROPÓSITO DE UN CASO	238
504	CALIDAD Y CALIDEZ PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS. BUENAS PRÁCTICAS PARA HACER EL HOSPITAL MÁS AMABLE.....	239
510	DEFINICIÓN DE CIRCUITOS PARA TRASLADOS DE PACIENTES.....	240
526	MEJORAR TIEMPO DE ESPERA EN REPOSICIÓN DE CAMA AL ALTA HOSPITALARIA.....	241
539	PROYECTO GYM-HUCI.....	242
545	LA RELACIÓN FISIOTERÁPICA EN EL MARCO DE LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN MUTUALIA.....	243

561	HUMANIZACIÓN DE LOS ESPACIOS SANITARIOS: ESPACIO H	244
607	LA EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL ENTORNO DE SU PRÁCTICA Y SU RELACIÓN CON LOS PACIENTES: ESTADO DE LA CUESTIÓN	245
637	EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE RENAL PARA EL MANEJO DE LA DIETA: CAMINO DE LA HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS	246
671	SALAS DE ESPERA, ESPACIOS DE CALIDAD, EDUCACIÓN INTEGRADA EN LOS AMBIENTES	247
676	DAFO EN COMUNICACIÓN ASISTENCIAL DE LOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO.....	248
690	HACIA LA HUMANIZACIÓN DE LA GESTIÓN: TRAS NUEVE AÑOS DE GERENCIA UNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	250
700	EL VALOR DEL SILENCIO. PROYECTO DE MEJORA DEL DESCANSO NOCTURNO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	251
713	PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE MEJORA EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE.....	252
731	PROTOCOLO DE SEDACIÓN Y ANALGESIA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS NEUROTRAUMATOLÓGICAS.....	253
762	VÍA RICA: LA IMPORTANCIA DE INFORMAR AL PACIENTE.....	254
805	¿SABEMOS ACOGER A NUESTROS PACIENTES?	255
833	BIENESTAR LABORAL Y ENGAGEMENT EN EL PERSONAL DE SALUD EN 17 INSTITUCIONES SANITARIAS DE ARGENTINA.....	256
173	COMPARTIR PARA MEJORAR: PUBLICACIÓN DE LAS ACTAS DEL COMITÉ DE TUMORES EN LA HISTORIA CLÍNICA COMPARTIDA	257
277	LA COMUNICACIÓN COMO ELEMENTO ESTRATÉGICO EN EL ÁREA SANITARIA.....	258
318	TRANSPARENCIA Y CALIDAD: INCORPORACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS AL OBSERVATORIO DE RESULTADOS	259
369	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.....	260
462	CUANDO LAS QUEJAS SE CONVIERTEN EN CUESTIÓN ESTRATÉGICA: MODELO DE GOBERNANZA.....	261
522	PLANIFICAR-IMPLANTAR-EVALUAR-MEJORAR.....	262
528	PRIMER CONTACTO DEL CELADOR CON PACIENTES Y USUARIOS.....	263
641	USAMOS UN ÍNDICE SINTÉTICO PARA LA GESTIÓN DE AGENDAS	264
750	SUMMA 112: SIGUE PARTICIPANDO	265
801	GRUPO DE TRABAJO COMO HERRAMIENTA PARA IMPLANTAR LAS TÉCNICAS MOLECULARES EN UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	267
827	MATRICES DE POLIVALENCIA EN LA GESTIÓN DE UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	268
23	CALIDAD PERCIBIDA: SEGUIMIENTO A DOS AÑOS DE LAS RECLAMACIONES EN UNA GERENCIA INTEGRADA SANITARIA	269
41	APLICACIÓN METODOLOGIA FOCUS GROUP CON PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL CONCERTADO	270
78	ESCUCHAR A LOS CIUDADANOS.... ¿PUEDE MEJORAR LA ATENCIÓN SANITARIA?	271
136	IMPACTO DE UNA JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE RCP	272
250	SATISFACCION PERCIBIDA POR USUARIOS Y PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE ÁREA.....	273
337	EMPODERAR AL PACIENTE EN FISIOTERAPIA.....	274
535	ASESORAMIENTO Y FORMACIÓN A CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE RESIDENTES EN ALOJAMIENTOS SUPERVISADOS.....	275

620	EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA TIPI-TAPA EN LA COMARCA DE SALUD PÚBLICA TOLOSA-GOIERRI (CSPTG) EN EL PERIODO 2012-2017.....	276
652	MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON LA INTERVENCIÓN GRUPAL ‘CONOCE TUS MEDICAMENTOS’	277
657	¿QUÉ PROPONEN LOS PACIENTES CUANDO SE LES DEJA PARTICIPAR EN EL DISEÑO DE LAS RUTAS?.....	278
719	GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO	279
807	PROTOCOLO DE EDUCACIÓN PARA CUIDADORES INFORMALES EN EL AREA III	280
810	CONSOLIDANDO LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL DISEÑO DE PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN.....	281
38	MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA EVITA SESGOS DE INFRAREGISTRO DEL CMBD EN LA MORTALIDAD Y REINGRESO POR IAM	282
241	ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES DETECTADAS A TRAVÉS DEL SISTEMA INTELIGENTE DE BÚSQUEDA DE CASOS: INNOCBR.....	283
295	DÉFICIT DE VITAMINA D ¿MITO O REALIDAD?.....	284
355	USO DE BIGDATA PARA ESTABLECER VALORES DE REFERENCIA DE TSH EN EL CRIBADO DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN EL PRIMER TRIMESTRE	285
593	MEJORA DE LA COMPETITIVIDAD EN UNIDADES DE DOLOR : PLATAFORMAS DE BUSINESS INTELLIGENCE.....	286
844	ANÁLISIS DE LENGUAJE NATURAL PARA IDENTIFICAR EFECTOS ADVERSOS	287
85	ALERTA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE RIESGO DE ACCIDENTE TROMBOEMBÓLICO.....	288
120	CARPETA DE SALUD; LA HISTORIA CLINICA AL SERVICIO DE LA CIUDADANIA	289
158	TIME LINE DEL PACIENTE. INCORPORANDO EL VISUAL THINKING A LA HISTORIA CLINICA EN OSAKIDETZA.....	290
319	IMPACTO PERCIBIDO POR ENFERMERAS DE LA HERRAMIENTA OSANAIA PARA EL REGISTRO DE CUIDADOS.....	291
422	EXPECTATIVAS TRAS LA IMPLANTACION DE UN NUEVO SISTEMA DE INFORMATIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE.....	292
443	DEFINICIÓN DE UN CATÁLOGO DE DATOS ESTANDARIZADOS Y CONFORMACIÓN DEL SET DE DATOS DE ICHOM ALL.CAN.....	293
468	SISTEMA DE TELEMEDICINA MEDIANTE PORTAL DEL PACIENTE PARA CONTROL POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA UROLÓGICA SIN INGRESO.....	294
563	IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI) EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA DE ATENCIÓN PRIMARIA	295
668	UN CLIC PARA LA TOMA DE CONSTANTES EN AMSA	296
831	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS REGISTROS DEL FORMULARIO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE.....	297
54	ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA EN LA ATENCIÓN AL PROFESIONAL: UNA APUESTA POR EL FUNCIONAMIENTO Y LA GESTIÓN SIN PAPEL.....	299
157	RESULTADOS OBTENIDOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO EN TIEMPO REAL	300
246	TELEDERMATOLOGIA: DEL MÓVIL DEL MÉDICO DE PRIMARIA AL DERMATÓLOGO	301
265	CREANDO NUEVAS VÍAS DE COMUNICACIÓN: PROFESIONAL -PACIENTE CON LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	302
293	MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA A TRAVES DE NUEVAS TECNOLOGÍAS	303
326	IMPACTO DE LA TRANSVERSALIDAD EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	304
433	EU MHEALTH HUB: EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN MULTIACTORAL PARA EL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN EN SALUD MÓVIL EN EUROPA.....	305

437	LA CALIDAD DE LOS MENSAJES COMO FACTOR DE ÉXITO EN SALUD MÓVIL: GUÍAS INTERNACIONALES ORIENTADAS A LA IMPLEMENTACIÓN	306
736	HUMANIZACION VS NUEVAS TECNOLOGIAS EN CMA. ¿ES COMPATIBLE?	307
809	GRÁFICA INFORMATIZADA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA. BENEFICIOS Y RETOS PENDIENTES.....	308
822	USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA.....	309
27	PLAN FORMATIVO DE SIMULACIÓN EN LA FORMACIÓN EIR DE PEDIATRÍA: DOCENCIA CON DISTINTIVO PROPIO	310
31	TRABAJO EN EQUIPO PARA LA GESTIÓN DEL APRENDIZAJE A TRAVÉS DE DISCREPANCIAS EN LOS INFORMES RADIOLÓGICOS	311
49	DISMINUIR EL TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD DE LA ANALÍTICA Y LA TOMA DE LA MUESTRA SANGUÍNEA EN UN CENTRO DE SALUD	312
57	ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS EN ACCESOS VENOSOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES, MODELO FORMATIVO UNIFICADO DE ENFERMERÍA	313
74	IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO DE UN PROTOCOLO DE NUTRICIÓN PARENTERAL NEONATAL.....	314
100	¿NECESITO UN PROTECTOR DE ESTÓMAGO?	315
114	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN OPERACIONAL DE LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA.	316
127	PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA?	317
167	PLAN DE MEJORA DE ACTIVIDAD DOMICILIARIA (ATDOM) DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) SANT FELIU DE GUÍXOLS.....	318
168	EVOLUCIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA (CA)	319
169	GESTOR INTEGRAL DE PROGRAMAS EN OSAKIDETZA. MODELO DE GESTIÓN AVANZADA DE RUTAS ASISTENCIALES	320
172	CONTROLAR EL DOLOR: ¿UN RETO INALCANZABLE? CICLO DE MEJORA: DOLOR CERO EN UN HOSPITAL COMARCAL.....	321
179	¿PUEDE LA METODOLOGIA LEAN AUMENTAR EL VALOR EN NEONATOLOGÍA?	323
224	ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA VS. INTRAVENOSA. PREFERENCIA DE LOS PROFESIONALES E IMPACTO ECONÓMICO.ECONÓMICO	324
255	ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS ASISTENCIAL Y ESTRUCTURAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN.....	325
257	ANÁLISIS DE LOS FLUJOS HORARIOS DE DEMANDA Y CENSO DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN.....	326
280	PROYECTO DE MEJORA DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO	327
301	MEDICAMENTOS PELIGROSOS: ARMONIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL.....	328
359	GESTIÓN DE LA ESPERA HASTA TRIAJE : METODOLOGÍA LEAN Y AUDITORÍA MANCHESTER.....	329
370	PUESTA EN MARCHA DE UN COMITÉ DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN AP: NECESIDAD DE PACIENTES, CUIDADORES Y PROFESIONALES	330
387	MEJORA DE LA CODIFICACION DE LA ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA.....	331
389	¿PODEMOS IDENTIFICAR PACIENTES EN FINAL DE VIDA HOSPITALIZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN LA CAPACIDAD FUNCIONAL?	332
398	MEJORANDO LA GESTIÓN DEL PROCESO REHABILITADOR DESDE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE	333

461	VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COMO SEGUIMIENTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN	334
473	GESTION POR PROCESOS EN PATOLOGIA MACULAR	335
479	EVALUACIÓN DEL FORMULARIO DE VIOLENCIA DE GENERO DEL SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIA DE ÁREA EN 2018	336
482	ANÁLISIS Y MODELO PREDICTIVO DE LA FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL.....	337
523	INCORPORACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DEL APARATO LOCOMOTOR COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	338
529	APLICACIÓN DEL SISTEMA LEAN PARA MEJORAR EL FLUJO DE PACIENTES EN EL INGRESO HOSPITALACION	339
533	IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ALTA INTENSIDAD DE CUIDADOS (UAIC).....	340
584	ARGOS – SISTEMA DE MONITORIZACIÓN Y HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	341
598	ABORDAJE EFICIENTE DEL DOLOR CRÓNICO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA.....	342
628	INNOVACIÓN DE PROCESOS: CREACIÓN DE UNA UNIDAD PILOTO PARA EL PACIENTE FRÁGIL EN URGENCIAS. UN RETO PARA EL FUTURO	343
729	LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: UN ÁREA DE MEJORA PARA ENFERMERÍA.....	344
751	PLAN DE MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN AREA DE SALUD INTEGRAL	345
753	PROGRAMA HIPATYA: IMPACTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL EN PEPS.	346
760	CONCILIACIÓN DE LA MEDICACION Y ATENCION FARMACÉUTICA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE DE CIRUGIA CARDIACA	347
777	ACCIDENTES DE RIESGO BIOLÓGICO EN ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERÍA DURANTE SUS PRÁCTICAS CLÍNICAS	348
796	EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE ASISTIDO UNA PRESTACIÓN EN AUGE DE LA CARTERA DE SERVICIOS ...	349
815	CONSECUENCIAS DE LA AMPLIACIÓN Y CAMBIO DE LOCALIZACIÓN DE UNA CONSULTA DE VACUNOLOGIA EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL.....	350
824	GESTIÓN DE LA DEMANDA ENFERMERA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.....	351
838	MEJORANDO LA GESTIÓN DE CAMAS.....	352
847	ANALISIS DE DEMORA EN LA HORA DEL ALTA Y REPERCUSIÓN ASISTENCIAL Y ECONÓMICA.	353
15	LICENCIA DE ESTERILIZACIÓN... AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	354
37	DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA A PARTIR DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INTERNA.....	355
44	UNA HERRAMIENTA EN LA GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES	356
63	TRAZABILIDAD DE ESTUPEFACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	358
84	LA CERTIFICACION ISO 9001 COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL PROCESO FORMATIVO DE POSTGRADO .	359
88	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	360
94	UNIDAD DE CALIDAD: NEXO DE UNIÓN DE SERVICIOS Y CRITERIOS DE CALIDAD	361
101	PADEICS: PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA TOMA DE DECISIONES DEL INSTITUT CATALA DE LA SALUT (ICS)	362
117	PROCESO DE AUDITORÍA ISO 13485 EN EMPRESA FABRICANTE DE PRODUCTO SANITARIO	363
123	PROCESO DE CERTIFICACIÓN CE DE UN DISPOSITIVO MÉDICO PARA DIAGNÓSTICO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA...	364
124	DE LA GESTIÓN DEPARTAMENTAL, A LA GESTIÓN POR PROCESOS. UN CAMBIO NECESARIO	365

137	INDICADOR DE ACTIVIDAD GLOBAL EN EL CUADRO DE MANDO. UNA EXPERIENCIA DE CÁLCULO Y USO EN EL ANÁLISIS DE EFICIENCIA.....	366
149	ARMONIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA EN UNA INSTITUCIÓN MULTICÉNTRICA DE SALUD: RETOS Y OPORTUNIDADES.	367
151	REVISIÓN DEL SISTEMA DE AUDITORÍAS INTERNAS EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA MULTICÉNTRICA: OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	368
152	PLAN INTEGRAL DE FORMACIÓN POR OBJETIVOS PARA RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	369
155	IMPLANTACIÓN DE UN SGC EN EL SERVICIO DE APROVISIONAMIENTOS DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA SEGÚN LA NORMA ISO 9001:2015.....	370
171	TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN. COMPARTIR PARA MEJORAR.....	371
187	UN MODELO DE RELACIÓN ENTRE FACTORES Y RESULTADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	372
195	UNA EXPERIENCIA LEAN EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN	373
198	COMPONENTE CLAVE EN CUALQUIER SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD: SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS ACREDITADOS.....	374
213	IMPLANTACIÓN DE UN SOFTWARE DE CALIDAD EN BASE A LA NORMA ISO 9001:2015	375
219	DISEÑO DEL PROCESO DE FORMACION DE UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA SEGÚN EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA E.F.Q.M.	376
226	ELABORACIÓN DE UN PLAN DE RECONOCIMIENTO A LOS PROFESIONALES DE FORMA PARTICIPATIVA	377
231	GESTIONANDO LA CALIDAD: CERRAMOS EL PLAN ESTRATÉGICO	378
238	¿ES POSIBLE ACREDITAR EN CALIDAD UN CONSULTORIO RURAL?.....	379
243	DISEÑO DE UN PLAN ESTRATÉGICO COMO MEJORA EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UNA SOCIEDAD CIENTIFICA.....	380
262	ANÁLISIS 180° DE LAS COMPETENCIAS DE LOS MANDOS INTERMEDIOS. ESTUDIO PILOTO.....	381
263	IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS CENTRO Y SERVICIOS DEL GRUPO, PARA LA MEJORA CONTINUA.....	382
269	UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DELPHI EN EL DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA QUE MIDA ADECUACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.	383
270	VAEQ: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA VALORAR LA ADECUACIÓN DE LA ESTANCIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.	384
282	LA AUTOFORMACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES	385
327	PRIMEROS RESULTADOS EN LOS SERVICIOS DE CRÓNICOS ESTRATIFICADOS EN NIVELES DE INTERVENCIÓN: “LA REALIDAD DEL CAMBIO”	386
333	PROCESO DE ACREDITACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA DE UNA SOCIEDAD CIENTIFICA REGIONAL	387
352	COORDINAR LA CALIDAD: EMPUJAMOS O ESCUCHAMOS? EL CAMBIO DE PUSH A PULL.....	388
361	EL AMFE COMO HERRAMIENTA PARA EL ABORDAJE DE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO ESTRATÉGICO DE GESTIÓN	389
371	OPINIÓN DEL PERSONAL DE RECURSOS DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	390
375	MEJORANDO EL PROGRAMA DE AUDITORIA DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DEL SALUD	391

376	ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001: PARTES INTERESADAS Y ENTORNO	392
395	JOINT COMMISSION INTERNATIONAL: NOS VOLVEMOS A VER	393
410	VALIDACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES.....	394
416	MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES: HERRAMIENTA INTEGRADA DE GESTIÓN EN UN SERVICIO CERTIFICADO DE ATENCIÓN AL USUARIO	395
453	TRES MODELOS AL SERVICIO DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA DE CALIDAD : JUNTOS PERO NO REVUELTOS”	396
459	SELECCIÓN DE INDICADORES PARA LA ACREDITACIÓN EN UNIDADES DE CIRUGÍA ENDOCRINA: EXPERIENCIA EN UNA NUEVA BASE DE DATOS	397
460	INSTRUMENTOS PARA LA ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA ENDOCRINA: DISEÑO DE UNA BASE DE DATOS SEGURA Y AUDITABLE.	398
463	¿MEJORAN LAS ACREDITACIONES LOS INDICADORES DE CALIDAD?: COMPARATIVA ANTES Y DESPUÉS DE LA ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD.....	399
467	GESTIÓN INTEGRADA: CALIDAD (ISO 9001) Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UNE 179003 Y 179006).....	400
472	EL RETO DE ALINEAR A LA ORGANIZACIÓN CON EL COMPROMISO DE GENERAR VALOR: CONTRATO PROGRAMA ÚNICO	401
474	CERTIFICACIÓN UNE 179006-2003 DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA.....	402
475	EL FACTOR HUMANO EN LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2015. VISIÓN DE LOS RESPONSABLES DE CALIDAD EN LA TRANSICIÓN	403
478	APLICANDO METODOLOGÍA LEAN PARA LA MEJORA DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA DE TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS AL HOSPITAL DE DÍA.....	404
484	LA CARTERA DE SERVICIOS: LOS NUEVOS EVALUADORES	405
486	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA SEGÚN LA SATISFACCIÓN DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS	406
507	REORDENACION DE RRHH EN UN AREA SANITARIA: EVOLUCIÓN DE ENERO DE 2012 A DICIEMBRE DE 2017.....	407
524	ACCIÓN FORMATIVA: CONOCIMIENTO OPERATIVO DE LA UNIDAD DIRIGIDO A CELADORES.....	409
544	AVANZANDO EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA.....	410
549	HERRAMIENTA DE MEDIDA DEL USO DEL ECÓGRAFO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA..	411
555	DE 0 A 100: ACREDITACIÓN GLOBAL DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL....	412
556	IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS GRUPOS DE INTERES	413
573	CONSTITUCIÓN DE UNA COMISIÓN DE CALIDAD TERRITORIAL E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN DOS REGIONES SANITARIAS	414
575	APROBACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL ÁMBITO DE SALUD MENTAL EN DOS REGIONES SANITARIAS	415
577	EFICIENCIA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.....	416
581	MEJORANDO LOS CUIDADOS A TRAVÉS DE UN NUEVO MODELO DE INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	417
591	ANÁLISIS DEL PANEL DE INDICADORES DE CALIDAD Y ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTORAS PROPUESTAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA.....	418
596	CREACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR QUE INTEGRE EL DOLOR AGUDO Y CRÓNICO	419
597	HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN CONSENSUADA PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL SUMMA 112	420
606	IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	421
608	GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO. PROCEDIMIENTO LEAN APLICADO.....	422

614	METODOLOGÍA LEAN - 6 SIGMA EN EL PROCESO DE PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE EL SISTEMA DE UNIDOSIS.	423
618	REFLEXIONANDO MEDIANTE EL JUEGO - LEGO SERIOUS PLAY	425
619	CIERRE DEL PLAN ESTRATÉGICO: DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA	426
622	PROYECTO DE MEJORA DE LA TUTORIZACION DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN UNA COMUNIDAD AUTONOMA	427
624	APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE EN LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 DE UNA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA	428
630	PROYECTO DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE CALIDAD DE SECA: CLAVE PARA LA MEJORA Y RECONOCIMIENTO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	429
632	APLICACIÓN DE LA TEORÍA U EN LA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA.....	430
635	COMO AJUSTAR GASTO REAL EN CAPITULO I DE RECURSOS HUMANOS A PRESUPUESTO ASIGNADO EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	432
636	GRADO DE COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN UNA CORPORACIÓN DE SALUD.....	434
639	CÓMO INTEGRAR LA GESTIÓN DE RIESGOS EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ORGANIZACIÓN	435
640	GENERANDO VALOR A LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA INTEGRADA DE CLIENTE INTERNO.....	436
648	PROCESO DE CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 CONTINUIDAD ASISTENCIAL	437
653	OBTENCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 EN UNA DIRECCIÓN DE CALIDAD: CLAVE PARA LA GESTIÓN Y LA MEJORA CONTINUA.....	438
656	TU OPINIÓN NOS IMPORTA - SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES FRENTE A LOS SERVICIOS NO SANITARIOS..	439
689	PLANIFICACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE MEJORA PARA GESTIONAR MATERIAL SANITARIO PRESCRITO DESDE HOSPITALES	440
694	RUTA HACIA UN SISTEMA DE GESTIÓN GLOBAL INTEGRADO MULTINORMA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO	441
701	AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE UNA HERRAMIENTA DE FÁCIL APLICACIÓN.....	442
702	GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE RENOVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA	443
703	INTEGRACION DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN EL ENFOQUE DE GESTION.....	444
705	GESTIÓN DE RIESGOS DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD NEONATAL: CONOCER, ANALIZAR, TRABAJAR Y MEJORAR....	445
706	OPINIÓN DE ENFERMERAS/OS SOBRE SESIONES INFORMATIVAS CARRERA PROFESIONAL /ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.....	446
717	IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA.....	448
757	UTILIZACIÓN DE UNA APLICACIÓN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DE DERIVACIONES INTERNIVELES COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA.....	449
764	¿QUÉ APORTA MODIFICAR EL SISTEMA DE EVALUACIÓN UTILIZADO EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EN CALIDAD?	450
766	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LOS HOSPITALES CON CONVENIO SINGULAR DEL SESPA	451
774	MATRIZ DE RIESGOS/OPORTUNIDADES: HERRAMIENTA INTEGRADA DE GESTIÓN EN SERVICIO DE UCI CERTIFICADO CON ISO 9001:2015	452

775	EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA FORMATIVO DE CAPACITACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA.SIMULACIÓN IN SITU	453
787	ACTUALIZACIÓN DE UNA MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL PROCESO DE TRASPLANTE PULMONAR.....	454
794	STOP DISFAGIA, ABORDAJE INTEGRAL	455
797	METODOLOGIA LEAN PARA GESTIÓN DE COLAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	456
812	OPTIMIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE INFECCIONES GASTROINTESTINALES – TÉCNICA FILMARRAY®	457
821	ABORDAJE DE LA GESTIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN	458
825	PROCESO DE MEDICIÓN DE INDICADORES DEL LABORATORIO DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.....	459
826	LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS INVESTIGADORES COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	460
830	NUEVOS ENFOQUES PARA UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN HABILIDADES QUIRÚRGICAS PARA CIRUJANOS	461
832	MODELOS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN, ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN	462
837	EVOLUCIÓN ECONÓMICA 2014-2018. NUEVO EQUIPO, NUEVA VISIÓN	463
842	UN PLAN ESTRATÉGICO CON RESULTADOS.....	464
846	LA TRANSFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA TRADICIONAL EN CONSULTAS HACIA UN “NUEVO MODELO” ASISTENCIAL.....	465
14	EN LA NUBE, NUESTRA FORMACIÓN SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES.....	466
34	ESTRUCTURA HOSPITALARIA Y GESTIÓN COMPARTIDA DEL TIEMPO Y EL ESPACIO EN LA ATENCIÓN “OUT-DOOR” AL PACIENTE CRÍTICO.....	467
39	APLICABILIDAD DEL DISEÑO 3D Y LOS INSTRUMENTALES PERSONALIZADOS EN LA CIRUGÍA DE REVISIÓN PROTÉSICA DE RODILLA.....	468
67	CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE TERAPIA CAR-T EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID.....	469
80	FORMACIÓN DE NUEVOS PROFESIONALES A TRAVÉS DE VIDEOTUTORIALES: LAS PALABRAS CONMUEVEN PERO EL EJEMPLO ARRASTRA.....	470
104	EQUIPOS DE MEJORA EN URGENCIAS INFANTILES. UN COMPROMISO CON LA CALIDAD.....	472
115	METODOLOGÍAS ITIL Y PMP EN LA GESTIÓN DE RIESGOS DE UN PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	473
135	CONCURSO DE TRASLADOS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SERVICIO RIOJANO DE SALUD (SERIS) ..	474
144	TELECONSULTA EN MEDICINA LABORAL: VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	475
161	AUMENTAR LA ADHERENCIA A PROCEDIMIENTOS MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE LOS MISMOS EN FORMATOS ACTUALES DE DISEÑO.....	476
272	RADIOGRAFÍA DEL LÍDER, EXPECTATIVAS Y REALIDAD.....	477
342	OPTIMIZACIÓN DE LOS CIRCUITOS ANALÍTICOS DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS	478
366	NUEVO SERVICIO DE INTERVENCIONES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: “ACLARANDO CONCEPTOS Y MEJORANDO RESULTADOS”	479
396	EL MODELO DE INNOVACIÓN EN CLÍNICAS IMQ: UNA HERRAMIENTA PARA AVANZAR HACIA LA EXCELENCIA	480
402	CRECIENDO CON EL BARRIO.....	481
451	PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON ECMO	482
491	ACCESIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA ACTIVIDAD ECOGRÁFICA.....	483
515	SISTEMA DE VIGILANCIA TECNOLÓGICA E INTELIGENCIA COMPETITIVA.....	484

564	HOSPITAL 4.0: IMPLEMENTACIÓN TECNOLÓGICA DESDE LAS PERSONAS.....	485
615	INNOVANDO EN LA GESTIÓN DEL CÓDIGO INFARTO DESDE UN TERRITORIO INSULAR	486
626	RING, RING... ¿HAY ALGUIEN EN EL DEPARTAMENTO DE RRHH QUE ME PUEDA AYUDAR?.....	487
633	INCORPORACIÓN DE UNIDADES DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	489
649	PLANIFICACIÓN DEL SERVICIO DE ANESTESIA INTEGRADA A LA GESTIÓN DE PERSONAS.....	490
666	LA IMPLEMENTACION DE NUEVAS TECNOLOGIAS EN UNA ACTIVIDAD FORMATIVA AUMENTA LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES	492
674	IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE LA CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA A PACIENTES EXTERNOS	493
714	IMPLANTACIÓN DE LA E_CONSULTA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN Y COMUNICACIÓN CLÍNICA.....	494
808	PROYECTO HERMES	495
839	INDEMAND, CO-CREACIÓN LIDERADA POR LA DEMANDA.....	496
55	MEJORANDO LA ATENCIÓN AL PROFESIONAL EN UN HOSPITAL: LA OFICINA DE ATENCIÓN AL EMPLEADO	497
56	LA INTRANET DEL HOSPITAL UN ESPACIO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL EMPLEADO	498
72	EJERCICIO DE SIMULACIÓN ANTE LA APARICIÓN DE UN BROTE POR MICROORGANISMO MULTIRRESISTENTE EN CANARIAS.....	499
73	TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: TRIUNFO, FRACASO O TODO LO CONTRARIO.....	500
90	BUENOS DÍAS: COORDINACIÓN ENTRE EQUIPOS	501
96	INTEGRAR PARA AVANZAR: EL GRUPO DE CALIDAD COMO CLAVE DEL CAMBIO	503
126	MODELO DE REHABILITACIÓN INTEGRADO HOSPITAL, PRIMARIA Y SOCIOSANITARIO	504
199	SISTEMA SCRUM PARA LA GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES	505
273	LA E-CONSULTA COMO HERRAMIENTA COMUNICACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y NEUROLOGÍA.....	506
325	COORDINACIÓN ENTRE DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	507
347	REFERENTE DEL DOLOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA FIGURA PARA MEJORAR EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO.....	508
363	TRABAJAMOS PARA ASEGURAR TRANSICIONES SEGURAS AL PACIENTE CRONICO DESCOMPENSADO EN NUESTRO TERRITORIO	509
417	COMO GESTIONAR EL CAMBIO TRANSFORMANDO LA FORMACIÓN EN IMPLICACIÓN.....	510
442	MEJORAS ASOCIADAS A LA GESTIÓN POR PROCESOS AVANZADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN	511
470	ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES POR SOSPECHA DE MALIGNIDAD DESDE PRIMARIA A ESPECIALISTAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	512
502	CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA), MONITORIZACIÓN DEL DOLOR Y COMPLICACIONES EN EL DOMICILIO	513
534	COMUNICACIÓN EN LOS EQUIPOS DIRECTIVOS: SATISFACCIÓN Y NECESIDADES.....	514
542	UN PASO MÁS EN LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL: CONSULTA NO PRESENCIAL.....	515
543	ANÁLISIS DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS DE COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	516
570	PANEL DE COMUNICACIÓN “ALGO MÁS QUE UN RELEVO”	518
587	PROYECTO DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y UN CENTRO DE LA COMISIÓN ESPAÑOLA DE AYUDA AL REFUGIADO (CEAR)	519
604	HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN EL PASE DE GUARDIA EN UN LABORATORIO CORE 24H.....	520

634	¿QUÉ ESPERAN NUESTROS PROFESIONALES DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL?.....	521
665	COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA TRANSFORMACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO	522
678	GUÍA DIGITAL-INTERACTIVA DE ACOGIDA A NUEVOS PROFESIONALES EN UN ÁREA SANITARIA INTEGRADA	523
687	CINCO AÑOS DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA.....	524
691	LA ECONSULTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	526
723	CONECTANDO EMOCIONALMENTE EN LA LENGUA MATERNA EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA.....	527
725	ESTABLECIENDO UN PUENTE ENTRE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA.	528
748	ESTRATEGIA PARA EL DESPLIEGUE DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEL CONTRATO PROGRAMA EN UN HOSPITAL.....	529
761	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PROFESIONALES DE OTRAS CCAA QUE DERIVAN PACIENTES A UN PROGRAMA DE TRASPANTE PULMONAR.....	530
770	VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE ACCIONES DE MEJORA A TRAVÉS DE LA OPINIÓN DE USUARIOS LA UNIDAD DE TERAPIA HIPERBÁRICA.	531
779	UTILIZACIÓN DE LA HERRAMIENTA REDER EN EL DESPLIEGUE DE UN PLAN ASISTENCIAL INTEGRADO.....	532
783	IMPLANTACIÓN DE VISITAS VIRTUALES COMO HERRAMIENTA EFICAZ DE COORDINACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA.....	533
806	IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA EN CANTABRIA EN EL ALTA RETARDADA POR MOTIVOS NO CLÍNICOS.....	534
816	UNIVERSALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL EN UCIN Y HOSPITALIZACIÓN NEONATAL.....	535
836	MEJORANDO LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE: ATENCIÓN DIRECTA	536
848	LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LA OSI GOIERRI-ALTO UROLA. UN PROCESO EN MEJORA CONTINUA.....	537
849	COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN, CLAVES PARA GARANTIZAR LA INTEGRACIÓN	538
16	PROGRAMA DE MENTORÍA DURANTE LA RESIDENCIA: EXPERIENCIA PROSPECTIVA EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA.....	539
40	HABILIDADES DIRECTIVAS DE RESPONSABLES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL.....	540
52	RESULTADOS DE LAS ACCIONES EMPRENDIDAS PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL EMPLEADO EN UN HOSPITAL.....	541
58	LA GESTIÓN DEL CAMBIO. UN VIAJE AL COMPROMISO	542
83	IMPLEMENTACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN POR MOTIVOS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA PARA GESTIONAR LA DEMANDA.....	544
103	EVALUACIÓN DE UN ITINERARIO FORMATIVO MULTIPROFESIONAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.....	545
113	LA EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS ACERCA DE SU DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO.....	546
147	A) LA GESTIÓN DE TURNOS EN HOSPITAL PLATÓ.....	547
148	PROYECTO DE INTEGRACIÓN DE PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS DE DESARROLLO PROFESIONAL DEL PERSONAL FACULTATIVO.....	549
221	EL CAMINO HACIA HOSPITAL SALUDABLE	551
233	EVALUACION DE DIRECTIVOS COMO PALACA DE CAMBIO ORGANIZACIONAL	552
266	LA CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN: PROMOCION Y FORMACIÓN COMO BASES DE LA MEJORA.....	553
288	EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE TRANSICIÓN DE ENFERMERÍA.....	554
290	GESTIÓN DE LA DEMANDA, DESARROYO COMPETENCIAL DE ENFERMERÍA.....	555

330	DESDE EL ESCEPTICISMO A LA MEJORA CONTINUA	556
336	PLANES DE ACOGIDA FORMATIVOS PARA LOS PROFESIONALES DE UNA MUTUA	557
339	PERCEPCIÓN ENFERMERA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	558
380	GESTIÓN POR COMPETENCIAS Y MAPAS DEL TALENTO EXPERIENCIA EN CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE	559
394	ASEGURAR EL TALENTO PROFESIONAL MEDIANTE LA CONSOLIDACIÓN DE VALORES. EXPERIENCIA EN UN CENTRO SANITARIO MONOGRÁFICO	560
413	YA TENGO TRABAJO	562
424	IMPULSANDO EL TALENTO, VISIBILIDAD Y POTENCIAL DE LOS RESPONSABLES DE SEGURIDAD DE ENFERMERÍA... 563	563
477	SISTEMA DE MEJORA CONTINUA EN EL LIDERAZGO DE SITUACIONES DIFÍCILES.....	565
518	EMPLOYEE NET PROMOTER SCORE (ENPS)	566
520	FORMACION EN SOPORTE VITAL BÁSICOAL ALCANCE DE TODO EL PERSONAL DE UN CENTRO HOSPITALARIO.....	567
525	RELACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS SOCIO EMOCIONALES Y LA COLABORACIÓN EN LOS EQUIPOS DE TRABAJO	569
558	ESPECIALIZACIÓN EN LAS ADMISIONES DE CONSULTAS EXTERNAS.....	570
569	EXPERIENCIA DE TELEFORMACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO CON UN DISPOSITIVO HOLOLENS DE REALIDAD MIXTA.....	571
571	‘APRENDER HACIENDO’ Y ‘PROCESO ENFERMERO’: 2 METODOLOGÍAS QUE MEJORAN EL ESTILO DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA.....	572
611	AUSENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ¿CÓMO ES DE IGUALITARIO NUESTRO ÁMBITO LABORAL?	574
651	¿ES POSIBLE MEJORAR LOS RESULTADOS DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE LAS COMISIONES, IMPLEMENTANDO OBJETIVOS INDIVIDUALES?.....	575
672	AUMENTANDO COMPETENCIAS A LAS TCAES	576
693	MEJORANDO LA CALIDAD EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	577
708	REFUERZO CULTURA Y VALORES ORGANIZACIÓN CON LA INTEGRACIÓN DE PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN	578
721	EL LIDER IMPORTA. MODELO DE LIDERAZGO BASADO EN COMPETENCIAS.....	579
730	OPTIMIZANDO LA INCORPORACIÓN AL PUESTO DE NUEVOS PROFESIONALES.....	580
732	FORMACION DE ACOGIDA A LIDERES: CLAVES PARA DESEMPEÑO DEL LIDERAZGO	581
734	INNOVACIÓN EN PROCESO PARA ABORDAR LA VARIABILIDAD EN EL CUIDADO Y LIDERAZGO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	582
755	MATRIZ DE COMPETENCIAS PARA LA GESTIÓN DE PERSONAL MÉDICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.	583
799	OPTIMIZACION DEL SOPORTE VITAL AVANZADO A TRAVÉS DE LA INCORPORACIÓN DE LOS EDUCADORES A LA FORMACIÓN.....	584
817	NUEVO ENFOQUE DE LA FORMACION SANITARIA ESPECIALIZADA PARA ABORDAR NUEVOS RETOS DE LA ATENCION SANITARIA.....	585
33	CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE SUPERVIVENCIA.....	586
47	¿EL PSICOLOGO EN EL CENTRO DE SALUD REDUCE LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS?.....	587
51	CÁNCER DE BRONQUIOS Y PULMÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE SUPERVIVENCIA	588
105	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL : DESPUÉS DEL REAL DECRETO 625/2014 DE 18 DE JULIO.....	589
128	RESULTADOS EN SALUD OBTENIDOS EN EL PROCESO DE CUIDADOS UTILIZANDO LA METODOLOGIA DE LA NORMA ISO:9001:2015.....	590

153	EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA AUMENTAR LA COBERTURA VACUNAL DE LA GRIPE EN GESTANTES DE UNA COMARCA.....	592
165	DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA EXPERTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA.....	594
181	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA ADHESIÓN EN EPOC Y ASMA TRAS INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN TÉCNICA INHALATORIA	595
185	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE SONDA URETRAL, UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS.....	596
201	DETECCIÓN DE GRUPOS ESPECIALMENTE VULNERABLES PARA LA CONDUCTA SUICIDA: PRIMER PASO PARA LA MEJORA.	597
214	MÁS QUE MEDIR: CAMBIO CULTURAL HACIA LA MEDICIÓN DE RESULTADOS EN PACIENTES Y LA MEJORA CONTINUA EN EL PROCESO DE ICTUS	598
217	VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN LA FARMACOTERAPIA DEL PACIENTE INGRESADO: IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.....	599
228	QUIMIOTERAPIA EN FINAL DE VIDA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS (NH).....	600
232	INDICADORES DE CUIDADOS PALIATIVOS (CP) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN FINAL DE VIDA.....	601
248	MORE. AVANZANDO EN LA MADUREZ DE LAS ORGANIZACIONES HACIA RESULTADOS EN SALUD	602
251	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN EL PACIENTE INGRESADO PEDIÁTRICO.....	603
278	IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE MICROORGANISMOS DE ESPECIAL RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTE ONCOLÓGICO.....	604
285	Y AL VOLVER LA VISTA ATRÁS.....	605
291	ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.....	606
299	¿CÓMO QUIERES QUE SEA LA CENTRAL DE RESULTADOS DEL FUTURO? RESULTADOS DE UN ESTUDIO CUALITATIVO CON PROFESIONALES	607
313	INDICADORES DE CALIDAD PREVENTIVOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN COLABORATIVA ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES	608
316	RESULTADOS EN SALUD: HABLANDO DE VALOR, HABLANDO DE SALUD ALCANZADA, HABLANDO DE RIESGO	609
335	REGISTRO ESPAÑOL DE TUMORES INFANTILES. RETI-SEHOP.....	610
356	BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN INTERNET® POR PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO	611
373	DETECCIÓN DE RIESGO LITOGÉNICO EN EL LABORATORIO CLÍNICO PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA RECURRENCIA DE LITIASIS RENAL.....	612
374	PREVENCIÓN DE LA LITIASIS RENAL Y SUS RESULTADOS TRAS MEDIDAS DE MEJORA. PAPEL DEL LABORATORIO CLÍNICO	613
377	MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE RECUENTO DE ADDIS PARA LA MEJORA DE SU VALOR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD GLOMERULAR.....	614
406	ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR POR PACIENTES Y PROFESIONALES EN UN HOSPITAL TERCIARIO Y SU EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO	615
414	ANÁLISIS DEL COSTE-EFFECTIVIDAD Y UTILIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES DE HEPATITIS C (2015-2018).....	616
446	INADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE OXÍGENO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	617
471	HASTA ICHOM CATARATAS Y MAS ALLA!	618

480	NEUMOLEAN, EXCELENCIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO	619
487	CAUSAS DEL NO CUMPLIMIENTO DE LA VISITA A LA CONSULTA EXTERNA DE UN SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS	620
493	HOSPITAL DE DÍA PARA JÓVENES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN: LAS PALABRAS CONMUEVEN, PERO EL EJEMPLO ARRASTRA.....	621
511	SISTEMA AUTOMÁTICO DE EXPLOTACIÓN DE DATOS: ANÁLISIS Y TOMA DE DECISIONES PARA MEJORAR CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	622
531	IMPACTO SOCIO-SANITARIO DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA DIGITAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS	623
547	DEFINICIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN CUADRO DE MANDO ORIENTADO A LOS RESULTADOS EN SALUD.....	624
654	MEDICIÓN DE RESULTADOS EN LA FISURA PALATINA: DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA AL VALOR.	626
661	LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA Y LA GESTIÓN DE RIESGOS DE LOS PACIENTES EN TERAPIA BIOLÓGICA.....	627
675	VALORACIÓN DEL INSOMNIO.....	628
679	ELABORACIÓN DE UN CÓDIGO DE DIETAS HOSPITALARIAS: CÓMO INTENTAR DISMINUIR ESTA “MERIENDA DE NEGROS”	629
718	MODELO DE MARKOV PARA ESTIMAR LA RELACION COSTE- EFECTIVIDAD DE UN NUEVO PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR.....	630
741	LA TECNOLOGÍA COMO FACILITADORA DE LA ATENCIÓN BASADA EN EL VALOR.....	631
743	TAQUIARRITMIAS CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA: ¿PODEMOS MEJORAR SU ATENCIÓN EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA?	632
747	PROGRAMA DE BUENAS PRÁCTICAS EN UN SERVICIO DE SALUD. IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS.....	633
749	BUENAS PRÁCTICAS EN EL RECAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMÍA CON BALÓN. INTERVENCIÓN Y RESULTADOS.....	634
772	DETECCIÓN DE PROBLEMAS OCULARES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE RETINOGRFIA NO MIDRIÁTICA.	635
42	HOSPITAL DE CAMPAÑA.....	636
108	PROYECTO “COAGULÍN”: RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA Y HUMANIZACIÓN TRAS UN AÑO DESDE SU IMPLANTACIÓN	637
131	PROYECTO ‘DOLOR ZERO’. PACIENTES QUIRÚRGICOS DE TRAUMATOLOGÍA.	638
141	SATISFACCION DE PACIENTES EN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACION	639
156	USUARIOS SATISFECHOS Y PROFESIONALES QUEMADOS. EVALUANDO LA SATISFACCIÓN EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL.....	640
235	EXPERIENCIA DEL PACIENTE: LA IMPORTANCIA DE SEGUIR ESCUCHANDO.....	641
302	ABORDAJE DE LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES Y USUARIOS	642
315	ESTUDIO DE LA VIGENCIA DE LAS ENCUESTAS CORPORATIVAS PARA LA RECOGIDA DE LA VOZ DEL PACIENTE	643
332	“SHADOWING”. PROYECTO DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE.....	644
334	GRUPOS DE MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN CONSULTAS EXTERNAS	645
338	CÓMO IMPLICAR AL PERSONAL EN LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE	646
340	EXPERIENCIAS DE INCIDENTES DE RIESGO VIVIDAS POR PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE MADRID.....	647
343	LA IMPORTANCIA DEL PACIENTE AGRADECIDO	648

344	PACIENTES CON HEPATITIS C TRATADOS CON LOS NUEVOS FÁRMACOS AAD ¿MEJORA SU CALIDAD DE VIDA?	649
354	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LOS ESTUDIOS DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA MEJORA ASISTENCIAL DE LAS CLÍNICAS DE MC MUTUAL	650
360	VALORACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO	651
368	QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE LOS ÍTEMS PEOR VALORADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CONSULTAS DE NUESTRO HOSPITAL?	652
372	ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DEL PACIENTE: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD CLÍNICA.....	653
381	UNA APP EN EL VIAJE DEL PACIENTE REDUCIENDO LOS PUNTOS DE DOLOR DE LA INFORMACIÓN	654
382	ATENCIÓN AL DOLOR EN PACIENTES INGRESADOS.....	655
404	VIDEOCONFERENCIA ENTRE RESIDENTES Y FAMILIARES PARA FACILITAR AL MÁXIMO LA RELACION Y EL APOYO FAMILIAR.....	656
409	ANÁLISIS DE LA CONFORTABILIDAD DE LA SALA DE ESPERA Y DEL TIEMPO PARA ENTRAR A CONSULTAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.....	657
429	SISTEMA INTEGRADO DE NOTIFICACIÓN A PACIENTE	658
430	VISIÓN CONJUNTA DE LAS NECESIDADES DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN ATENCIÓN AMBULATORIA: PROFESIONALES Y PACIENTES	659
431	PERCEPCIÓN DE LOS PADRES Y MADRES SOBRE SU ROL EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS NIÑOS	660
444	PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA FACTIBILIDAD Y PERTINENCIA DE LOS DE PATIENT-REPORTED OUCOME MEASUREMENTS	661
506	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS: RESULTADOS Y EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS.....	662
509	IMPLEMENTACION DE HERRAMIENTAS LEAN EN EL PROCESO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN SALA DE PARTOS	664
527	EXPERIENCIA DE USUARIO EN LA REPRODUCCION ASISTIDA	665
532	APRENDIENDO DE “LA VOZ” DEL PACIENTE. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO	666
552	LOS PACIENTES NOS MUEVEN A PENSAR FUERA DE LA CAJA PARA MEJORAR LA GESTIÓN. EXPERIENCIA DE CAMBIO EN CONSULTAS	667
589	EXPERIENCIA DE FAMILIARES Y PACIENTES EN REHABILITACIÓN TRANSDISCIPLINAR DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.....	668
595	EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DÍA	669
599	EXPERIENCIA DEL PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	670
631	¡HAGAMOS JUNTOS EL HOSPITAL QUE QUIERES! “EXPERIENCIA PACIENTE”: UN CAMBIO ESTRATÉGICO CULTURAL, NECESARIO Y URGENTE.....	671
650	CLAROS Y SOMBRAS EN LA IMPLANTACIÓN DE NUESTROS PROGRAMAS DE CALIDAD DE VIDA	672
655	INFORMACIÓN ADAPTADA A LA EXPERIENCIA Y DEMANDAS DE NUESTROS USUARIOS	673
669	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS: FACTORES CONDICIONANTES	674
716	CAMBIO EN LA FORMA DE PREGUNTAR A NUESTROS PACIENTES	675
722	PROGRAMA “MI CALIDAD DE VIDA” EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA DIGESTIVA.....	676
735	MEJORA DE LA EXPERIENCIA AL PACIENTE EN CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN Y CONSULTAS.....	677
744	LOS PACIENTES DERIVADOS A HOSPITALES CONCERTADOS ESTÁN SATISFECHOS, PERO... ¿MENOS, MÁS O IGUAL QUE EN LOS PROPIOS?.....	678

780	LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMO PARTE DE LA EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES DEL SESPA.....	679
798	EL PACIENTE AUDITOR COMO PARTE DE LA EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES DEL SESPA.....	680
819	ADECUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA EN LA SALA DE EXTRACCIONES DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.....	681
840	PROEMPOWER, EMPODERANDO PERSONAS CON DIABETES	682
18	ABORDAJE DEL RIESGO DE DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA.....	683
20	CREACIÓN DE NUESTRA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE FRACTURAS Y RESULTADOS DURANTE EL 1ER AÑO.....	684
26	CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA. RESULTADOS DURANTE EL AÑO 2018	685
71	RESULTADOS DEL TRABAJO ENFERMERO: NUEVO MODELO DE ATENCIÓN	686
79	CALENDARIO GREGORIANO 437 AÑOS DESPUÉS: REPERCUSIONES FARMACOTERAPÉUTICAS.....	687
82	MEJORA DE LA CALIDAD DEL PROCESO CLÍNICO-ASISTENCIAL DEL CÁNCER DE RECTO MEDIANTE AUDITORÍAS CLÍNICAS.....	688
98	INICIO DE UN PROGRAMA DE CITORREDUCCION E HIPEC EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL. EXPERIENCIA Y SOPORTE EN UNA UCI	689
102	IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE BRONQUIOLITIS AGUDA. DISMINUCIÓN DE RECURSOS INNECESARIOS.	690
116	HACIA LA EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN: MANEJO Y PREVENCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO AUTOLÍTICO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.....	691
130	REGISTRO DE PREFERENCIA LINGÜÍSTICA DE PACIENTES/USUARIOS	692
140	“DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL PACIENTE EN RIESGO EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL”	693
166	PROGRAMA PSICPAL: RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE CALIDAD A PERSONAS CON ENFERMEDADES AVANZADAS	694
191	REORGANIZACIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN GRUPOS DE MEJORA.....	695
202	RIVAROXABÁN EN TROMBOPROFILAXIS EN CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA	696
225	ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SEGUIMIENTO DE INYECCIONES INTRAVITREAS EN OFTALMOLOGÍA	697
237	ADECUACIÓN CLÍNICA DE LA PRESCRIPCIÓN DEL OXIGENO INTRAHOSPITALARIO MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN MULTIMODAL.....	699
245	6 AÑOS DE GESTIÓN ENFERMERA DE LA DEMANDA MEDIANTE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN SEGUN MOTIVO DE CONSULTA	700
268	EVOLUCIÓN DE UN EQUIPO ESPECÍFICO DE ATENCIÓN A LAS RESIDENCIAS PARA INCREMENTAR LA RESOLUCIÓN DE LAS URGENCIAS IN SITU	702
284	EVALUANDO LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES QUE RECIBIERON QUIMIOTERAPIA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS DE VIDA	703
297	REGISTRO PERIÓDICO DEL DOLOR: INCORPORANDO EL QUINTO SIGNO VITAL.....	704
321	BPSO EUSKADI: IMPACTO TRAS UN AÑO DE TRABAJO	705
331	AUDITORIAS DE HISTORIA CLÍNICA: CARACTERÍSTICAS Y USOS.....	706
348	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA A TRAVÉS DEL REDISEÑO DE PROCESOS	707
364	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO SOBRE RECOMENDACIONES DE NO HACER EN UN SERVICIO REGIONAL DE SALUD.....	708
386	IMPLANTACIÓN Y PRIMEROS RESULTADOS DE UN PROGRAMA RICA EN CIRUGÍA COLORRECTAL	709
419	INTERVENCION INTEGRAL EN MEDICINA TRANSFUSIONAL Y EL MANEJO DE LA SANGRE DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL POVISA, VIGO.....	710

428	ACCIONES PREVENTIVAS IMPLANTADAS FRENTE A MEDICAMENTOS PELIGROSOS NIOSH EN LA FARMACIA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.....	712
439	LA DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A ALUMNOS EN PRÁCTICAS COMO GARANTÍA PARA UNA ASISTENCIA DE CALIDAD	714
445	INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS.....	715
456	EL CRITERIO DIAGNÓSTICO COMO ELEMENTO ESENCIAL EN LA ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	716
498	PROYECTO DE CONSULTA PREOPERATORIA ON LINE	717
516	RELACIÓN ENTRE POBLACIÓN ATENDIDA POR ENFERMERÍA Y SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN 2018	718
536	MEJORA DEL USO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS E INGRESOS EN LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.....	719
541	ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE UN MODELO ASISTENCIAL CENTRADO EN LA PERSONA. PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS.....	720
548	INNOVANDO ESTRATEGIAS PARA ADECUAR LA DEMANDA	721
553	¿LA PRESCRIPCIÓN DE IBP EN NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA SE ADECUA A LA RECOMENDACIÓN DE “NO HACER”?.....	722
567	CONSTITUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UNA COMISIÓN PARA LA MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	723
616	PLAN DE ATENCIÓN ESTRUCTURADO EN PERSONAS CON DEMENCIA AVANZADA INSTITUCIONALIZADAS (ESTUDIO PALIDEM)	724
642	PROYECTO DE MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE SOLICITUD DE RADIOGRAFÍA EN DOLOR LUMBAR AGUDO SIN SIGNOS DE ALARMA.....	725
685	CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	726
698	AVANZANDO EN LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE RUTAS ASISTENCIALES	727
710	IMPLEMENTACIÓN Y ESCALADO DE UN PROGRAMA INTEGRADO DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.....	728
712	¿LAS PRUEBAS DE IMAGEN SOLICITADAS EN LUMBALGIAS AGUDAS NO COMPLICADAS SE BASAN EN LA RECOMENDACIÓN DE “NO HACER”?	729
791	LA COMISIÓN DE MORTALIDAD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS FALLECIDOS	730
792	ESTRATEGIA “NO HACER” EN SONDAJE VESICAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	731
800	CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE, DEL PROCESO Y DEL MEDIO RELACIONADAS CON ALTA RETARDADA POR MOTIVOS NO CLÍNICOS.....	732
13	ADECUACIÓN DE DOSIS EN GERIATRIA DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN FIBRILACIÓN AURICULAR	733
19	INCORPORACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIOS Y SEÑALIZACIÓN CON PICTOGRAMAS	734
21	SELECCIÓN DE FÁRMACOS EN GERIATRIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA.....	735
22	IMPLANTACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA.....	736
35	CAUSAS DE INTERRUPCIÓN EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.....	737
43	UNIDADES NEONATALES: IMPORTANCIA DEL ESPACIO MUERTO EN LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DIRECTA.	738
45	SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DEL RIESGO.....	739
48	APORTANDO SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS SIMILARES CON LA ESTRATEGIA DE LETRAS MAYÚSCULAS RESALTADAS	741
59	PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL RIESGO EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA.....	742

60	TIPOS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD Y FACTORES CONTRIBUYENTES EN URGENCIAS. NECESIDAD DE UN ANÁLISIS DIFERENCIADO.....	743
61	PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN URGENCIAS.....	744
62	NEWSLETTER COMO HERRAMIENTA DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA).....	745
64	ESTUDIO REGIONAL SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS	746
65	ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DEL BOLETÍN INFORMATIVO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CALIDAD Y DE GESTIÓN DEL RIESGO.....	747
66	DESPLIEGUE DE UN PLAN DE ACCIÓN PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL TERCARIO	749
68	MEJORAS EN LA SECCIÓN DE TERAPIA CELULAR DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA CON LA INTRODUCCIÓN DE LOS CÓDIGOS ISBT 128	750
69	FORMACIÓN EN PROA A LOS MEDICOS INTERNOS RESIDENTES DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA (OSI).....	751
86	APRENDIZAJE SUBLIMINAL DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES GRACIAS A LA TECNOLOGIA.....	752
87	CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL ERROR DE MEDICACION EN ENFERMERIA	753
91	LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	754
92	INDICADORES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS: HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	755
93	NORMA DE CALIDAD Y DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO SANITARIO; LAS DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA.....	756
95	ESTRATEGIAS PARA UNA ASISTENCIA SANITARIA MÁS SEGURA: RONDAS DE SEGURIDAD Y AUDIT DE HISTORIAS CLINICAS	757
99	UTILIDAD DEL IHI SNF TRIGGER TOOL Y GLOBAL TRIGGER TOOL EN LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS	758
110	RONDA DE SEGURIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIA	759
125	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL EN LA UCI DEL HCUVA.....	761
129	ESTUDIO PREVALENCIA SOBRE CAIDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO	762
132	RONDAS DE SEGURIDAD/AUDITORIAS INTERNAS.....	763
133	USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN PEDIATRÍA.....	764
134	UN NUEVO MIEMBRO EN EL EQUIPO DE COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UCI, EL ENFERMERO RESPONSABLE DE CALIDAD Y SEGURIDAD	765
138	GESTIÓN DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	766
139	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN LA GESTIÓN PRE-ANALÍTICA DE LAS MUESTRAS DE QUIRÓFANO.....	767
143	MODELO DE ATENCIÓN A LOS PROFESIONALES SANITARIOS DESPUÉS DE LOS IRSP EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	768
146	MANEJO Y CONSERVACIÓN DE NITROGLICERINA SUBLINGUAL EN PACIENTE CARDIÓPATA	769
150	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL. RESULTADOS AL AÑO DE IMPLEMENTACION.....	771
154	ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE FLEBITIS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA	772
160	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN	

	EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO.....	773
164	¿ES NECESARIA LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES EN CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES?	774
170	EL RETO DE LA VERIFICACIÓN DE FÁRMACOS EN QUIRONSALUD.....	775
174	PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y REDUCCIÓN DEL DELIRIO EN LA UCI MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS PACIENTES.....	776
175	RADIODIAGNÓSTICO Y CULTURA DE SEGURIDAD, ¿UN MATRIMONIO IMPOSIBLE?.....	778
177	RELACIÓN ENTRE CULTURA DE SEGURIDAD, ANTIGÜEDAD LABORAL Y NOTIFICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.	779
178	VARIACIÓN TEMPORAL EN LAS DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO	780
180	APLICACIÓN DE LA MATRIZ DE RIESGOS EN EL PROCESO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.....	781
182	FOTOSENSIBILIDAD POR MEDICAMENTOS, UN PASO PARA LA PREVENCIÓN.....	782
183	EL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RIESGOS EN UN PROCESO ASISTENCIAL.....	783
194	INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA	784
197	ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PRESCRIPCIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN	786
203	SEGURIDAD TAMBIÉN EN LA TECNOLOGÍA.....	787
204	BENCHMARKING ESTRATÉGICO APLICADO A LA GESTIÓN DE RIESGOS	788
205	IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS.....	789
206	EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN EN ASPECTOS CRÍTICOS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL Y DEL LABORATORIO.....	791
207	NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS ¿SISTEMAS PROPIOS O ESTANDARIZADOS?.....	793
209	NUEVO SISTEMA DE REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UN ÁMBITO HOSPITALARIO.....	794
210	IMPLANTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.....	795
211	DISMINUCIÓN DE LA HEMÓLISIS EN LAS MUESTRAS PROCEDENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL	796
215	MAPA DE RIESGOS DE UNA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO	797
216	ANÁLISIS TRANSVERSAL DEL PROCESO DE DISPENSACIÓN A PACIENTE EXTERNO EN TRES SERVICIOS DE FARMACIA SEGÚN METODOLOGÍA LEAN	798
218	ENFERMERAS EXPERTAS EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA DISFAGIA ORO FARÍNGEA (DOF)	799
220	APORTACIÓN DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PROA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS.....	800
222	MODELO DE UNIDAD DE CORTA ESTANCIA HOSPITALARIA PARA PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS DE BAJA INTENSIDAD DE CURAS DE ENFERMERÍA	801
227	ENTRENAR PARA EVITAR RIESGOS EN EL PACIENTE: SIMULACIÓN INTERPROFESIONAL EN CIENCIAS DE LA SALUD	802
229	INCIDENTES DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE SE ASOCIAN CON EL DAÑO Y EL DAÑO POTENCIAL.....	803
230	PLAN DE ANÁLISIS DE RIESGOS Y CONTROL DE INFECCIONES ANTE OBRAS EN CENTROS SANITARIOS	804
236	PLAN PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES “NO HACER” EN UN SERVICIO PÚBLICO DE SALUD	806

240	PROYECTO MULTIDISCIPLINAR PARA POTENCIAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	807
249	EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN.....	808
252	SEGURIDAD DEL PACIENTE: EL FENÓMENO “CORING” APARECE EN LAS UNIDADES DE NEONATOLOGÍA	809
254	MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES MEDIANTE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	810
256	IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES	811
259	EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA (ETI).....	813
260	NUEVOS DIAGNÓSTICOS NO PRESENTES EN LA ADMISIÓN EN RAE-CMBD ARAGÓN 2017, ¿UNA FUENTE PARA ESTIMAR EVENTOS ADVERSOS?	814
271	IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO (SEGURIDAD DEL PACIENTE) EN UN LABORATORIO ACREDITADO POR LA NORMA ISO 15189	815
275	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA NUTRICIONAL ESPECIALIZADA EN EL PACIENTE CRÍTICO	816
276	SUPERVISIÓN DE UNIDAD: UNA RUTINA POR CALIDAD Y SEGURIDAD	817
279	NUEVO ENFOQUE CENTRADO EN PRÁCTICAS SEGURAS EN UNA UNIDAD FUNCIONAL EN AT. PRIMARIA.....	819
281	VALIDACIÓN DE UN CONJUNTO DE TRIGGER PARA LA IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN AT. PRIMARIA. PROYECTO “TRIGGER-PRIM”	820
283	ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS QUE APOYAN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	821
289	LA SEGURIDAD Y LOS ERRORES DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	822
292	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL.....	824
294	EMPLEO DE CHALECOS INFORMATIVOS PARA EVITAR INTERRUPCIONES DURANTE EL MANEJO DE MEDICAMENTOS.....	825
298	LISTA DE COMPROBACIÓN DE ADECUADAS PRÁCTICAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN FARMACIA ONCO-HEMATOLÓGICA.....	826
304	MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES, MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR	827
311	ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	828
312	ABORDAJE CORPORATIVO DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE CRÓNICO	829
314	MAPA DE RIESGOS Y SNEA PARA LA MEJORA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS/URGENCIAS EN CENTROS AMBULATORIOS	830
328	¿PARA QUÉ NOS SIRVEN LAS AUDITORÍAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?.....	831
329	IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	832
350	HEMOCULTIVOS Y CONTAMINACION EN UN INSTITUTO DE ESPECIALIDADES MEDICAS Y QUIRURGICAS DEL (2016-2018).....	833
353	PROFILAXIS ANTIBIÓTICA Y TASA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL. ANÁLISIS DE 5 AÑOS EN UNA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA LABORAL.....	834
362	PLAN DE MEJORA DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.....	835
365	ACOGIDA AL CIUDADANO EN LOS CENTROS DE SALUD DE NUESTRO TERRITORIO ENMARCADA EN LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES.....	836
367	TODA LA VIDA LO HEMOS HECHO ASÍ ¿CÓMO ES POSIBLE QUE NO ESTERILICEMOS BIEN EL MATERIAL	

	DE CURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA?.....	837
384	PROYECTO DE HIGIENE DE MANOS EN CENTROS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA.....	838
385	PROPONEMOS UN NUEVO ENFOQUE DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: MAPA DE RIESGOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	840
393	GENERANDO SEGURIDAD FACILITANDO LA CONCILIACIÓN.....	841
405	PROCESO DE ACREDITACIÓN EN GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	842
408	SAN MAMES, SIGUE EN LA LIGA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL.....	843
411	SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD: UN ESFUERZO COMPARTIDO DE MEJORA CONTINUA.....	844
415	ÚLCERAS POR PRESIÓN, UN PASO MÁS EN EL CUIDADO Y SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES.....	845
420	¿QUÉ PASA CON MIS MUESTRAS? MEJORA DEL CIRCUITO DE TRAZABILIDAD DE MUESTRAS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	847
421	ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN.....	848
425	PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE PICCS DE LARGA DURACIÓN: APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.....	849
426	LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO OBJETIVO PRIORITARIO DURANTE LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN.....	850
432	HERRAMIENTAS DE CALIDAD PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA BOLSA DE VÍA AÉREA DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA.....	851
434	ADECUACIÓN DEL MALETÍN DEL MÉDICO: OPORTUNIDAD DE MEJORA TRAS IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA ANTIMICROBIANA.....	853
436	SEGURIDAD Y UBICACIÓN POST-TRIAJE DEL PACIENTE DE SALUD MENTAL EN LAS URGENCIAS GENERALES DEL PSSJD.....	854
440	ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.....	855
441	MANEJO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA.....	856
447	MANEJO DE LA DIFICULTAD DE ACCESO VENOSO MEDIANTE LA INSERCIÓN ECOGUIADA DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO Y PALOMILLA.....	857
448	EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DEL CATÉTER VENOSO MIDLINE: ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	858
449	CUANDO LOS OBJETIVOS DEL CAMBIO NO SON LOS ESPERADOS.....	859
452	¿USO O ABUSO DE LA VÍA INTRAMUSCULAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS?.....	860
454	CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA DE APOYO A LA COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA EN SUMMA112.....	861
457	ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS (EA) NOTIFICADOS EN UN TERRITORIO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	862
464	NOTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS A PARTIR DE LAS QUEJAS Y RECLAMACIONES EN UNA MUTUA.....	863
465	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO EN UNA MUTUA LABORAL: TRES AÑOS APRENDIENDO DE LO QUE NO SALIÓ BIEN.....	864
466	ESTUDIO DE LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LOS USUARIOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	865
476	¿PODEMOS EVITAR EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS NO INDICADAS EN URGENCIAS?.....	866
483	¿COMO GESTIONAR EL ANALISIS DE MAS DE 300 INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?.....	867
485	RESULTADOS DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE HIGIENE DE MANOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO (SEM).....	868

488	¿CUÁNTO SABEMOS SOBRE HIGIENE DE MANOS (HM)? RESULTADOS DE UN CUESTIONARIO DE HM EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS (SEM).....	869
490	APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA MULTIMODAL DE LA OMS SOBRE HIGIENE DE MANOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO	870
494	MAPAS DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE PACIENTES: EVOLUCIÓN Y MEJORA CONTINUA	871
496	EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MEJORA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DEL MARCO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA OMS.....	872
497	CALIDAD Y SEGURIDAD CLINICA EN POLICONSULTORIO CON QUIRÓFANO (IMQ ZURRIOLA).....	873
500	PROTOCOLO DE COMPROBACIÓN Y SIMULACIÓN PERIÓDICA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA.....	874
501	ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES EN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	875
512	REVISIÓN CLÍNICA DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES EN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	876
517	CUSTODIA DE PERTENENCIAS DE PACIENTES	877
519	PROCEDIMIENTO INTERDISCIPLINAR DE TRASLADOS DE PACIENTES A PRUEBAS RADIODIAGNÓSTICAS.....	878
521	INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO NO INSULÍNICO EN DM2.....	879
530	EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO	880
537	SISTEMA ECONÓMICO Y ÁGIL DE RECOGIDA Y DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN	881
546	PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN. AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL CUESTIONARIO DE LA OMS	882
550	NUEVE AÑOS TRABAJANDO EN MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRO HOSPITAL, ¿HA MERECIDO LA PENA?.....	883
554	DE LA TEORIA A LA REALIDAD: COMPROMISO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	884
562	ANÁLISIS DE DAÑOS QUE AFECTAN A LOS PACIENTES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CINCO AÑOS	885
566	ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS A PARTIR DE UNA RONDA DE SEGURIDAD.....	886
568	ESTUDIO DE ADECUACION DE MEDICACIÓN DE RIESGO FARMACIA HOSPITALARIA-ATENCION PRIMARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR CAÍDA	887
574	¡RAMÓN NECESITA TU ATENCIÓN! OTRA FORMA DE SENSIBILIZAR EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	888
576	DESARROLLAR, IMPLANTAR Y EVALUAR UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES (SNI) EN UN HOSPITAL SOCIO SANITARIO.....	889
578	UTILIZACIÓN DE CHALECOS Y DOBLE VERIFICACIÓN COMO PRACTICAS SEGURAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	891
583	ESTABILIDAD MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES ANTE UNA ROTURA DE LA CADENA DE FRÍO	892
585	REVISIÓN DEL BOTIQUIN DE UNA MUESTRA DE PACIENTES POLIMEDICADOS DE TRES CENTROS DE SALUD.....	893
590	QUÉ NO HACER EN LA ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN.....	894
592	APLICACIÓN DE “PEER REVIEW” AL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA	895
594	LA COORDINACIÓN ENTRE EQUIPOS EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA AFECTA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO	896
600	RONDAS DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA RESULTADOS A LOS DOS AÑOS DE IMPLANTACIÓN.....	897
601	¡¡¡MARIA!!! ¿DÓNDE HAS DEJADO MIS PASTILLAS?.....	898
602	ESTRATEGIA DE FORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA RESIDENCIA:	

	EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL.....	899
603	DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN UCI CON UN PROGRAMA INFORMÁTICO.....	900
605	¿QUÉ SABEN LOS RESIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A SU LLEGADA AL HOSPITAL?	901
609	SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACIÓN A TRAVES DE SIMULACION	902
612	¿LEEN LOS PACIENTES SUS PULSERAS IDENTIFICATIVAS?	903
621	CÓMO HACEMOS EL CHECKLIST EN LA REGIÓN SANITARIA DE LES TERRES DE L'EBRE.....	904
627	ESTANDARIZACIÓN DE LAS VISITAS PERIÓDICAS DE ENFERMERÍA.....	906
629	EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO EN LA HIGIENE DE MANOS.....	907
643	CREANDO CULTURA DE SEGURIDAD EN UN BLOQUE QUIRURGICO.....	908
645	¿LA MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA, REPERCUTE EN LOS RESULTADOS?	909
646	GESTIÓN DE EVENTO ADVERSO CON RECLAMACIÓN JUDICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	910
647	PLANIFICACIÓN DE MEJORA DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS EN EL DSAP CÓRDOBA Y GUADALQUIVIR.....	911
658	ESTANDARIZACIÓN DE LA REVISIÓN DEL BOX DE CRÍTICOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.....	912
659	SEGURIDAD PROACTIVA EN EL LABORATORIO CLINICO: CONTROL DE LA TEMPERATURA.....	913
660	IDENTIFICACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE, NÚCLEO DE LA SEGURIDAD PROACTIVA.....	914
662	ACUERDOS Y DESACUERDOS EN LAS PERCEPCIONES DE UTILIDAD DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO ENTRE PERSONAL DE QUIRÓFANO.....	915
663	ESTOY ADMINISTRANDO MEDICACIÓN; NO ME INTERRUMPAS.....	916
664	ANÁLISIS DE LOS CHECKLIST PARA LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.....	917
667	EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS PROFESIONALES: TRAS 10 AÑOS DE IMPLANTACIÓN	918
670	MEJORA DEL CUIDADO VASCULAR TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS.....	919
673	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN Y INTERVENCIONES FARMACEUTICAS REALIZADAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS.....	920
677	AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN DURANTE LA ESTANCIA EN UNIDADES DE CIRUGÍA: UNA AMENAZA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	921
680	EL ANALISIS DEL ERROR: OPORTUNIDAD DE MEJORA DEL PROCESO Y EFECTO CURATIVO EN LAS VÍCTIMAS. A PROPOSITO DE UN CASO.....	922
681	«IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES. SEGUIMOS TRABAJANDO»	923
682	«PREVENCIÓN DE LA EMBOLIA GASEOSA DURANTE LA RETIRADA DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL»	924
683	LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA ESTÁ REALIZADA: ¿ES SUFICIENTE PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ?	925
686	SINASP 2018. PERFIL DE NOTIFICACIONES. CUANDO VEMOS EL PELIGRO.....	926
688	EVOLUCIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	927
692	MARCAR PARA NO ERRAR: ADHERENCIA AL MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.....	928
695	PREVALENCIA DEL RIESGO DE INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES PRESCRITOS EN UN ÁREA DE SALUD.....	929
697	NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE INCIDENTES; MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO.....	930
704	ERRAR ES HUMANO: NOTIFICARLO Y ANALIZARLO NOS ACERCA AL DAÑO ZERO.....	931

707	GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE RADIOLOGIA.....	932
709	GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE UROLOGIA.....	933
711	LUCES Y SOMBRAS DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: EVOLUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO Y PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES	934
715	DISEÑO DE UNA APLICACIÓN MULTIPLATAFORMA PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS.....	935
720	CONTROL DE LOS CARROS DE PARADA CARDIORESPIRATORIA	936
724	VALIDEZ DE LA ESCALA DE BRADEN PARA PREDECIR ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	937
727	EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN INTELIGENTE DE SEGURIDAD EN EL HOSPITAL	938
728	¿SON EFICACES LAS MEDIDAS DE SUJECCIÓN Y PROTECCIÓN EN PACIENTES CON RIESGO DE CAIDAS?	939
738	GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA	940
739	EVACUACIÓN PROGRAMADA ANTE RIESGO DE INUNDACIÓN DEL HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS POR DESBORDAMIENTO DEL RÍO PILOÑA.....	941
740	PLAN DE DE FORMACIÓN CONTINUADA EN CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES EN EL ÁREA SANITARIA IV - PRINCIPADO DE ASTURIAS	942
742	IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE ENFERMERIA EN MEDICINA NUCLEAR DEL HOSPITAL CLINICO DE BARCELONA.....	943
745	GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS:CUANDO LA ASISTENCIA CAUSA DAÑO AL PACIENTE.....	944
752	DESPLIEGUE DE UNA ESTRATEGIA CORPORATIVA DE COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS EN SACYL	945
754	AGENTE CONVERSACIONAL PARA SOLICITUD DE CITAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLICACIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	946
758	APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA AMFE A UN SERVICIO DE TRANSFUSIÓN: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	947
759	¿QUÉ TIENEN EN COMÚN UNA ZAPATILLA, UNA BOMBILLA Y EL OMEPRAZOL? CAMBIANDO PARADIGMAS EN CAIDAS.....	948
763	IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES NO HACER EN ATENCIÓN PRIMARIA: HACIA UNA SANIDAD BASADA EN APORTAR VALOR	949
765	ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ANÁLISIS DE INCIDENCIAS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	950
767	RESULTADOS ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS 2007-2018	951
768	AVANZANDO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	952
769	RESULTADOS DE UN CUESTIONARIO SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO	953
771	EFFECTIVIDAD DE UNA RECOMENDACIÓN NO HACER EN LA ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)	954
773	VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA 'TRIGGER' PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	955
776	MEDICINA ALTERNATIVA EN UNA CONSULTA DE VACUNOLOGIA.....	956
778	“ABRIENDO LAS PUERTAS AL CAMPO”: TWITTER COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD	957
784	ABORDAJE DE CAIDAS DESDE UNA VISION DE CALIDAD ENFOCADA A LA PREVENCION.....	958
785	IMPACTO REAL DE LA HERRAMIENTA AMFE EN LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.....	959
786	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ADN DE LA ORGANIZACIÓN: NUESTRA ESTRATEGIA	960

789	EL VALOR DE UN EJÉRCITO IMPLICADO EN SEGURIDAD.....	961
790	ALERTA VISUAL: RIESGO DE DISFAGIA	962
793	«ACTIVIDAD SINASP 2012-2018: DE LA NOTIFICACIÓN A LA ACCIÓN»	963
802	DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA NEFROPATÍA INDUCIDA POR CONTRASTE MEDIANTE VALORACIÓN ENFERMERA: UN CIRCUITO DE SEGURIDAD.....	964
803	LA SEGURIDAD ESTÁ EN JUEGO: EVALUACIÓN DE ACCIÓN FORMATIVA MEDIANTE GAMIFICACIÓN.....	965
804	TRABAJANDO PARA CAIDAS ZERO.....	966
811	MEJORA CONTINUA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL.....	967
814	EXTRACCIÓN SANGUINEA MINUTO CERO EN EXTRAHOSPITALARIA.....	968
818	ADAPTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 791/2018 A LA UNIDAD DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL.....	969
820	CUMPLIMIENTO DE INDICADORES EN LA CIRCULACIÓN/HIGIENE DE MANOS DEL BLOQUE QUIRÚRGICO: ESTUDIOS DE PREVALENCIA 2016-2018.....	970
823	DESARROLLO DE ENFOQUES MÁS EFECTIVOS PARA EL DESPLIEGUE DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN	971
828	COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y PERSONAL EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO ACREDITADO EN GESTIÓN DE RIESGOS	972
829	LAS RADIACIONES RADIOLOGICAS. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.....	973
834	USO DEL CÓDIGO DATAMATRIX EN UNA APP DE SEGUIMIENTO DE LA MEDICACIÓN: OPORTUNIDADES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	974
835	EL RESIDENTE COMO SEGUNDA VÍCTIMA DE EVENTOS ADVERSOS	975
841	REVISIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES.....	976
843	EL RESIDENTE COMO SEGUNDA VÍCTIMA DE EVENTOS ADVERSOS	977
850	RESULTADOS EN CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFLUENCIA DE LA ANTIGÜEDAD Y COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES	978
851	ENCUESTA ISMP EN LA MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LOS PROCESOS DE USO DE MEDICAMENTOS: EVALUACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORAS	979
852	CATÁLOGO DE RIESGOS CLÍNICO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA.....	980



COMUNICACIONES

RESISTENCIAS A LOS ANTIBIÓTICOS: INTERVENIR ES URGENTE... TAMBIÉN EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

BELÉN PRIETO CARROCERA¹; O GUTIERREZ GARCÍA²; N IZQUIERDO GARCIA³; M MARTÍNEZ ALFONSO⁴;
JC ALONSO LORENZO⁵; R DIOS DEL VALLE⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ÁREA IV.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La resistencia a los antibióticos es una de las principales amenazas para la salud pública; causa unas 25.000 muertes al año en nuestro país, y 700.000 en Europa. Se estima que en 2050 este problema podría causar la muerte en 10 millones de personas cada año por enfermedades que antes eran fácilmente curables. Son muchas las causas de este problema; el uso indiscriminado de los antibióticos es una de las principales. El SNS aprueba en 2014 el Plan de Acción sobre Resistencias Antimicrobianas. Esta experiencia versa sobre el plan de acción desarrollado en nuestra área sanitaria en atención primaria.

Objetivos

Mejorar la prescripción de antibióticos en atención primaria entre los médicos de familia y pediatras del área.

Material y métodos

Desarrollo: 1. Creación Comisión sobre uso racional del antibiótico en atención primaria. Acciones: a) Impresión de carteles de la campaña del Ministerio "Tomar antibióticos sin receta pone en peligro la salud de todos" para todos los centros del área. b) Creación de un espacio en la página web del área sobre este tema con recursos. 3) Divulgación de la Guía terapéutica antimicrobiana del área de Aljarafe 2018. 4) Elaboración de infografía con recomendaciones del ministerio del Plan Nacional frente a la resistencia de antibióticos. Evaluación: corte pre (2017) y post(2018). Indicadores, los del Ministerio.

Resultados

En adultos mejoran 6 de 8 indicadores (consumo antibióticos uso sintético, antibióticos espectro reducido, penicilinas sensibles a betalactamasas, prevalencia consumo antibióticos, uso macrólidos y fluoquinolonas). No mejoraron (amoxicilina sola y cefalosporinas 3ª generación). Antibióticos uso sistémico: 18,42(2017) vs 18,08(2018). Espectro reducido: 17,06 vs 17,13. Penicilinas: 0,31 vs 0,37%. Prevalencia antibióticos: 37,44% vs 36,76. Macrólidos: 12,92 vs 12,42. Fluoquinolonas: 12,45 vs 11,55. Cefalosporinas: 1,22 vs 1,23. Amoxicilina: 38,06 vs 37,60. Pediatría: Mejoran 4 de 6 indicadores (antibióticos uso sistémico, espectro reducido, consumo fluoquinolonas, cefalosporinas 3ª generación. No mejoran: Penicilinas sensibles a betalactamasas y macrólidos. Antibióticos sintéticos: 1,71 vs 1,50. Espectro reducido: 47,68 vs 48,39. Fluoquinolonas: 0,07 vs 0,06. Cefalosporinas: 2,22 vs 2,10. Penicilinas sensibles: 3,49 vs 3,02. Macrólidos: 10,82 vs 12,16.

Conclusiones

Es imprescindible desarrollar estrategias que faciliten la participación y el compromiso de los profesionales con los objetivos; cuando los profesionales entienden relevantes los objetivos se implican en ellos. Creemos que los resultados son buenos, conociendo la dificultad que implica cambiar hábitos de prescripción. La intervención en este campo debe dirigirse a profesionales y a población. La prescripción de antibióticos depende no solo del profesional, sino de la interacción profesional-paciente o madre/padre en pediatría. Debemos ser conscientes que existen variables de consumo de antibióticos similares a otros productos comerciales y que tienen que ver con comodidad o creencias.

VIOLENCIA DE GÉNERO: UN PROBLEMA QUE NOS AFECTA A TODOS...

AUTORES

NATALIA IZQUIERDO GARCÍA¹; B PRIETO CARROCERA²; A BALTAR BARRIO³; L RODRIGUEZ ALVAREZ⁴; E RUBIO BARRIO⁵; R DIOS DEL VALLE⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA AREA IV¹; GERENCIA ÁREA IV²; GERENCIA ÁREA IV³; CENTRO SALUD VALLOBÍN⁴; CENTRO ASESOR DE LA MUJER DEL AYUNTAMIENTO DE OVIEDO⁵; GERENCIA ÁREA IV⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La OMS señala que la violencia de género (VG) es un problema prioritario en salud pública, y requiere intervenciones conjuntas desde todos los ámbitos educativos, sociales y sanitarios. En 15 años (2003-2018) murieron asesinadas 975 mujeres en España por VG. Un problema importante para luchar contra este problema es la infradetección. Se calcula que el 0,76% de las asistencias realizadas en un servicio de urgencias son causadas por VG. Más del 70% de los casos siguen siendo invisibles a los ojos de los profesionales. Para mejorar esto es imprescindible actuaciones de formación y sensibilización.

Objetivos

Aumentar el número de partes de declaración sobre VG emitidos en el área sanitaria.

Material y métodos

Desarrollo: Enero/2017 se crea un grupo de trabajo para abordar el tema. Fases: 1.Elaboración de formularios para declaración en historia clínica electrónica(02/2017) 2.Sesiones de formación (03/2017): se formo a 267 profesionales sanitarios. 3.Creación comisión VG multi-sectorial (06/2017):intersectorial (policía, centro asesore, salud mental, primaria, hospital) y multidisciplinar (policía, abogados, trabajadores sociales, psicólogos, enfermería, medicina AP, urgencias). 4 Mesa redonda “La violencia de género en los adolescentes y jóvenes”. 23/11/2017. Salón de Actos hospital. Abierta al publico. 5.Noticias en medios de comunicación: con objetivo de sensibilizar a profesionales: “Las redes sociales, armas para controlar a las chicas”(LNE, 24/11/2017). “El personal sanitario combina el fonendo y la lupa para ver lo invisible”(LNE, 25/11/2017). Evaluación: Evolución del número de partes emitidos pre y post implantación (2015-2017). No hay datos del 2016. Con el objetivo de poder comparar con Asturias, calculamos la tasa por 1000 habitantes.

Resultados

En 2015 se presentan 72 partes sobre VG en el área (26 en AP y 46 en hospital). En 2017 fueron 135 (67 en AP y 68 en hospital). La tasa por mil habitantes del área en 2015 es 0.283 frente a 0.397 en Asturias. En 2017, la tasa en el área es 0.408 frente a 0.461 en Asturias. El crecimiento de la tasa es de 0,125 en el área frente a 0.064 en Asturias.

Conclusiones

La emisión de partes de declaración es un indicador indirecto de la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios. El proyecto ha sido eficaz, se ha incrementado el número de partes realizados; siendo el incremento superior al resto de la comunidad autónoma. Crear espacios para el diálogo multidisciplinares entre sanitarios y agentes sociales, es una herramienta útil para incrementar la sensibilización de los profesionales. Establecer líneas estratégicas desde la organización da coherencia y consistencia al trabajo a lo largo de tiempo. Sólo con el trabajo coordinado de todas las instituciones y profesionales seremos capaces de acabar con este problema de salud pública.

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA INTEGRAL DE RECLUSOS CON ENFERMEDAD MENTAL COMO RETO EN LA INTEGRACIÓN DE POBLACIÓN VULNERABLE

AUTORES

Valentina Ivanova Dimitrova¹; J Larumbe Ochoa²; P Gonzalez Fontecha³; JM Jordana Zorrilla⁴; JL Deza Carrillo⁵; R Sánchez Bernal⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Red de Salud Mental de Álava.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

Desde enero de 2017, la Red de Salud Mental de Álava ha asumido la asistencia de pacientes con enfermedad mental privados de libertad en el Centro Penitenciario (CP) de Araba/Álava, poniendo el marcha el CSM de Zaballa CP.

Anteriormente, la asistencia psiquiátrica en el CP Araba/Álava consistía en la realización de una interconsulta, y dada la complejidad del perfil del paciente y la alta prevalencia de la enfermedad mental en éste colectivo, se ha diseñado un proyecto enfocado a dar asistencia psiquiátrica integral, presencial y continuada.

Objetivos

1. Mejorar la asistencia psiquiátrica de los reclusos con enfermedad mental.
2. Garantizar la continuidad de cuidados tras la salida del CP.
3. Establecer vías de comunicación y cooperación entre las distintas administraciones (sanitaria, penitenciaria, servicios sociales, etc.).

Material y métodos

La población a atender en el presente proyecto es de aproximadamente el 70-75% de todos los internos del CP que se encuentran en tratamiento y seguimiento en el CSM Zaballa CP, lo que supone un número de pacientes que oscila entre 480 y 500.

Se han homogeneizado los criterios clínicos y pautas de tratamiento con todos los profesionales que intervienen.

Se ha establecido un cronograma de reuniones periódicas y sistemáticas de coordinación con las diferentes instituciones que participan en la atención de la población reclusa del CP.

Resultados

Se han realizado 3.312 consultas externas y se les han practicado un total de 36.184 pruebas complementarias (determinación de tóxicos, administración de fármacos, etc.)

Se han incorporado los pacientes a los principales programas específicos que se dan en el ámbito tratamental del CP de Araba/Álava, siendo entre ellos los más importantes, el programa de atención integral de enfermo mental (PAIEM), el programa de prevención de suicidio (PPS), y el grupo de atención a drogodependientes (GAD).

Se ha realizado una coordinación de integración en salud mental penitenciaria tanto dentro del CP Araba/Álava como en la comunidad sociosanitaria.

Conclusiones

El proyecto es un desafío de trabajo multidisciplinar en un entorno de funcionamiento rígido y con interdependencia de tareas, donde en el centro penitenciario prima la seguridad física del recluso, y en la atención psiquiátrica la seguridad clínica del paciente.

La mejora en la asistencia psiquiátrica de los reclusos con enfermedad mental en el CP Araba/Álava ha requerido de coordinación y cooperación de las instituciones que le atienden. Se ha asegurado el óptimo seguimiento del paciente cuando está interno, y que cuando esté en libertad, se favorezca la continuidad de cuidados en el resto de la red Osakidetza.

La atención de los reclusos con enfermedad mental en el CP es un reto en sí, y además se quieren evitar conflictos médico-legales y éticos.

PROYECTO COLABORATIVO ENTRE CENTROS EDUCATIVOS PÚBLICOS Y EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE CRUCES

AUTORES

Oihane Gutierrez Grijalba¹; A Sarriguarte Lasarte²; AM Sanjurjo San Miguel³; M Juaristi Izaguirre⁴; A Loyola Irulegui⁵; MJ Servide Staffolani⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital de Cruces¹; Hospital de Cruces²; Hospital de Cruces³; Colegio Publico Gurutzeta⁴; Hospital de Cruces⁵; Hospital de Cruces⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

“Descubriendo el Hospital” es un proyecto educativo promovido por el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Cruces para mostrar diferentes ámbitos de la medicina y del cuerpo humano desde un punto de vista lúdico y experimental al alumnado de educación primaria de colegios públicos de nuestro entorno.

La iniciativa surge durante el curso 2018-2019 cuando, a petición de un colegio público de Barakaldo varios miembros del Servicio de Cirugía General desarrollaron durante dos jornadas unas sesiones en las que se estableció un “hospital” accesible al alumnado.

El proyecto queda alineado con diferentes modelos y estrategias claves del Hospital de Cruces, como su Modelo de Innovación Abierta y el Plan Estratégico en relación a su política de RSC.

Objetivos

Transmitir conocimiento sobre el cuerpo humano, así como sobre la medicina y el entorno hospitalario donde se desarrolla esta profesión de una manera lúdica, experimental e interactiva.

Apoyar la labor docente de los centros educativos en materias relacionadas con las ciencias de la vida.

Transmitir los valores del conocimiento científico y la práctica médica como inspiración para el futuro del alumnado.

Contribuir al desarrollo de proyectos innovadores con impacto en las comunidades locales.

Reforzar y consolidar la política de RSC del Hospital de Cruces.

Material y métodos

Fase I: Experiencia piloto ya desarrollada.

Fase II: Puesta en marcha del grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales de la educación y la medicina que desarrollará:

Material que acerque el mundo de la Medicina al alumnado de primaria de forma experimental, manipulativa y lúdica, desarrollado por el Servicio de Cirugía General

Proyecto pedagógico enmarcado dentro de los planes educativos de los centros diana desarrollado por los Berritzegunes cercanos al Hospital de Cruces.

Fase III: Despliegue del Proyecto durante el curso 2019-2020 en los centros pilotos.

Fase IV: Evaluación de resultados y mejoras.

Resultados

Tras la primera experiencia piloto, se realizó una evaluación posterior mediante encuesta al profesorado participante con unos resultados buenos o muy buenos en cuanto a utilidad para el aprendizaje, interés mostrado por el alumnado, idoneidad del material empleado y satisfacción global.

Actualmente el proyecto se encuentra en fase de desarrollo. Tras su implantación durante el curso 2019-2020 se realizará una nueva evaluación.

También se realizará una evaluación por parte del equipo multidisciplinar para identificar debilidades y oportunidades de mejora.

Conclusiones

“Descubriendo el Hospital” nace como proyecto piloto en 2018. Viendo el éxito de la iniciativa, desde el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Cruces se decide formalizar la experiencia y definir un proyecto de más alcance y recorrido, tanto en relación a las actividades pedagógicas como al público destinatario. Para desarrollarlo se cuenta actualmente con un equipo multidisciplinar de profesionales de la medicina, de la educación y de gestión en calidad.

PRODUCCIÓN Y NECESIDAD DE UN COMITÉ DE ENFERMEDADES INTERSTICIALES PULMONARES GRACIAS A LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL

AUTORES

Victoria Lerma Gaude¹; R Godoy Mayoral²; R Sánchez Simón-Talero³; N Loeches⁴; J Valer⁵; P Leon Atance⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Integrada de Albacete.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La complejidad del diagnóstico de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) obliga a la reunión de distintas especialidades para llegar a un diagnóstico correcto y pautar su tratamiento.

Objetivos

Nuestro objetivo con este trabajo es mostrar las posibilidades que ofrece un Comité multidisciplinar, no sólo desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, sino también formativo, divulgativo, científico y organizativo.

Material y métodos

El comité de EPID del Complejo Hospitalario de Albacete surge en el 2015, pero empiezan a hacerse registros y reuniones periódicas a partir de febrero 2016. Las especialidades que forman el comité son: neumología, radiología, anatomía patológica, cirugía de tórax y farmacia. La labor principal del comité es la discusión interdisciplinar de casos, con sus pruebas, para evaluar las posibilidades diagnósticas, pronósticas y terapéuticas de estos pacientes.

Resultados

El Comité se empezó reuniendo los 2º miércoles de mes, hubo que aumentar el número de reuniones quedando en 2 mensuales:

Actividad asistencial:

- Se reciben pacientes de casi todos los hospitales de Castilla-La Mancha: Almansa, Hellín, Villarrobledo, Cuenca, Alcázar de San Juan, Manzanares, Tomelloso, Valdepeñas, Puertollano, Ciudad Real y Toledo.
- Se han evaluado 256 pacientes desde febrero de 2016 hasta Abril de 2019.

Actividad formativa:

- Jornada de EPID de Albacete de Diciembre de 2019
- Jornada de EPID de Albacete de Diciembre de 2018.
- Apoyo a las Jornadas de Residentes de 2018 y 2019 de la SOCAMPAR (Sociedad Castellano manchega de Castilla La Mancha)
- Jornada Clínica-Radiológica de EPID de la SOCAMPAR. Alcazar de S Juan 6 de Octubre de 2018. Acreditada
- Participación con una ponencia en el Congreso de Farmacia Hospitalaria de Castilla La Mancha de 2019.
- Curso de formación online: "Fibrosis Pulmonar idiopática: Diagnóstico precoz".
- Proyecto para la detección temprana en FPI: sesiones formativas en centros de salud.

Actividad divulgativa:

- Libro : "Fibrosis Pulmonar Idiopática: Diagnóstico precoz". Editorial: Bitoyc.
- Artículos en revista:
- Comité multidisciplinar en el manejo de la enfermedad pulmonar intersticial difusa. Revista SOCAMPAR de patología del tórax 4 (1):17-18 de Marzo de 2019
- Protocolo en el tratamiento antifibrótico en Albacete. Rev SOCAMPAR. 2017; 2(3):55-58
- Póster
- AIR ESPAÑA/CASTILLA LA MANCHA proyecto formativo radiología/neumología en EPID
- Comité de EPID en Albacete: Aceptado para el 52º congreso SEPAR
- Salud Pública: Se han mandado escritos y se han publicado artículos en periódicos (diario sanitario...)
- Se colabora en la formación de comités de EPID en otras zonas de Castilla La Mancha: Guadalajara, Alcázar de San Juan y Toledo (en estos momentos en formación).

Conclusiones

La actividad de un Comité de EPID no se limita a lo meramente asistencial, sino que tiene responsabilidades a múltiples niveles, y es capaz de influir en la sociedad y en la organización de otros servicios.

HAREX: LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS HOMBRES CON INCONTINENCIA URINARIA

AUTORES

Eider Fortea Méndez¹; P Tomé Mesa².

CENTRO DE TRABAJO

deviCE sistemas¹; Mera Medical Solutions².

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La incontinencia urinaria es, sin duda, una de las patologías ocultas más importantes que padecen los hombres. El envejecimiento, enfermedades como el cáncer de próstata o ciertas cirugías son algunas de las causas que provocan esta patología de la que pocos, o ningún hombre quieren hablar, de ahí que la llamemos oculta. Por vergüenza, miedo al 'qué dirán' o porque los hombres, de manera general, son menos dados a hablar con sus amigos de temas que les preocupan o les provocan vergüenza, padecen en silencio, reduciendo de manera evidente su vida social, y, consecuentemente, calidad de vida. Poco a poco encontramos a una industria preocupada y enfocada a la salud física, pero sobre todo emocional, del paciente masculino. El dispositivo sanitario de Mera Medical Solutions, Harex, supone una solución a un problema real e importante en un ámbito de la salud que suele olvidarse: la salud social y emocional.

Objetivos

1. Mejorar la calidad de vida de las personas: salud física, pero especialmente, emocional y social.
2. Mejorar la economía de los hombres que padecen esta patología proponiéndoles una solución mucho más eficiente y más económica.
3. Demostrar el coste-efectividad positivo para la sanidad pública.
4. Disminuir considerablemente el impacto en el medio ambiente como consecuencia de la disminución del uso de celulosa.

Material y métodos

Se realizó un estudio clínico con objeto de demostrar la funcionalidad del dispositivo Harex. El estudio se realizó en más de 6 hospitales españoles con la participación de más de 100 pacientes con incontinencia urinaria provocada por diferentes causas. Los médicos que trataban a los pacientes fueron quienes los seleccionaban, conforme a sus criterios de necesidad, para la prueba del dispositivo durante 7 días, finalizados los cuales, rellenaban una encuesta de satisfacción. Acabado el estudio de campo, se reunieron todos los médicos expertos para detallar las conclusiones del estudio, desde el punto de vista clínico, funcional, social y emocional.

Resultados

1. Los hombres que utilizaron Harex se encontraban más seguros emocionalmente para enfrentarse a la vida social: hacer deporte, viajar, salir con amigos.
2. El ahorro en las economías personales de los hombres fue superior al 70% al mes.
3. La utilización de Harex disminuye en una proporción superior al 80% el uso de los pañales para adultos.
4. La disminución en generación de residuos resulta esperanzadora.

Conclusiones

1. La responsabilidad social en la industria es cada vez más evidente, en esta ocasión en lo relativo a la mejora de la calidad de vida social y emocional de los hombres con una patología como la incontinencia urinaria.
2. Harex es un dispositivo médico que soluciona una necesidad, no algo superfluo.
3. La responsabilidad ambiental es también evidente: cada vez se fabrican dispositivos que sustituyan productos mucho más contaminantes.
4. El hacer visible 'patologías ocultas' es absolutamente necesario para que la sociedad sea consciente de problemas que hasta el momento le eran inexistentes.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA

AUTORES

TERESA DE LA HUERGA FERNANDEZ BOFILL¹; SV VALLE CORDERO²; L VAQUERO VELERDAS³; N DOMINGUEZ GARRIDO⁴; MJ HERNANDEZ BRUÑAS⁵; J SANCHEZ MARTIN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La violencia y el maltrato es un problema de salud pública que afecta a adultos, niños y ancianos. Se crearon en todos los hospitales de la CM las Comisiones Hospitalarias contra la Violencia, en el nuestro entró en funcionamiento en abril de 2012, tiene una composición multidisciplinar, que incluye profesionales de los servicios de urgencias, ginecología, pediatría, psiquiatría, servicio de atención e información al paciente y subdirección médica, continuidad asistencial. El objetivo de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia es implementar circuitos de actuación normalizada e integrada, difundirlo entre los profesionales y que posibilite una atención a mujeres, niños y ancianos

Objetivos

Describir el funcionamiento de la comisión y los tres circuitos diseñados. Analizar los datos de los pacientes reportados en el sistema de notificación y describir su perfil.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal, análisis de las memorias de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia desde el año 2014 a 2019. Se ha diseñado un sistema de notificación electrónico específico en este hospital para los tres circuitos (adultos, niños y ancianos), para garantizar que todos los casos detectados por profesionales del hospital sean analizados y se pueda realizarse una intervención precoz por trabajos social y asegurar la continuidad asistencial con atención primaria

Resultados

En el año 2014 se han detectado un total de 25 casos de violencia han sido notificado a través del Portal de Violencia. 15 casos sin riesgo vital. 3 casos riesgo vital. De 0 a 15 años 3 casos de violencia. De 16 a 64 años 15 casos de violencia. Más de 64 años 0 casos. Violencia física 8 casos. Violencia Psíquica 8 casos. Violencia Física/ Psíquica 1 caso. Violencia Física / Sexual 1 caso. Pacientes que quiere denunciar tras la agresión 11 casos. Pacientes que no quieren denunciar tras la agresión 7 casos. Denuncias previas 4 casos. Sin denunciar previamente 11 casos. En el año 2015: Reconocida 35, sospecha de violencia 8. En el año 2016: Reconocida 166, Sospecha 35. De los cuales 182 no tenían riesgo vital. En el año 2017: Reconocida 42, Sospecha 18. De 0 a 15 años 15 casos de violencia. De 16 a 64 años 43 casos de violencia. Más de 64 años 2 casos. En el año 2018: Reconocida 46, Sospecha 16. En lo que va de año 2019: reconocida 20. Sospecha 3. Anualmente se han realizado sesiones de formación a profesionales, mesas de divulgación a pacientes con encuestas de satisfacción y reuniones trimestrales de la comisión con acta

Conclusiones

Sesiones divulgativas a los distintos servicios del hospital con objeto de Sensibilizar a los profesionales acerca de la magnitud, gravedad e impacto en salud de la violencia. Optimizar la prevención, detección y atención de la violencia considerando aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad. Aumentar el registro de casos de violencia en los servicios de atención especializada. Mejorar los circuitos de coordinación y derivación entre los diferentes niveles de atención sanitaria con los recursos comunitarios

RED SANITARIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

AUTORES

M^a MERCEDES ORTIZ OTERO¹; AM DIAZ-OLIVER FERNANDEZ-HIJICOS²; L LARRIBA LEIRA³; R GONZALEZ DIAZ⁴; C SANCHEZ ROLDAN⁵; A RODRIGUEZ CALA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE²; GERENCIA DE GESTION INTEGRADA³; UNIDAD DE RSC IBSALUT⁴; HOSPITAL MIGUEL SERVET⁵; INSTITUTO ONCOLOGICO CATALAN⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La Red Sanitaria de Responsabilidad Social (RSRS) nació en 2015 en un encuentro nacional de profesionales sanitarios organizado por SEDISA. Donde se forjó un núcleo de conexión entre profesionales del sector sanitario de diferentes organizaciones y comunidades. La RSRS está constituida por profesionales de distinto ámbitos pertenecientes a hospitales públicos, áreas sanitarias y comunidades. El fin común es sensibilizar sobre políticas de responsabilidad social (RS) en el sector sanitario e intentar ser un referente en materia de RS en el sector sanitario, que actué como impulsor de cambio en las organizaciones. Los valores que nos definen son transparencia, compromiso con la salud e innovación.

Objetivos

- Crear cultura de RS en las organizaciones sanitarias como centros generadores de valores
- Realizar proyectos en las diferentes dimensiones de la Responsabilidad social
- Establecer herramientas de medición, monitorización y valoración comunes a todas la Comunidades bajo un plan de humanización.

Material y métodos

Análisis descriptivos de los proyectos y programas elaborados e implantados en los hospitales que forman parte: como el programa PLATA (Plataforma de acompañamiento al alta del paciente con un voluntariado social), o el proyecto repercusión de la RSC en los determinantes de la salud, o el banco de tiempo como beneficio social o participación en el grupo de acción de RSE de la Empresas Públicas para el desarrollo de la Agenda 2030 de Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Forman parte de la RED de Hospitales aproximadamente 28 Centros Hospitalarios de todo el ámbito nacional.

Resultados

Se han realizado 2 Jornadas Nacionales. 1^a en Santiago de Compostela (2016), cuyo objetivo fue establecer un marco de conocimiento, desarrollo e impulso del concepto en nuestro sector y la 2^a en A Coruña (2018), donde trata a los centros sanitarios como instituciones que contribuyen a generar una cultura, innovación, sostenible con la sociedad.

Una Jornada Internacional de RS (2017) con 487 profesionales de hospitales públicos y privados, fundaciones y empresas del sector de la Salud. Se presentaron 21 proyectos de todas las Comunidades Autónomas, y de hospitales ingleses (premiados en Reino Unido en RS) y la asociación nacional de RS en Francia generando debates y experiencias. Esta jornada demostró la evolución en Europa de una Sanidad más comprometida con la sociedad, medio ambiente y la sostenibilidad.

El Programa PLATA (2015) ha dado los siguientes

Resultados

una media de 150 pacientes al mes en 23 hospitales se puede concluir que 3450 pacientes se benefician del programa PLATA. Al año sería 41.400 pacientes. Y actualmente se está implantando en 6 hospitales más.

Conclusiones

La Red de RS constituye un esfuerzo por parte de todos para construir y consolidar la base de la RS con la finalidad de que el abordaje sea replicable en otros hospitales. Consideramos que esta red está ayudando a sensibilizar sobre la RS y a visualizar las buenas prácticas que se realizan en los diferentes hospitales.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: INTEGRANDO Y CERRANDO EL CÍRCULO

AUTORES

ESTHER VILERT GARROFA¹; MC RODRIGUEZ JAREÑO²; MJ SÁNCHEZ DOBLADO³; I PASCUAL CERECEDA⁴; MA LARRABEITI CASTILLO⁵; C FERNÁNDEZ DARNÉS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACIÓN HOSPITAL DE PALAMÓS.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

A pesar de la importancia de los estilos de vida saludables como determinantes de salud, es difícil concienciar a la población y a los propios profesionales de que los adopten. Son frecuentes las campañas o programas dirigidos a colectivos concretos pero no lo es tanto un abordaje integral desde atención primaria, hospitalaria y dependencia, y menos aun contemplando a los propios profesionales sanitarios como receptores de promoción de salud.

Objetivos

Promover los estilos de vida saludables y medidas para prevenir las enfermedades en nuestra población de referencia y paralelamente impulsar actividades para nuestros profesionales de acuerdo con el modelo de empresa saludable de la OMS

Material y métodos

En 2009 se creó la Comisión de Prevención y Promoción de la salud (CPIPS) unificada que cuenta con representantes de los tres ámbitos asistenciales junto con hostelería y prevención de riesgos laborales. Se reúne trimestralmente para planificar y organizar acciones que inicialmente eran puntuales y en 2016 se dio un nuevo impulso al proyecto destacando la campaña “En abril, cuidate en salud!” para población y profesionales, yendo de la mano con la Jornada Anual de Empresa Saludable sólo para trabajadores. Se introdujeron cambios en cafetería hospital (rincón saludable) y en máquinas dispensadoras. Se aumentó la presencia en medios de comunicación.

Nuestra entidad (1.679 trabajadores) gestiona un área de influencia de 125.000 usuarios y agrupa 1 hospital comarcal, 4 Áreas Básicas de Salud (ABS), un Centro Sociosanitario, 3 Residencias y 3 empresas de servicios centrales.

Resultados

La campaña anual “En abril, cuidate en salud!” año 2016 : jornada actividad física 30 asistentes, actividad saludable en cada ABS: 40 de media (chikung, salidas diurnas y nocturnas, talleres dietéticos). Para profesionales: 12 talleres con 237 personas y 90 asistentes en Jornada Empresa Saludable (tema ejercicio físico). Año 2017: jornada actividad física 83 personas, talleres para trabajadores 287 y Jornada Empresa saludable 83 (sobre alimentación). A lo largo del año se realizaron 6 salidas externas con familiares asistiendo 82 personas. Año 2018: 95 asistentes jornada actividad física y 280 trabajadores en las 22 actividades programadas. En 2019 se ha realizado un cambio reemplazando la jornada de actividad física por una marcha terapéutica (4 personas) y marcha de 7 Km con 95 asistentes. A nivel laboral, se realiza 1 única actividad por ABS repitiéndola cada 3 meses, realizada por profesionales que trabajan en el propio centro, en horario laboral y de forma voluntaria.

Conclusiones

Disponer de esta comisión única ha permitido aunar esfuerzos y planificar actividades dirigidas a la población con unos mismos objetivos. Integrando al servicio de prevención se ha puesto el foco sobre el propio profesional sanitario, resaltando su rol ejemplarizante y viéndolo también como receptor de salud, cerrando de esta manera el círculo.

ELABORACIÓN DEL MARCO ESTRATÉGICO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

AUTORES

ASUNCION COLOMER ROSAS¹; P FERNAN PÉREZ²; MV HERNANDEZ JARAS³; M PALENCIA CALZADA⁴; C MENDOZA ARITMENDI⁵; P BUSCA OSTOLAZA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA112.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

Los servicios sanitarios deben ser socialmente responsables ya que prestan un servicio público y están financiados con fondos públicos. La Responsabilidad Social Sociosanitaria (RSS) supone el compromiso de las organizaciones sanitarias con los aspectos sociales, económicos y medioambientales en beneficio de pacientes, ciudadanos y sociedad. Los Servicios de urgencias extrahospitalarios (SUE) deben asumir dicho compromiso elaborando estrategias acordes a su estructura y organización.

Objetivos

Elaboración de un marco estratégico de RSS en un SUE.

Material y métodos

Grupo de trabajo: dirección y profesionales clave.

Memorias de Actividad. Resultados de objetivos. Documento Marco de Estrategia RSS de la Consejería de Sanidad. Encuestas. Indicadores Recursos Humanos. Bibliografía. Cuestionario de Evaluación normalizado.

Elaboración y Despliegue: Realización Informe de Situación en base a documentación.

Análisis DAFO para conocer situación de partida para elaborar una Estrategia propia de RSS, sus recursos y capacidades así como amenazas del entorno.

Elaboración del Marco Estratégico con despliegue de objetivos y acciones.

Resultados

Informe 2016:

- Pacientes/familias: encuestas de satisfacción con muy buenos resultados, mantenidos. Escaso nº de reclamaciones, en aumento.
- Personas: Indicadores de satisfacción mejorables en un 60% de las áreas. Absentismo mantenido. Elevada participación en comisiones y grupos.
- Ambiental: Iniciado el Sistema de Gestión Ambiental, algunos avances, poco implantado.
- Humanización: Inicio actividades.
- Formación Investigación: Plan de Formación muy consolidado; mejorable detección de necesidades. Desigual participación en investigación.

DAFO: El desconocimiento de la RSS, dificultades estructurales para el avance de la Gestión ambiental, y la comunicación interna se identificaron como debilidades más relevantes. Fortalezas fueron el avance en cultura de seguridad del paciente, sistema de gestión de calidad consolidado, sistemática de objetivos, e implementación de la gestión de conflictos internos. Oportunidades destacables: promoción institucional de la RSS, la legislación y expectativa social y la mayor amenaza cambios económicos.

Se establecieron 5 Líneas Estratégicas (LE), destacamos:

LE1: Estructura Organizativa: Comité RSS Integrado por responsables de comisiones, comités y unidades a objeto de imbricar transversalmente la RSS con objetivos ya en desarrollo. Asignación de responsabilidades de RSS.

LE2: Información y Formación: estrategia de comunicación y actividades formativas.

LE3: Alianzas y reconocimientos: buenas prácticas

LE4: Actuaciones específicas: en cada grupo de interés y comisión.

LE5: Análisis y Monitorización: Evaluación estandarizada y acciones de mejora.

Conclusiones

Analizar la situación de la RSS y elaborar una Estrategia propia, sirve para definir la estructura organizativa, los objetivos y responsabilidades y facilita el avance en RSS alineándolos con el resto de estrategias y objetivos de la organización.

AUTOEVALUACION Y PLAN DE MEJORA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

AUTORES

ASUNCION COLOMER ROSAS¹; P FERNAN PÉREZ²; C DÍAZ PÉREZ³; ML DOMÍNGUEZ PÉREZ⁴; MV HERNÁNDEZ JARAS⁵; P BUSCA OSTOLAZA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA112.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La Estrategia Responsabilidad Social Sociosanitaria (RSS) es de reciente implantación y su despliegue ha incluido la aplicación de un cuestionario normalizado para evaluar el grado de implantación en los centros sanitarios y planificar las mejoras. Presentamos el resultado de la autoevaluación de RSS de un Servicio de Urgencias Extrahospitalario y las Mejora priorizadas

Objetivos

Conocer el grado de implantación de la RSS en nuestro medio en base a un cuestionario normalizado, identificar y priorizar áreas de mejora.

Material y métodos

Grupo de trabajo: Dirección y Departamento de Calidad.

Material: Resultados sobre: Seguridad del Paciente, Gestión Ambiental, Humanización, Salud Laboral, Indicadores de Recursos Humanos, Informes del Área de Gestión. Memoria de 2017 y datos de 2018.

Cuestionario normalizado de RSS, con 7 áreas de interés: General, Ambiental, Económico Financiera, Social, Personas, Pacientes-clientes, y Aliados y Proveedores. Las preguntas tenían respuestas dicotómicas o en base a una escala de Likert de 1 a 4, y se correspondían con puntuación máxima teórica de 476 puntos.

Método:

Tres reuniones:

1ª Presentar el cuestionario y metodología a seguir. Entrega de documentación.

2ª Realizar autoevaluación. Puntuación individual (10 minutos). Posteriormente puesta en común de cada cuestión y consensaba la respuesta. El responsable del área de atención sobre la que se estuviese evaluando ampliaba información.

3ª Priorización de Áreas de Mejora: a través de una TNM

Resultados

Se obtuvieron 382 puntos de los 476 teóricos. Las áreas de mayor puntuación fueron: Pacientes/Clientes (82 puntos de un máximo teórico de 88) y Personas (87 puntos de un máximo teórico de 96) y las de menor valoración fueron: Aspectos Generales (24 de un máximo teórico de 44) y Aliados y Proveedores (39 de un máximo teórico de 60).

Los aspectos menos valorados tuvieron que ver la Comunicación de RSS, incorporación en los compromisos (escritos) de los valores y principios, información al conjunto de la organización de los datos económico financieros y de seguimiento presupuestario, despliegue de acciones para incrementar la presencia asociativa del ciudadano y paciente, actuaciones con las asociaciones de pacientes, criterios de compra responsable, y de RSS en la evaluación de proveedores.

Las acciones priorizadas se han asignado responsables de áreas y comisiones:

- 1.- Elaborar un Código Ético propio y rendición de cuentas y comunicarlo a los Grupos de Interés (internos y externos),
- 2.- Despliegue del Sistema Gestión Ambiental y certificación en 2020
- 3.- Incorporar a pacientes y asociaciones de pacientes en diversas actuaciones
- 4.- Implantar mejoras en aspectos clave de la gestión de personas.

Conclusiones

El cuestionario evidencia aspectos relevantes de la RSS que no tenemos en nuestra cultura organizacional. La autoevaluación nos ha servido para centrar y concretar las tareas a acometer

PERCEPCIÓN SOBRE LA GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL EN LOS CENTROS DE SALUD. ENCUESTA A LOS REFERENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

M^a Dolores Martínez Patiño¹; N Domínguez Pérez²; C Paniagua Alcaraz³; P Vitores Picón⁴; C Herrero Domínguez-Berrueta⁵; J De Vicente Guijarro⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Dirección técnica de procesos y calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria¹; Dirección técnica de procesos y calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria²; Hospital Universitario Severo Ochoa³; Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria⁴; Dirección Asistencial Noroeste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria⁵; Hospital Universitario Ramón y Cajal⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La gestión medioambiental (GMA) de los centros de salud (CS) constituye un área de trabajo fundamental para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. En 2017 la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) nombra referentes de GMA en todos su CS y lanza varias actividades para mejorar este aspecto de la organización. En 2018 se realiza una encuesta sobre la GMA en los CS para detectar aspectos en que implantar acciones de mejora.

Objetivos

- Conocer la sensibilización, conocimientos e implicación respecto al uso responsable de recursos medioambientales y segregación de residuos en los CS
- Diseñar acciones para las áreas de mejora detectadas

Material y métodos

Elaboración de una encuesta que se remite por correo a los responsables de GMA de los CS, solicitando la recogida de información y el envío de una encuesta por CS.

La encuesta consta de preguntas sobre: hábitos de consumo, separación de residuos y gestión de botiquín y material del almacén.

Resultados

Participaron el 59% (154) de los CS de la GAAP.

El 97% (145 CS) refieren que los profesionales de sus CS colaboraban activamente en la GMA: en el 70% (107) de los CS al menos la mitad de profesionales realizan un consumo responsable de papel, consumo responsable de agua en el 85% (129), apagan las luces al finalizar la jornada en el 72% (110) y los equipos electrónicos en el 80% (123) y usan adecuadamente la climatización en el 71% (109) de los CS.

En el 50% (73) de los CS se segregaban papel y cartón para su reciclaje; en el 31% (45) también plásticos, latas y bricks; en el 15% (22) además de lo anterior, se segrega el vidrio.

El 89% (132) de los CS conocen la existencia del circuito de eliminación de pilas y el 88% (127) el de eliminación de residuos con mercurio. En el 82% (123) de los CS, más de la mitad de profesionales conocían qué son los residuos biosanitarios clase III y clase VI (citotóxicos); y en el 83% (124) más de la mitad conocían que estos se eliminan de forma específica y en qué tipo de envase; en el 97% (145) se residuos se eliminan correctamente.

El 81% (119) de los CS refirieron que su stock de medicación es adecuado y el 93% (136) conocía el circuito de retirada de medicación caducada.

El 87% (125) de los encuestados refirieron que su stock de material de almacén es adecuado su CS no es excesivo y el 78% (109) conocía el circuito de retirada de material sanitario caducado.

Tras analizar la encuesta, se lanza una campaña de sensibilización/formación, mediante envíos mensuales de información, lemas y mensajes motivadores a los referentes de GMA para compartir en sus CS sobre diversos aspectos (Mejorando la salud medioambiental en AP: 12 causas y más”), en marcha en este momento.

Conclusiones

Los responsables de GMA de los CS refieren un alto grado de concienciación e implicación entre los profesionales de AP en materia de GMA. Existen no obstante, además de mejorar el porcentaje de respuesta a la encuesta, algunos aspectos que se abordan lanzando una campaña mensual de sensibilización/formación.

EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LA ATENCION SANITARIA DESDE ATENCION PRIMARIA A PACIENTES CRONICOS DOMICILIARIOS

AUTORES

ALICIA MORENO JIMENEZ¹; J MENDIA GOROSTIDI².

CENTRO DE TRABAJO

C.S. AMARA CENTRO¹; C.S. AMARA CENTRO².

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La atención a los pacientes crónicos, que por diversas causas, son atendidos principalmente en su domicilio, presenta habitualmente aspectos que difícilmente salen a la luz, ya que depende en gran manera de relaciones interpersonales y no dependiente por tanto de aspectos estructurales u organizativos.

La satisfacción de estas personas rara vez se ve reflejada en objetivos, contratos programa e incluso publicaciones, por otra parte tampoco tenemos una idea cierta de los aspectos de la atención que realmente importan a estas personas y a sus cuidadores, por ello decidimos evaluar la satisfacción que tienen con nuestra atención domiciliaria desde nuestro C.S. de Amara Centro en el área de Amara en Donostia.

Objetivos

1. Medir la actividad a domicilio tanto de médicos como enfermeras y su evolución los años 2010-2014-2018
2. Valorar la situación familiar y social de estas personas.
3. Evaluar la satisfacción percibida, tanto por estos pacientes como por sus cuidadores.
4. Descubrir las áreas de mejora y los aspectos que realmente influyen en su satisfacción.

Material y métodos

Actualmente tenemos 235 pacientes clasificados como Crónicos Domiciliarios, en el centro de salud Amara Centro en Donostia, evaluamos la actividad realizada en los domicilios de estos pacientes, tanto de médicos como de enfermeras, extrayendo sus datos desde el programa informático Osabide y los comparamos los años 2010,2014 y 2018.

Extrajimos una muestra aleatoria de 45 pacientes para realizar una encuesta telefónica con preguntas basadas en el Satisfad 10,valorando las dimensiones : Accesibilidad, Resolución, Trato y General. Además añadimos algunas cuestiones sobre su situación personal y familiar, si tenían Apoyo o supervisión de algún responsable y Cuidador profesional (tiempo parcial o completo).

A esta encuesta contestaron 33 pacientes y/o cuidadores-supervisores.

Posteriormente con 8 voluntarios de esta muestra, realizamos un grupo focal para, por métodos de investigación cualitativa, encontrar áreas de mejora que incidan en la satisfacción percibida.

Resultados

Poblacionales:

Población crón dom : en 2010: 190 en 2014: 192 y en 2018: 235

Edad promedio: 81^a 84^a 89^a

%mayor de 75^a pobl gen: 22% 24% 27%

Visitas Enf pac/año: 4,34- 6,76- 12

Visitas Med pac/año: 1,67- 2,4- 2,86

Cuidador profe: 70% si

Apoyo y supervisión: 100%

Satisfacción:

Accesibilidad 4,66/ sobre5

Resolución 4,60/5

Trato 4,75/5

General 4,69/5

Grupo Focal:

De más valorado a menos:

1- Empoderamiento, capacitación para automanejo.

2- Continuidad de profesionales, los mismos, o al menos uno med o enf

3- Atención continuada, que los profesionales acudan con información y pautas de cada paciente.

4- Información sobre disponibilidad de recursos sanitarios y otros. (empoderamiento)

5- Valoración baja sobre la frecuencia de las visitas, la accesibilidad, sobre si son a demanda o concertadas, resolución de problemas, uso de pruebas, especialidades...

Conclusiones

Mayor necesidad pero importantes novedades en grupo focal. Muy interesante.

RACIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS DE MEDICAMENTOS CADUCADOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

AUTORES

M VICTORIA HERNÁNDEZ JARAS¹; A COLOMER ROSAS²; P FERNÁN PÉREZ³; J MARTÍNEZ GÓMEZ⁴; NM RODRÍGUEZ RODIL⁵; P BUSCA OSTOLAZA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

En nuestro Servicio de Emergencias Extrahospitalario (SEM) hay numerosos puntos donde es necesario disponer de medicamentos (M), tanto por dispersión geográfica de las unidades asistenciales (UA) como por múltiples equipos necesarios en las unidades móviles para atender “in situ” (maletines, ampularios, pastilleros...). Desde el Servicio de Farmacia (SF) se distribuyen M a dichos esos puntos mediante una red de botiquines en las bases de las UA. Mensualmente se revisan caducidades de botiquines y equipos, retirando M muy próximos a caducar que se devuelven al SF, donde está centralizada la gestión de residuos químicos (no citostáticos): M caducados, próximos a caducar o deteriorados. Habíamos observado incremento de la cantidad de estos residuos, sostenido en el tiempo o incluso en aumento.

Objetivos

Racionalizar la gestión de residuos de M caducados, próximos a caducar o deteriorados, para contribuir a preservar el medio ambiente y reducir el impacto de la actividad del SEM en nuestro entorno.

Material y métodos

Observación y análisis del depósito diario de residuos por personal del SF al regreso de las rutas de distribución, para conocer exactamente qué se depositaba.

Elaboración de plan de acción y selección de indicadores para medir la eficacia de las acciones.

Resultados

Observación y análisis. Se detectó:

- M caducados. Se observó que los M biológicos (ej. insulina, glucagón) no se depositaban en cubo específico.
- M deteriorados: termolábiles con rotura de cadena de frío, M sin la identificación necesaria (contenido, dosis, lote y fecha de caducidad), M multidosis sin que conste fecha de apertura.
- Productos que no es necesario eliminar como residuo químico (ej. apósitos sin M, sueros en concentraciones fisiológicas)
- Material de acondicionamiento secundario de los M (ej. cartón, plástico) que debería depositarse en su contenedor correspondiente.

Plan de acción:

- 1- Segregación del residuo M en dos cubos diferentes: negro para biológicos y amarillo para el resto.
- 2- Reunión informativa, y de concienciación medioambiental, con el personal del SF para explicar qué depositar o no en cada cubo. Especial hincapié en no depositar material de acondicionamiento secundario ni cualquier otro producto no M (ej. productos sanitarios)
- 3- Elaboración de carteles informativos para colocar en la zona de los cubos.
- 4- Vigilancia inicial en el momento de realizar el vertido a los cubos para reforzar la información si fuera necesario.
- 5- Ajuste de stocks de botiquines

Indicadores de Resultados

hemos reducido un 61,17% la cantidad de los residuos de M, de 1.116,45 kg en 2016 a 433,50 kg en 2017, y 441 kg en 2018.

Conclusiones

Las acciones implementadas para racionalizar la gestión de residuos de M caducados o deteriorados, han sido efectivas como muestran los indicadores de resultado, por cuyos datos interpretamos que hemos llegado al óptimo de reducción, y establecemos un seguimiento con indicador de proceso. No cabe un objetivo de mejora o reducción salvo cambio de sistema.

EFFECTO NEGATIVO DE LAS REDES SOCIALES EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL ENTRE PROFESIONALES DEL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

AUTORES

JOSE EMILIO HERNANDEZ SANCHEZ¹; L RUBIO CIRILO²; L ALFARO CADENAS³; C GONZALEZ ENGUIA⁴; M SALAZAR CALZADO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La gran mayoría de la población utiliza las redes sociales de forma cotidiana. Los profesionales de la salud no son ajenos a esta práctica, tanto para comunicarse con sus colegas, como para hacerlo con sus pacientes.

Objetivos

Se pretende evaluar el uso y el efecto de las redes sociales, especialmente los efectos negativos si es que los hay, en la práctica asistencial de los profesionales de la salud del Hospital General de Villalba.

Material y métodos

Se ha diseñado un cuestionario anónimo multirespuesta que será contestado por los profesionales de la salud del Hospital General de Villalba. El cuestionario se hará llegar, previo aviso, a través del correo institucional. Se tendrá en cuenta la edad y el sexo de los participantes, así como su categoría profesional. Se analizan las respuestas remitidas así como los items en un formulario diseñado a tal efecto

Resultados

Se tendrán en cuenta diferentes indicadores, tales como las redes sociales visitadas, con qué frecuencia, percepción que se tiene sobre su uso, así como el patrón de utilización y las repercusiones o beneficios derivados del mismo. Se estimará que profesionales de la salud son los que más apuestan por un perfil en las redes sociales. Así mismo, se revisará las oportunidades, aplicaciones, uso apropiado y nuevos horizontes de estas herramientas de comunicación en las práctica diaria asistencial.

Conclusiones

Se están experimentando actualmente un aumento en el uso de las redes sociales por parte de algunos profesionales de la salud debido a la oferta clara de las ventajas de la comunicación, el intercambio de información y experiencias, así como creación de perfiles profesionales. Las redes sociales son un abanico de oportunidades para la transmisión del conocimiento en el cuidado de la salud, si bien en algunos ámbitos sanitarios aún se encuentra en fases incipientes.

AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN SALUD (ODS)

AUTORES

Ana Rodríguez Cala¹; N Durán García²; B Zöller³; A Chacón Carrasco⁴; C Calle Rodríguez⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Institut Català d'Oncologia.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La institución ha integrado la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) en su modelo de gestión. El Consejo de Administración y la alta dirección velan por el cumplimiento de la política y del Plan de RSC y se implica de forma transversal a toda la organización en su desarrollo. La publicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por Naciones Unidas en 2015 con el objetivo de estimular la acción en 5 esferas de importancia crítica (las personas, el planeta, la prosperidad, la paz y las alianzas) supuso un nuevo reto para la institución en su modelo de RSC. Es una agenda global y universal que contiene 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Objetivos

Integrar la Agenda 2030 y los ODS en la estrategia de la institución, en el marco de implementación del Plan de Responsabilidad Social Corporativa.

Material y métodos

- Compromiso de dirección para promover la RSC recogido en Plan estratégico.
- Identificación de ámbitos de intervención, objetivos y acciones del Plan de RSC por la Comisión de Ética y Responsabilidad Social. Plan aprobado por Comité Directivo y Consejo de Administración.
- Alineamiento de ámbitos del Plan con ODS. Identificación ODS prioritarios y secundarios. Descripción indicadores de seguimiento.
- Despliegue con metodología participativa de comisiones y grupos de trabajo.
- Seguimiento con herramienta de gestión de planes con perspectiva integrada con ODS, como marco de actuación para convertir la estrategia en parámetros medibles y objetivos tangibles.
- Información y comunicación a grupos de interés. Difusión de resultados en Memoria de sostenibilidad.

Resultados

El Plan de RSC incluye 17 objetivos y 51 proyectos con indicadores de evaluación seleccionados a partir del catálogo de indicadores de los Estándares GRI, que permite realizar un seguimiento alineado con la Agenda 2030 y los ODS prioritarios para la institución, que son ODS3 (Salud y bienestar), ODS5 (Igualdad de género), ODS8 (Trabajo digno y crecimiento económico), ODS12 (Consumo y producción responsables), ODS13 (Acción climática), ODS16 (Paz, justicia e instituciones sólidas) y ODS17 (Alianzas por los objetivos). Se detectan áreas de actuación secundarias relacionadas con los ODS1 (Erradicación de la pobreza), ODS4 (Educación de calidad), ODS6 (Agua potable y saneamiento), ODS7 (Energías renovables), ODS9 (Innovación e infraestructuras) y ODS10 (Reducción de la desigualdad) que se valorará trabajar a partir de 2019.

Conclusiones

La publicación de la Agenda 2030 significó un nuevo empuje a la gestión ética y de valores de la institución. Se alinearon los ODS con líneas de actuación del Plan de RSC y, por primera vez, quedaron plasmadas las actividades que dan respuesta a los ODS en la Memoria de sostenibilidad. Esta iniciativa ayuda a consolidar la organización como entidad referente y promover prácticas sociales y ambientales responsables y sostenibles.

EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN ÉTICA Y SOCIALMENTE RESPONSABLE SGE 21 EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

AUTORES

Noemí Durán García¹; A Rodríguez Cala²; B Zöllner³; A Chacón Carrasco⁴; C Calle Rodríguez⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Institut Català d'Oncologia.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La institución ha definido su compromiso con la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) en el Plan estratégico, con la definición de una línea estratégica orientada a "Integrar la RSC en la gestión de la institución, reforzando el compromiso con las personas, el medio ambiente y la sociedad". La implantación del Sistema de Gestión Ética y Socialmente Responsable conforme a la Norma SGE 21 supone un convencimiento para generar un liderazgo responsable y aporta rigor en el abordaje del compromiso con la RSC.

Objetivos

El objetivo general es implantar un sistema de la gestión responsable en los diferentes ámbitos que definen la RSC y su relación con los grupos de interés. De forma específica los objetivos son: a) auditar procesos con orientación ética y de responsabilidad social; b) favorecer el diálogo con los grupos de interés y conocimiento de sus expectativas; c) concienciar y sensibilizar a los profesionales; d) promover la mejora continua con la integración voluntaria de las preocupaciones sociales y ambientales en la gestión.

Material y métodos

El proceso de implantación del Sistema, hasta la evaluación del cumplimiento conforme a la Norma SGE 21:2017, ha durado 3 años. La planificación inicial se alargó aproximadamente 6 meses por un cambio en la versión. Se han realizado las siguientes actuaciones:

- Compromiso de la alta dirección y del equipo directivo
- Designación responsable y constitución de la Comisión de Ética y Responsabilidad Social, como el órgano para tratar los asuntos de RSC y velar por su cumplimiento
- Realización diagnóstico de la situación de partida respecto a la Norma, identificando puntos fuertes y áreas de mejora
- Construcción matriz de verificación y elaboración del plan de trabajo
- Auditoría interna y revisión del sistema por la dirección
- Auditoría de certificación
- Seguimiento del sistema e implementación de oportunidades de mejora

Resultados

La auditoría de certificación del Sistema, según los requisitos establecidos en la Norma SGE 21: 2017, se ha superado con 0 solicitudes de acciones correctivas y 10 observaciones de mejora.

Los resultados operativos obtenidos se concretan en la implantación del Plan de RSC con 17 objetivos medibles y 54 acciones en 7 ámbitos de intervención (gestión ética y responsable, transparencia y buen gobierno, clientes, equipo, proveedores, medio ambiente, contribución a la comunidad), que se ha completado en un 90,22%. A destacar la construcción del cuadro de indicadores de RSC, definición y seguimiento del modelo de gestión de grupos de interés, implantación del sistema de gestión ambiental y evaluación de proveedores con criterios sociales y ambientales, entre otros.

Conclusiones

Los principales logros para la institución han sido la integración de la RSC en la estrategia y el impulso del diálogo con grupos de interés. La evaluación del cumplimiento de la Norma ha implicado adquirir voluntariamente un compromiso de mejora continua con la sostenibilidad en materia económica, social y ambiental.

GIOCONDA SALUD – JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS DE LA OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES Y EL IIS BIOCRUCES BIZKAIA

AUTORES

ARRATE LOYOLA IRULEGUI¹; R GARCIA FERNANDEZ²; R BENITO RUIZ DE LA PEÑA³; I GALLEGU CAMIÑA⁴; MJ ZAMORA PRIETO⁵; M MARTINEZ PEREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES - IIS BIOCRUCES BIZKAIA - IIS BIOCRUCES BIZKAIA¹; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES - IIS BIOCRUCES BIZKAIA²; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES³; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁴; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁵; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

El programa de puertas abiertas de la OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces y el Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia pretende que el alumnado nos conozca y nos observe para acercarse al mundo sanitario durante el instituto antes de elegir la carrera profesional, del mismo modo que nos ayude a reinterpretarnos, al igual que la Gioconda ha sido reinterpretada en múltiples ocasiones.

Objetivos

El principal objetivo de este proyecto es fomentar la educación en salud de los más jóvenes. Además de introducir nuevas formas de mirar nuestras organizaciones. Nuevas miradas que introduzcan nuevas perspectivas desde la que observar el trabajo que desarrollamos a diario. Para ello, les pediremos que, con sus ideas, nos inspiren para seguir avanzando en nuestra labor de mejorar la salud de la ciudadanía.

Material y métodos

El "Proyecto Gioconda Salud" está dirigido al alumnado de los cursos de 1º de Bachillerato y el programa está articulado en tres fases:

1. Presentación del programa en el centro educativo:

A fin de preparar la visita, un profesional de las organizaciones realiza una presentación, de 1 hora de duración al alumnado, tomando como punto de partida el retrato de la Gioconda. Se presenta el trabajo que deberá realizarse de vuelta al aula.

2. Visita al Hospital y el Instituto de Investigación:

En la visita al hospital el alumnado se divide en 6 equipos que están acompañados en todo momento por un profesional de la organización y un profesor/tutor del centro educativo.

Cada equipo realiza un itinerario distinto, visitando 3-4 áreas distintas del Hospital/Instituto. A cada equipo se le da un reto de un área concreta para que posteriormente puedan realizar un trabajo. Los retos están relacionados con la mejora de los hábitos de vida, para que a su vez ayuden en la educación en salud del alumnado.

3. Trabajo en el centro educativo:

Tras la visita, los equipos realizan un trabajo para intercambiar el aprendizaje adquirido en cada una de las áreas visitadas y proponen ideas para mejorar en el trabajo que desarrollamos. Estas ideas son presentadas en el hospital a todos los profesionales involucrados en el proyecto.

Resultados

- 4 Ediciones del proyecto Gioconda Salud.
- 7 Institutos involucrados en este programa.
- En total 330 alumnos y 51 profesores/tutores han visitado el hospital.
- Ha habido 40 trabajos presentados por los alumnos del instituto. Las áreas de esos trabajos son; hábitos de vida saludables, prevención en VIH, Consecuencias de la drogodependencia, prevención de la obesidad...

Conclusiones

- La mayoría de los alumnos creen que es muy interesante visitar el hospital y el instituto para entender de cerca el mundo sanitario antes de elegir la carrera profesional.
- Es importante que el alumnado que participa en este proyecto sean alumnos de bachillerato.

PROYECTO EDUCATOR: TRABAJANDO LA EDUCACIÓN SANITARIA

AUTORES

GEMMA DEL POZO PEREIRA¹; J DE LA FUENTE ORTIZ DE ZARATE²; E SIMÓN BENGOCHEA³; A BELDARRAIN URRRA⁴; A LARRARTE ITURBE⁵; V GUERRERO MANTEROLA⁶.

CENTRO DE TRABAJO MUTUALIA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La educación sanitaria es considerada un factor clave para empoderar a los pacientes. De este convencimiento ha surgido la inquietud de extender esta formación a sus familiares y a la población en general. En nuestro criterio, en el mundo laboral no se le está dando la suficiente importancia a la educación sanitaria de los trabajadores así como de los responsables de las empresas que tengan relación directa con enfermos o accidentados. Existe un colectivo en la empresa como son los delegados sindicales, los responsables de recursos humanos, los médicos y enfermería de empresa, que en nuestra opinión tendrían que participar más de todos los programas higienico-sanitarios actualizados a través de una interrelación con los propios sistemas sanitarios, en forma de charlas, vídeos formativos o simulaciones sanitarias en manejo de heridos y accidentados.

En este proyecto de Mutualia hemos pretendido que los conocimientos sanitarios en estos campos se generalicen a esos colectivos, para que sirvan de punta de lanza en un esquema global sanitario que supere los límites de los centros sanitarios y se adentre en las empresas en una interconexión estrecha. Se busca que la empresa sirva ya de primer punto de tratamiento, el “point of care” de la nomenclatura anglosajona.

Objetivos

Ofrecer herramientas de formación en educación sanitaria para personas de empresa, familiares de pacientes y personal no directamente relacionado con la asistencia sanitaria directa, fuera del ámbito hospitalario.

Material y métodos

Para desarrollar este proyecto se trasladó a la Comisión de Docencia, conformada por un equipo multidisciplinar integrado por personas de distintos servicios y niveles asistenciales (médicos asistenciales y rehabilitadores, DUEs, auxiliares, fisioterapeutas, Dirección Médica y Supervisión de Enfermería).

La primera labor de esta Comisión fue el diseño del proyecto global formativo, desglosado en tres grandes líneas, como son el programa Alumni (formación recibida), Magister (formación impartida), y Educator (de educación sanitaria a pacientes, familiares, empresas y sociedad en general), sobre el que trata esta comunicación.

El proyecto Educator se plasmó en un plan que incluye formación y educación sanitaria para el colectivo referido sobre procesos sanitarios más frecuentes, etc.

Resultados

De entre las acciones puestas en marcha hasta la fecha, destacan las Aulas de Divulgación, dirigidas tanto a pacientes y familiares como a trabajadores de todos los perfiles. En dichas sesiones formativas se trabajan temas como la higiene de manos, seguridad del paciente, Reanimación Cardiopulmonar básica, traslado de enfermos, manejo de heridos, manejo de antisépticos, etc. Estas jornadas están siendo valoradas de forma muy positiva.

Conclusiones

El Proyecto Educator se conforma como un programa clave que sirve para dar a conocer procedimientos higienicos y sanitarios a personas no directamente relacionadas con la asistencia sanitaria, pero que tiene gran influencia en la mejora de la gestión sanitaria global.

PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA PARA PACIENTE HOSPITALIZADO EN HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA (HUGC)

AUTORES

M^a ANGELA RAMOS TALLADA¹; ES CONCHA LEÓN²; RA ARMENGOL RAUET³; MA VISO CANO⁴; MA GUZMAN FERNANDEZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

El tabaquismo es la 1ª causa evitable de enfermedad y muerte en países desarrollados. Su consumo y la exposición al humo del tabaco afectan de forma negativa en la salud. A pesar de las medidas adoptadas la prevalencia es aún elevada, en Catalunya del 25,6%. La Ley 42/2010 prohíbe fumar en espacios del recinto hospitalario, esto supone una interrupción brusca para el paciente hospitalizado. Este puede estar receptivo y motivado para dejar de fumar por su situación actual, especialmente si la patología tiene relación con el tabaco y puede ser una oportunidad para iniciar el proceso de abandono ayudado por profesionales expertos. En 2016 HUGC se adhiere a la Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum (XCHsF) consiguiendo la mención Bronce en 2018 y describe este compromiso de buena práctica dentro de su Política de Sistema de Gestión: Fomentar una cultura organizativa basada en la promoción de la salud incluyendo la cesación tabáquica.

Objetivos

1. Estandarizar el Programa de Intervención Breve en Tabaquismo en el paciente ingresado.
2. Aumentar los beneficiarios de intervención, ofreciendo ayuda al paciente fumador en función de sus características pudiendo realizar apoyo con interconsulta a la Unidad de Ayuda al Fumador (UAF) del centro, desde la reducción del síndrome de abstinencia hasta la posibilidad de deshabituación.

Material y métodos

Dentro de la Historia Clínica el antecedente de hábito tabáquico es un campo obligatorio. En 2016-17 la detección para intervención se realizaba con la solicitud de interconsulta del médico responsable, esto representó un % bajo de intervención. En 2018 se incorpora a la UAF la Enfermera Referente de Educación al Paciente (EREP), con formación especializada, para realizar intervención estandarizada y sistemática. De forma automática y diaria, desde sistemas de información, se genera una alerta de paciente ingresado "Fumador", que es recibida vía email por miembros de la UAF. La EREP realiza intervención de 5-10' a los pacientes notificados intentando que reflexionen y se motiven para el cambio. El modelo aplicado es el de las 5A propuesto por la OMS: Averiguar y registrar, Aconsejar, Apreciar disposición al cambio, Ayudar a dejar de fumar y Acordar seguimiento posterior en la UAF ambulatoriamente, tras el alta, para aumentar las posibilidades de éxito.

Resultados

En 2017, mediante el circuito de interconsulta realizada de forma esporádica por el médico responsable del paciente, se realizaron 42 intervenciones desde la UAF. Desde el 2º semestre de 2018 se incorpora la EREP. En 2018 se contabilizan 161 visitas a pacientes fumadores hospitalizados, aceptando intervención breve 141 (87,57%).

Conclusiones

El diagnóstico y tratamiento del tabaquismo se incluye de forma protocolizada en la organización. La notificación activa y la incorporación de la EREP aumenta de forma exponencial el nº de pacientes intervenidos, favoreciendo la aplicación de acciones personalizadas integrando a su vez una cultura de promoción del abandono del hábito tabáquico en el centro.

ESCUELA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA FAMILIARES: IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS.

AUTORES

Aida Fernández Ferreira¹; J Priego Sanz²; D Mosquera Rodríguez³; C Carbajales Pérez⁴; G Lago Preciado⁵; G Wisniowski Cruz⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Alvaro Cunqueiro¹; Complejo Hospitalario Universitario de Ourense²; Hospital Alvaro Cunqueiro³; Hospital Alvaro Cunqueiro⁴; Hospital Alvaro Cunqueiro⁵; Hospital Alvaro Cunqueiro⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La falta de conocimiento produce miedo e inseguridad. Podemos aumentar el confort de los familiares de nuestros pacientes divulgando de las técnicas de Soporte Vital Básico (SVB), contribuyendo además a construir una sociedad más segura. La metodología de la escuela de RCP (reanimación cardiopulmonar) se apoya en la bibliografía actual donde se hace hincapié en estrategias que incrementen el porcentaje de RCP y uso de DEA por testigos.

Objetivos

Describir la implantación y resultados del proyecto multicéntrico Escuela de RCP para Familiares, en la UCI del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, tras un año de funcionamiento.

Material y métodos

Estudio descriptivo donde los resultados se expresan como medias para las variables continuas y porcentajes para las variables categóricas.

Resultados

Desde mayo de 2018 se inició una implantación progresiva del proyecto por fases, empezando inicialmente formando solo a los familiares de pacientes de UCI, abriendo la oferta de forma progresiva hasta la actualidad donde se realiza 1 taller cada 15 días que se oferta a todos los familiares de pacientes del centro. La asistencia al taller es completamente voluntaria y la difusión es pasiva, favoreciendo la autorregulación de las familias. La formación es llevada a cabo por parte de los médicos de Servicio de Medicina Intensiva con amplia experiencia en formación en RCP. Es un taller teórico-práctico divulgativo de SVB y DEA de 40 minutos de duración. Además los participantes realizan dos encuestas: una previa donde se recogen datos demográficos y de formación y otra 6 meses después como control de calidad y evaluación de la curva del olvido.

En este periodo se formaron 94 personas: 60% mujeres, edad 44,74 (13,1). El 77,7% no tenían formación previa en SVB. El 70% tendrían miedo a emplear estas maniobras y el 100% creen que esta iniciativa es útil.

De las 46 encuestas realizadas 6 meses después, la calificación del taller fue 9,3 (0,94), sobre 10. El 97,8% sabría reconocer una parada cardiorrespiratoria (PCR) y el 71,7% ordena correctamente la secuencia de actuación inicial en la PCR. El 95,7% se sienten más seguros desde la formación y 3 participantes pusieron ya en practica los conocimientos adquiridos. El 100% volvería al taller y lo recomendaría.

Conclusiones

El proyecto escuela de familiares es una forma de contribuir a la humanización de los Cuidados Intensivos y a la formación de la población en RCP.

Identificamos un importante déficit en nuestra población de formación previa en RCP.

La valoración del taller es sobresaliente y el grado de olvido es variable. Deberíamos considerar la posibilidad de implementar nuevas estrategias para aumentar la retención (refuerzo con reglas mnemotécnicas y/o reciclajes).

RECLAMACIONES EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CUAP): ¿CUÁL ES LA TENDENCIA? ACTUACIONES PARA UNA MEJORA

AUTORES

CAROLINA CRESPO PALAU¹; M MARTÍN QUÍLEZ²; J ABELLÁ MAÑÉ³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Dr. GIMBERNAT. CAMBRILS¹; Hospital Dr. GIMBERNAT. CAMBRILS²; Hospital Dr. GIMBERNAT. CAMBRILS³.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

Nuestro CUAP se inauguró en Diciembre 2008 para mejorar la asistencia urgente de nuestro área de cobertura sanitaria, cambiando un espacio para 3 camillas a 12 boxes, ampliando la dotación de personal sanitario y creando puestos de personal no sanitario. Dispone de radiología simple, química seca y permite permanecer en el servicio sin conflicto de espacio hasta estabilización o mejoría del paciente. El 85% de nuestra complejidad asistencial es patología de Triage 4 y 5 del sistema MAT y un 15% agrupa las patologías de niveles 1-2-3. A pesar de estas mejoras, existen reclamaciones.

Objetivos

Cuantificar las reclamaciones

Analizar sus motivos

Evaluar la tendencia y proponer pautas de mejora

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo a través de programa Excel donde se recogen los motivos de las reclamaciones desde Enero 2009 a Mayo 2019, en categorías de: Asistenciales, Organizativos/Trámites, Información, Hotelaría/Confort, Trato personal. También consta el tiempo de respuesta a la reclamación, cuyo gold standard es < de 15 días.

Resultados

Desde Enero 2009 hasta Mayo 2019, se han recogido 347 reclamaciones, con una tasa anual en 2009 de 0,66/1000 visitas hasta 0,78/1000 en 2018. La tasa de 0,37/1000 en 2013 es la menor del periodo. Los primeros 5 meses de 2019 es de 0,59.

Los motivos organizativos/trámites son los más frecuentes (61,67%), y presentan un crecimiento mantenido desde 2014. El tiempo de espera es la queja más repetida con un 58,99% del registro categorizado desde el 2014. El 19,46% del trato, es a expensas de los 4 primeros años de funcionamiento; la tendencia es descendente: ni en 2018 ni en 2019 se ha registrado. Los motivos asistenciales, con un 16,76%, se han incrementado en los dos últimos años, cuadruplicándose con respecto a los años previos.

El tiempo medio de respuesta a las reclamaciones ha sido de 31,87 días.

Conclusiones

Nuestra tasa de reclamaciones es inferior a las publicadas de los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

La reclamación por el trato tiene una tendencia descendente, desapareciendo en los 2 últimos años.

El tiempo de espera es la reclamación más frecuente.

La insatisfacción asistencial se ha cuadruplicado en los 2 últimos años

El tiempo de respuesta a las reclamaciones es superior al gold standard.

Discusión

La información de qué es y para qué sirve un Servicio de Urgencias en la pantalla de la sala de espera, se ha implementado hace 2 meses, para mejorar la asistencia, ser más eficientes con las visitas realmente urgentes y reducir la tasa de reclamaciones por tiempo de espera. En 2019 la tendencia es descendente.

Las mayores expectativas, demanda de pruebas complementarias, la influencia de las redes sociales e internet, explicarían el incremento de las reclamaciones relacionadas con la insatisfacción asistencial.

Ampliar el tiempo de coordinación reduciendo el asistencial del responsable del servicio, sería una herramienta a considerar para la mejora del tiempo de respuesta a las reclamaciones.

CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO: UNA HERRAMIENTA PARA UNA MEJOR ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES

Gonzalo Díaz Tapia¹; V Vallejo Pavón²; A Sánchez Barrueco³; J Santillán Coello⁴; F González Galán⁵; F Ahumada Alarcón⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital General de Villalba.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

Los tumores de cabeza y cuello representan un 5% de todos los tumores, con una incidencia de 20 casos por 100.000 habitantes. Por su localización y tratamiento puede conllevar alto riesgo de desnutrición, así como cirugías mutilantes que afecten a la estabilidad emocional del paciente.

Objetivos

Detectar tempranamente alteraciones nutricionales y psicosociales asociadas a la enfermedad oncológica, que puedan condicionar el pronóstico del paciente.

Material y métodos

Se identifican en conjunto con los servicios de Endocrinología y Nutrición, y de Psiquiatría, los métodos para el cribado de la desnutrición, ansiedad o depresión, para realizar un diagnóstico y tratamientos tempranos

Resultados

Se analizan los pacientes valorados en la consulta de enfermería, estudiando cambios en su calidad de vida, detección de desnutrición activa o riesgo de desnutrición, así como alteraciones del ánimo. Se deriva a los pacientes de manera precoz a las especialidades correspondientes para el manejo de las patologías asociadas a su enfermedad oncológica.

Conclusiones

La consulta de enfermería oncológica permite un seguimiento más estrecho del paciente y una mejor detección de los riesgos asociados a su enfermedad

ABORDAJE DE SITUACIONES HOSTILES CON EL MEDIOAMBIENTE EN RADIOLOGÍA GENERAL EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES

JOSÉ MANUEL GRANDE ANDUEZA¹; T DOMINGUEZ MARTINEZ²; E LOZANO LOZANO³; R ORTEGA HERNANDEZ⁴; PL SUAREZ SANCHEZ⁵; M ALMAZÁN DEL POZO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria está integrada por 266 centros de salud, 163 consultorios locales y un centro Adscrito. Es el resultado de la integración en 2010 de once áreas sanitarias, con casuísticas diferentes en muchos ámbitos. En esta línea, alguna de las antiguas gerencias disponía de acuerdos específicos y/o extraordinarios con su hospital de referencia en cuanto a la titularidad de equipos de Radiología General.

En este sentido, como gestores, es nuestra responsabilidad trabajar en la línea de homogeneizar y corregir aquellas situaciones que sean ineficientes y mejorables tanto a nivel administrativo como de sostenibilidad. Solo, por el impacto que a nivel medioambiental tienen estos equipos, merecen un especial seguimiento.

Objetivos

- Garantizar el cumplimiento de la normativa sobre instalaciones de radiodiagnóstico.
- Conseguir la adscripción adecuada de la titularidad del responsable de la instalación.
- Asegurar un nivel apropiado de protección a las personas y al medio ambiente haciendo un uso eficiente y adecuado de un inmovilizado material (equipos de RX general) susceptible de emisiones de radiación ionizante o materiales radiactivos.
- Homogeneizar la gestión del tratamiento desigual heredado de las antiguas áreas de estos equipos.

Material y métodos

Para ello, se ha procedido a recoger y analizar la casuística de las instalaciones de radiología general con el fin de identificar situaciones inadecuadas; En este contexto, se ha detectado la existencia de un equipo de RX general cuya titularidad legal en el registro IRCAM (Registro de Instalaciones Industriales), estaba a nombre de la Gerente Asistencial AP, y cuyo mantenimiento, número de inventario, consumo de material fungible y estudios radiológicos son realizados desde y para la Gerencia de Especializada.

Además hay un equipo ubicado en un Centro de Salud de GAAP, que NUNCA ha sido utilizado desde su fecha de entrega en 2009 y del que no existe registro en Industria.

Una vez identificadas estas situaciones susceptibles de intervención, se ha impulsado la resolución de las mismas coordinando de forma efectiva los diferentes agentes implicados; Hospitales, Industria, Anillo Radiológico, Centros de Salud implicados...

Resultados

Se ha conseguido el cambio de titularidad del equipo que se requería.

Ha sido trasladado el equipo de RX general que estaba en desuso.

Conclusiones

Se hace necesario realizar un esfuerzo de armonización de la gestión en todos los ámbitos cuando se produce una fusión/ integración de organizaciones (antiguas áreas). Al tratarse de instalaciones sensibles, hay que ser especialmente cuidadosos con su tratamiento.

Esta buena práctica, es exportable a otras situaciones excepcionales/ indebidas que se dan a menudo en nuestros centros, y ha requerido un esfuerzo y determinación importante, así como perseverancia y empeño por conseguir el objetivo.

BIBLIOTERAPIA PARA UNA SALUD INTEGRAL

AUTORES

ENCARNACION FERNANDEZ FERNANDEZ¹; c FERNANDEZ FERNANDEZ²; I ALVAREZ CANO³; G REGUERAS DE LORENZO⁴;
E ALONSO GARCIA⁵; P DIAZ MADERA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

AREA SANITARIA 3¹; BIBLIOTECA²; AREA SANITARIA 3³; AREA SANITARIA 3⁴; AREA SANITARIA 3⁵; AREA SANITARIA 3⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

El Observatorio de la Salud de Asturias nos dice que el 27,8% de la población recibe tratamiento farmacológico por ansiedad. Leer aumenta la capacidad de concentración, y si se convierte en un hábito, puede evitar la pérdida de las funciones cognitivas asociadas a la edad. Tener acceso a los libros recomendados puede ayudar a pacientes a entender los problemas de salud, así como a mejorar su bienestar. Ante estos datos y la percepción de que la población del municipio no percibe la lectura como una actividad que pueda aportar beneficios a su salud, se decide poner en marcha el proyecto de Biblioterapia entendido como el uso de la lectura con un objetivo terapéutico.

Objetivos

Fomentar la lectura como un hábito de salud integral y como un ejercicio para el cerebro.

Prescribir receta de lectura a la población infantil, de 0 a 14 años, para fomentar la lectura en familia y a los adultos, mayores de 55 años, para ayudarles a gestionar las consecuencias psicológicas derivadas de sus problemas de salud.

Material y métodos

Se realizaron reuniones de los profesionales de la salud (Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería) con los profesionales de las Bibliotecas Públicas de la zona básica, donde se planificaron las actividades y la creación de documentos necesarios para iniciar el proyecto. Se elaboró en OMI una "receta de lectura" para prescripción en las consultas de pediatría y de adultos. También se facilitaron "cartillas de lectura" en las que los usuarios puedan realizar anotaciones como: Títulos de los libros que ha leído, sus opiniones personales y anotaciones sobre los textos. Para facilitar la prescripción, se elaboró un listado de libros, de los disponibles en las Bibliotecas, clasificados por edades y categorías acordes a las necesidades y preferencias de los usuarios. En la selección de libros infantiles, se han elegido preferentemente lecturas relacionadas con: refuerzo positivo, autoestima, gestión de las emociones, acoso escolar, etc. En el caso de las personas adultas, la elección se orientó hacia literatura de fácil lectura, relacionada con gestión de la ansiedad, desarrollo de la empatía, mejora de la autoestima, refuerzo del pensamiento positivo, manejo del duelo, gestión de las emociones, etc.

Resultados

Es una iniciativa en fase de desarrollo en la que participan profesionales de diferentes ámbitos, con un objetivo común: la lectura como nuevo activo para la salud y la utilización de la biblioteca como lugar de encuentro. Se monitorizarán los resultados asociados a: recetas de lectura expedidas, usuarios nuevos en la Biblioteca Públicas, número de libros prestados en comparación con el mismo periodo del año anterior (mayo a octubre de 2019), encuestas de satisfacción participantes por grupo etario.

Conclusiones

Una vez analizados los resultados de los anteriores indicadores, se evaluará el programa y se realizarán las propuestas de mejora necesarias, al objeto de promover su incorporación a la cartera de servicios del Área y del Servicio de Salud.

ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

Arantza Zurutuza López¹; JR Aguinaga Badiola²; A Aguillo García³; I Agote Vela⁴; MP Carmona Oyaga⁵; N Mauleón Echeverría⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Donostia.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el consumo de productos farmacéuticos en un Servicio clínico, desde el 2015 se está registrando en una base de datos, de forma detallada mensualmente, el consumo de todos los productos, con el coste económico que ello supone. El análisis de esta base de datos permite determinar entre otras, el consumo de antibióticos y valorar si se ajusta a lo indicado en la Política de antibióticos del Hospital, intentando minimizar la utilización de antimicrobianos en general y procurando utilizar los de espectro más reducido para no seleccionar microorganismos multirresistentes, según lo publicado en la Guía de tratamiento empírico de enfermedades infecciosas de nuestro hospital.

Objetivos

Analizar el consumo detallado de antibióticos (unidades e importe) en el servicio de urgencias generales (SUG) de un hospital terciario

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo del consumo de antibióticos desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2018 en el SUG de un hospital terciario. Fuente: programa de gestión SAP.

Se ha realizado un desglose de antibióticos por código ATC y analizado el consumo e importe en unidades de manera mensual.

Resultados

Los antibióticos más consumidos tanto a nivel mensual como anual han sido los pertenecientes a los grupos ATC J01C3-Penicilinas de amplio espectro (31%), J01D3-Cefalosporinas de 3ª generación (45%) y J03B2-Quinolonas (15%).

Los picos de consumo de estos tres grupos han correspondido a los meses de diciembre a marzo.

Los antibióticos menos consumidos han sido los pertenecientes a los grupos ATC J01F3-Oxazolidinonas, J01J3-Otros antibióticos solos, J01A-Tetraciclinas, J01J1-Otros antibióticos. No hay una distribución mensual del consumo de estos fármacos.

El consumo de antibióticos ha supuesto el 5,2% del gasto farmacéutico en el SUG.

Los 3 grupos de antibióticos más consumidos han supuesto el 28,9% (J01C3), 21,4% (J01D3) y 9,1% (J03B2) del gasto antibiótico del SUG

Conclusiones

El registro mensual del consumo de productos farmacéuticos permite analizar las tendencias de consumo del servicio y conocer el coste económico que supone.

El consumo de antibióticos en el SUG muestra que se emplean los antibióticos de bajo espectro, reservándose los de mayor espectro para casos puntuales, lo cual se ajusta a la política antibiótica del hospital.

SATISFACCIÓN, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE NUESTROS GRUPOS DE INTERÉS

AUTORES

Alberto Vegas Miguel¹; C Albaladejo Blanco²; MP Rodriguez Jáñez³; A Hernández Sánchez⁴; E Peláez Pérez⁵; T Jiménez López⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Río Hortega. Área de Salud Valladolid Oeste.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

Hoy en día es prioritario para cualquier organización establecer una adecuada relación con sus grupos de interés tratando de dar respuesta a sus necesidades y expectativas.

Objetivos

Conocer el grado de satisfacción así como las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés externos.

Material y métodos

Elaboramos un cuestionario sencillo compuesto por 13 preguntas. Dicho cuestionario lo remitimos en formato electrónico, junto con una carta explicativa del Director Gerente, a nuestros grupos de interés externos: proveedores (material, farmacia, alimentos,...), colegios profesionales, sindicatos, universidades, asociaciones de enfermos, asociaciones deportivas y de vecinos, empresas subcontratadas, otras organizaciones sanitarias, etc.

Resultados

El grado de satisfacción global con nuestra organización fue (sobre 10) de 8,32 puntos (DS: 1,74). En relación con la imagen que tienen de nuestra organización la puntuación media fue 8,08 puntos (DS: 1,83). Las necesidades son variables en función de cada organización pero van desde la cesión de espacios, mayor rapidez en la respuesta que les proporcionamos, atención multidisciplinar, mejor comunicación... hasta, continuar en la misma línea de colaboración. En el 71% sus expectativas se han cumplido totalmente en anteriores relaciones con nuestra organización. El 60% había usado la página web para informarse sobre nosotros, de ellos el 57% consideraba que la información era suficiente, un 11% consideraba que solo parcialmente y un 3,57% que la información era insuficiente. La tasa de respuesta del cuestionario fue del 28%.

Conclusiones

Buena imagen y satisfacción global de nuestra organización para nuestros grupos de interés. Utilidad de las respuestas cualitativas para establecer mejoras concretas y personalizadas. Acciones de mejora: actualización de la página web y mayor agilidad en resolver los problemas que surjan. Baja tasa de participación: es necesario explorar otras vías de comunicación.

CÓMO CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LAS PERSONAS Y EMPRESA SALUDABLE MEDIANTE ESTRATEGIAS FORMATIVAS

AUTORES

ESTHER OLAETXEA URIZAR¹; M ARRIZABALAGA KALTZAKORTA²; A BILBAO MAIZA³; I URIZAR PEREZ⁴; A LUIS ELORDUY⁵; I GALINDEZ ALBERDI⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDE ENKARTERRI CRUCES (OSI EEC).

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

Una empresa saludable se caracteriza porque las personas de la organización colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo. El despliegue se realiza en cuatro ejes: la salud y la seguridad ligadas al ambiente físico de trabajo, al medio psicosocial, a los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo y a las formas de promover la salud en la comunidad, siendo fundamental en todas ellas poner el foco en las personas para mejorar los resultados.

Objetivos

Definir estrategias formativas que aporten a las personas herramientas para mejorar su resiliencia y progresar en el desarrollo del proyecto de empresa saludable.

Material y métodos

El año 2019 se diseña un programa formativo con 2 niveles de actuación, en función del perfil de los profesionales. Para los líderes y mandos, se define un itinerario que integra formación de acogida para nuevos líderes con actividades de desarrollo de competencias en las áreas de manejo de conflictos, gestión emocional y gestión del estrés. Estas actividades se desarrollan en formato blended learning, evaluando satisfacción, utilidad práctica e impacto en el puesto de trabajo. Además se realiza a los 3 meses una evaluación específica de la transferencia. Para todos los profesionales se diseñan talleres centrados en las claves para la gestión del estrés y gestión emocional en la práctica diaria. El sistema de evaluación es similar al descrito para los líderes, con la excepción de que en este taller es de menor duración y se realiza totalmente en formato presencial.

Resultados

Las encuestas de satisfacción muestran una alta valoración: las formaciones dirigidas a líderes con puntuación global de 8,81/10, 9/10 en la dimensión "influencia positiva práctica diaria" y 8,14/10 en "aplicación puesto de trabajo"; las 6 ediciones para los profesionales 8,75/10 de puntuación global, 8,63/10 influencia positiva práctica diaria y 8,51/10 aplicación puesto. Los líderes a nivel cualitativo valoran la implicación y la cercanía de la Dirección, sentirse cuidados por la Organización, y la posibilidad de interactuar y compartir en grupo con otros líderes de otras áreas. Los profesionales recomiendan la formación para todos, señalan que la formación posibilita la toma de comprensión y toma de conciencia de nuestras emociones y estrés, y aporta pequeñas claves prácticas para empezar a utilizar de forma fácil.

Conclusiones

La implantación a 2 niveles del programa formativo facilita beneficios tanto para la organización como para las personas. Fomenta que los líderes sean impulsores de una cultura saludable mediante la implantación de acciones de mejora y motivando a sus profesionales a participar en estrategias de bienestar laboral; y que los propios profesionales participen activamente en la mejora de su salud mediante la puesta en práctica e interiorización de pequeños hábitos en su día a día, lo que repercute en la mejora del medio psicosocial de la organización.

¿UTILIZAMOS BIEN NUESTROS RECURSOS?

AUTORES

Paloma Rius Fortea¹; N Llamas Sandino²; A Esteban Gallego³; S Hernández Merchán⁴; V Arroyo del Moral⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Centro de Salud Valdezarza-Sur¹; Centro de Salud Valdezarza-Sur²; Servicios Centrales Sermas³; Centro de Salud Valdezarza-Sur⁴; Centro de Salud Valdezarza-Sur⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Responsabilidad social y sanitaria

RESUMEN

Justificación

Al cierre del Contrato Programado Centro (CPC) teníamos en nuestro centro una desviación en el gasto de tiras de glucemia por encima de lo pactado por ello nos planteamos si estábamos haciendo un adecuado uso de los recursos disponibles para el control de nuestros pacientes diabéticos ya que la DM es una enfermedad muy prevalente.

Objetivos

- 1.- Objetivo general: Adecuar el uso de tiras reactivas al tipo de DM y al tipo de tratamiento (indicador de sobreutilización de tiras)
- 2.- Objetivos secundarios: disminuir el gasto de tiras reactivas y adecuarlo al pactado en el Contrato Programa (indicador de gasto del Capítulo II del CPC)

Material y métodos

- Identificación del problema mediante tormenta de ideas en reunión de la Comisión de Calidad del centro y posterior realización de una matriz de priorización con las oportunidades de mejora detectadas.
- Análisis de causas mediante Diagrama de causa-efecto de Ishikawa.
- o Planificación acciones de mejora sobre las causas detectadas previamente.
- Diagrama de Gant para la implantación de las acciones de mejora.
- Evaluaciones anuales de resultados con monitorización trimestrales durante el primer año y posteriormente semestrales
- Aplicaciones informáticas específicas: exploración de datos de e-soap, consulta-web y solicitud de algunos datos que no podíamos obtener nosotros, a la Unidad de Apoyo Técnico.
- El grupo de mejora: Comisión de Calidad del Centro formada por tres médicos, dos enfermeras y un auxiliar administrativo (constitución, integrantes, grupos asociados, periodicidad, reuniones).

Resultados

- 1., Al finalizar el primer año hemos conseguido disminuir el indicador de sobreutilización de tiras de glucemias, estando pendiente realizar el análisis del segundo año.
- 2.- También hemos conseguido disminuir el gasto en consumo de tiras en el primer año estando también pendiente de analizar los resultados del segundo año.

Conclusiones

El uso de tiras reactivas de glucemia para el AGC debe ser el adecuado al tipo de diabetes y de tratamiento recibido por el paciente, así está indicado todos los diabéticos tipo 1 y en aquellos diabéticos tipo 2 en tratamiento con insulina o fármacos secretagogos o en algunas situaciones especiales. En el Centro de Salud Valdezarza-Sur, al cierre del CPC se observó una desviación del gasto tanto en capítulo II (indicador 9.03.02) como en sobreutilización de tiras (indicador 9.06.13, motivo por el que la Comisión de Calidad del centro decidió realizar un análisis del problema y poner en marcha un proyecto de mejora a lo largo del siguiente año para cumplir con los objetivos pactados en el CPC

EVALUACIÓN DE HOJA DE INFORMACIÓN AL SUJETO EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR UN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

AUTORES

MARÍA DULCE UGALDE DÍEZ¹; MC GONZÁLEZ GUEVARA²; MP GOYACHE GOÑI³; MM PILAS PÉREZ⁴; MP FERNÁNDEZ CRUZ⁵; SE VALDEY ACOSTA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Ética en la atención

RESUMEN

Justificación

Un investigador tiene obligación ética y legal de informar al sujeto al que ofrece participar en un proyecto de investigación (PI), respondiendo sus dudas y asegurando que ha comprendido los procedimientos del mismo. Esta información debe recogerse en la denominada Hoja de Información y Consentimiento Informado para Investigación (HIPCI) y deberá ser firmado por el investigador y el sujeto de manera presencial. Toda HIPCI debe ser evaluada por un Comité Ético de Investigación Clínica con Medicamentos (CEIm), que verificará la calidad de la información aportada y su comprensibilidad

Objetivos

Analizar si las HIPCI reflejan fielmente los procedimientos contenidos en el PI y si es comprensible.

Cuantificar el número de PI en los que se ha solicitado aclaraciones y el motivo.

Cuantificar el número de PI que solicitan exención de HIPCI y el motivo

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de las HIPCI correspondientes a PI evaluados por un CEIm en el año 2018 e incluidas en la base de datos del mismo. Se analizó el contenido, concordancia con los procedimientos del estudio, calidad de la información de la HIPCI y su comprensibilidad

Resultados

- El CEIm evaluó 173 PI. De éstos 76 (44%) fueron aprobados en primera evaluación, 1 (0,6%) fue rechazado, a 87 (50%) se les solicitaron aclaraciones y 9 (5 %) no pudieron ser evaluados por falta de documentación o dudas sobre el tipo de estudio.
- De los 87 PI con solicitud de aclaraciones, 10 (11%) solicitaron exención de HIPCI (estudios retrospectivos y datos anonimizados o disociados).
- De los 77 PI con HIPCI:
 - Se consideró correcta en 3 (4%)
 - Se solicitó HIPCI en 13 (17%) por considerarse necesaria y no estar incluida y en 9 (12%) se solicitó para controles sanos.
- De los 61 PI con HIPCI a los que se solicitó aclaraciones las causas fueron:
 - Dudas sobre quién explica la HIP y obtiene el CI: 10 (16%)
 - Objetivos confusos: 18 (29%)
 - Información incompleta sobre muestras biológicas: 29 (48%)
 - Metodología/procedimientos confusos o no descritos: 37 (61%)
 - Problemas de falta de confidencialidad: 29 (47%)
 - No especifican contactos telefónicos para seguimiento del sujeto 6 (10%) o para dudas 5 (8%)
 - Balance Beneficio/riesgo no ponderado: 20 (33%)
 - No se refleja la voluntariedad/renuncia en cualquier momento: 12 (20%)
 - No claro firmas en consentimiento en menores, representante legal 16 (26%)

Conclusiones

En la mitad de los PI con HIPCI se han solicitado aclaraciones.

La mayoría de las aclaraciones pedidas fueron por falta de información sobre procedimientos (no queda claro qué le implica al sujeto su participación en la investigación respecto a la práctica clínica habitual), pero también sobre cuestiones de máxima importancia como es la

confidencialidad de los datos, uso de muestras biológicas del sujeto y balance beneficio/riesgo.
Sería necesario difundir un modelo de HIPCI para PI entre los investigadores indicando los contenidos necesarios para que la HIPCI diese una información de calidad en el momento de presentación para su evaluación

LOS MÉDICOS DE FAMILIA COMPROMETIDOS CON EL GASTO FARMACÉUTICO: PERO... ¡NUNCA CAMINAREMOS SOLOS!

AUTORES

BELÉN PRIETO CARROCERA¹; M MARTÍNEZ ALFONSO²; N IZQUIERDO GARCÍA³; O GUTIERREZ GARCÍA⁴; R DIOS DEL VALLE⁵.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ÁREA IV.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Ética en la atención

RESUMEN

Justificación

En 2017 España tenía el mayor gasto farmacéutico de los últimos 6 años, 11.170 millones de euros. El tercero más alto en una década, y un 2,6% superior al del 2016. España es uno de los países desarrollados en los que el gasto farmacéutico tiene un mayor peso en el gasto sanitario. El control del gasto farmacéutico buscando una mayor eficiencia del sistema es imprescindible para la mejora del mismo, orientando los recursos a las necesidades relevantes de los ciudadanos. Las políticas de contención del gasto farmacéutico se deben entender como un proceso y NO como una operación puntual. La figura del farmacéutico de atención primaria como profesional clave en el asesoramiento de los médicos prescriptores es clave.

Objetivos

Sensibilizar a los mayores prescriptores del área y mejorar su perfil de prescripción.

Material y métodos

Desarrollo: Se prioriza la intervención sobre los profesionales con mayor gasto ajustado en la prescripción, entendiendo que tienen un área de mejora importante. El Servicio de Farmacia de AP: 1. Elabora informes personalizados con los indicadores cuantitativos y cualitativos con comentarios específicos sobre su perfil de prescripción. 2. Envían informes colectivos sobre los indicadores de prescripción de cada equipo a los coordinadores. 3. Establecemos compromisos de objetivos sobre prescripción con los equipos. 4. Realizan sesiones formativas en los equipos sobre uso racional del medicamento. Evaluación: Se comparan los resultados de los 20 mayores prescriptores del área en 2017 (datos acumulados a diciembre) y tras la intervención en 2018.

Resultados

De los 20 mayores prescriptores del área en 2017, y tras un año de intervención (diciembre 2018), 3 se jubilaron. De los 17 restantes, 12 mejoraron su gasto ajustado (70,59%), 1 se mantuvo igual (23,53%) y 4 empeoraron (5,88%). De los 17 salen del top 20, 5 de ellos (29,41%). El 75% de los indicadores cualitativos de prescripción del área (6/8) mejoraron en 2018; y el 100% de los cuantitativos.

Conclusiones

Los resultados han sido positivos. Los profesionales desean hacer bien su trabajo, y si los implicamos en la mejora conseguimos buenos resultados. El apoyo de los farmacéuticos a los profesionales prescriptores es clave; pero, un apoyo desde el compromiso conjunto y no desde la fiscalización. Desarrollar un sistema de información personalizado que permita un feedback del balance/objetivos de cada profesional es imprescindible. Las estrategias de mejora en este campo deben ser coherentes y alcanzar toda la organización. Establecer objetivos a los equipos, enviar informes a los coordinadores de los mismos... junto con la intervención directa sobre los mayores prescriptores imprime consistencia a la intervención.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN MEDICINA INTENSIVA: A QUIÉN SE LIMITA Y POR QUÉ

AUTORES

JOSEFA FRANCISCA MURCIA PAYÁ¹; M GALINDO MARTÍNEZ²; A FERNÁNDEZ MARTÍNEZ³; LM TÁRRAGA GARCÍA⁴; J MOYA SÁNCHEZ⁵; G QUINTANILLA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Ética en la atención

RESUMEN

Justificación

Los servicios de medicina intensiva (SMI) se caracterizan por su dotación en alta tecnología de soporte vital y profesionales sanitarios altamente cualificados, sin embargo, en ellos la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) está plenamente acreditada y es considerada un estándar de calidad. Su finalidad es adecuar el nivel de tratamiento a la situación clínica y pronóstico del paciente, por lo que su indicación es justa y necesaria tanto desde el aspecto médico como humano.

Objetivos

Conocer las características de los pacientes del SMI sobre los que se indica LTSV, las circunstancias que rodean dicha indicación y la evolución de dichos pacientes.

Material y métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo sobre los pacientes que, estando ingresados en el SMI durante los 3 primeros meses del año 2019, les fue indicada algún tipo de LTSV. Junto con las variables demográficas, sexo y edad, se recogieron el motivo de ingreso, la situación basal, la presencia de patología crónica y el riesgo de mortalidad predicho según la escala de clasificación APACHE II, tipo de LTSV, mortalidad en el SMI y mortalidad hospitalaria.

Resultados

Durante los meses de estudio se indicó LTSV en 29 pacientes (9.45% del total de pacientes ingresados), siendo el 62.1% de ellos hombres y presentando una edad media de 73.03 ± 8.85 años. El valor medio en la escala APACHE II fue de 25 ± 8 puntos; el 17.24% sufría algún tipo de enfermedad crónica según las definiciones del APACHE II, y el 44.83% era dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. La causa más frecuente de ingreso de estos pacientes fue la insuficiencia respiratoria aguda (34.48%), seguida por el deterioro neurológico (17.24%). Ningún paciente contaba con registro de instrucciones previas, pero uno de ellos había expresado a su familia su voluntad de no asociar medidas invasivas en caso de futilidad terapéutica, y dos pacientes expresaron ellos mismos ese mismo deseo. La indicación de LTSV se realizó el mismo día del ingreso en UCI en un 20.69% de los casos y en un 51.72% en la primera semana de estancia en el SMI. La no instauración de medidas invasivas, grupo III-B, con un 72.41%, fue el tipo de LTSV más frecuente.

El 55.17% de estos pacientes con LTSV fallecieron en el SMI y el 17.79% en planta. Sin embargo, un tercio de los pacientes que fueron dados de alta a domicilio, fallecieron en el siguiente ingreso hospitalario en menos de 1 mes.

Conclusiones

La indicación de LTSV en nuestro SMI se realiza bajo la sistemática definida en el protocolo desarrollado para tal fin, si bien siempre se respeta la voluntad del paciente; la incidencia de LTSV (9.45%) presentada en este estudio, podría parecer elevada, pero se justificaría por el alto riesgo de mortalidad estimado según APACHE II, la avanzada edad y la situación basal de dependencia que presentan los pacientes sobre la que se aplica.

PROTOCOLIZACIÓN DE LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL, UNA DECISIÓN TAN DIFÍCIL COMO NECESARIA

AUTORES

JOSEFA FRANCISCA MURCIA PAYÁ¹; MD RODRÍGUEZ MULERO²; S SÁEZ MIRAVETE³; FJ GIL SÁNCHEZ⁴; LE REQUENA MEANA⁵; JM ALLEGUE GALLEGO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Ética en la atención

RESUMEN

Justificación

La indicación de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) se fundamenta sobre criterios técnicos, pero debe respetar la voluntad del paciente, ser aceptada por consenso del equipo asistencial y compartida por los familiares y/o allegados, a los que se consulta, se informa y se acompaña durante todo el proceso.

Su objetivo es adecuar el nivel de tratamiento a la situación clínica y pronóstico del paciente, algo especialmente frecuente en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI).

Objetivos

Definir la sistemática en un SMI para la decisión de LTSV, la adecuación a sus requisitos y la gestión de esta indicación en los distintos escenarios clínicos posibles.

Material y métodos

En el proceso de implantación de un Sistema de Gestión de Calidad acorde con la norma ISO 9001:2015 en nuestro SMI, durante el año 2017 se elaboraron diversos procedimientos y protocolos para normalizar nuestra práctica clínica. Se elaboró un protocolo de LTSV y se inició la monitorización de este indicador de calidad.

Resultados

La indicación de LTSV en el SMI se inicia, por el médico responsable del paciente, con la valoración de su diagnóstico y pronóstico actuales, las opciones terapéuticas, el plan de cuidados con enfermería, la situación basal del paciente, su voluntad y/o registro de instrucciones previas. Posteriormente, presenta el caso al resto del equipo en sesión clínica. Si la LTSV no es aceptada por consenso, no se realiza y se continúa con el ingreso del paciente, pudiendo solicitar informe consultivo al Comité de Ética del hospital. Cuando la LTSV (total o parcial) es aceptada por el equipo asistencial, se comunica a la familia, siendo a veces necesario un tiempo de espera, en el que se mantiene el apoyo emocional y psicológico, para asimilar la situación. Instaurada la LTSV, se mantienen los cuidados destinados a proporcionar el máximo bienestar al paciente (sedoanalgesia, hidratación, higiene). Todo el proceso queda reflejado en la historia clínica del paciente.

Ante desacuerdo entre la familia y el equipo médico, existen unos requisitos en los que se admite solicitar una segunda opinión médica, y se puede consultar con el Comité de Ética si previamente no se ha pronunciado.

El cumplimiento inicial de este indicador en el año 2017 fue de un 77.78% mejorando hasta un 100% a finales del año 2018.

Conclusiones

La protocolización de la LTSV facilita la homogenización y transparencia en la toma de decisiones durante este proceso, exige el cumplimiento de sus requisitos y evita improvisaciones y controversias.

En las ocasiones en las que existe discrepancia en la decisión de LTSV entre médico y familia, suele ser suficiente mantener el apoyo emocional y psicológico mientras el tiempo ayuda a asimilar y aceptar la LTSV.

ALFABETIZACIÓN EN SALUD: UNA HERRAMIENTA PARA CONTRIBUIR A UNA ATENCIÓN MÁS RESPETUOSA CON LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

AUTORES

Laura Garcia Gimeno¹; M Ballester Roca²; R Muñoz Moreno³; A Pocino Campayo⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Germans Trias⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Ética en la atención

RESUMEN

Justificación

El consentimiento informado (CI) es:

- Requisito ético recogido en la Carta de derechos y deberes de los pacientes
- Requisito legal descrito en la Ley 21-2000 y en la Ley 41-2002 Autonomía del paciente.
- Requisito del modelo de acreditación de hospitales de agudos del Departamento de Salud.

Es una herramienta básica para la autonomía del paciente que permite, si lo comprende, decidir sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos conociendo los riesgos, las consecuencias y alternativas.

La legibilidad documental es el conjunto de características tipográficas y lingüísticas del texto escrito que permiten leerlo y comprenderlo con facilidad. Facilita el entendimiento de los procedimientos médicos a los pacientes.

Objetivos

1. Revisión y actualización del mayor número de documentos de consentimiento informado (DCI), para todos los procedimientos de riesgo que se practican en el hospital, transformando el vocabulario técnico a uno más comprensible para los pacientes en el mayor número de especialidades.
2. Disponer de estos DCI digitalizados para facilitar la labor de los profesionales.

Material y métodos

Se desarrolla en un hospital universitario de 3r nivel desde abril de 2018 hasta mayo de 2019 desde la Dirección de Calidad.

La secretaria técnica de la dirección de calidad es la encargada de editar los DCI junto con los profesionales implicados.

Fase 1: Diseñar el modelo de DCI

Un grupo de expertos diseña los contenidos según la normativa vigente, haciendo especial énfasis en las consecuencias o las alternativas de la actuación propuesta.

El formato es aprobado por el Comité de Ética Asistencial y se estructura en dos partes (primera versión):

- Hoja informativa (para el paciente).
- DCI (firmado por el paciente e incorporado a la HCE).

Fase 2: Transformar el vocabulario técnico en otro más comprensible para el paciente

Se diseñan DCI específicos para las diferentes prestaciones, que se imprimen al generar la orden clínica. En ellos se describen, mediante técnicas de legibilidad documental, los riesgos genéricos del procedimiento.

Se trabaja el vocabulario más técnico, buscando formas adaptadas al nivel sociocultural de la población de referencia del hospital. Se consensua el texto con el profesional (segunda versión).

Fase 3: Hacer difusión de los DCI entre los profesionales

Aprobada la segunda versión, se comunica al jefe de servicio para su difusión entre los profesionales.

El DCI se imprime cuando el médico genera la orden clínica, con los datos de médico y paciente.

Resultados

- Se han revisado 109 DCI, de los cuales 66 (60,55%) están digitalizados.
- Se han trabajado 20 (43,47%) de las 46 especialidades del hospital.

La respuesta de los profesionales es muy positiva, permite facilitar la labor informativa a los pacientes.

Conclusiones

El diseño de los DCI con la metodología de legibilidad documental tiene un valor añadido para los pacientes y los profesionales y contribuye al ejercicio del derecho básico de autonomía de los pacientes.

IMPLANTACIÓN DE UNIDADES DE REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES

MONTSERRAT HERNÁNDEZ PASCUAL¹; J CÁRDENAS VALLADOLID²; P HERRERA MUNICIO³; B ESCRIVÁ DE ROMANÍ DE GREGORIO⁴; A DE LUIS MORÁN⁵; AB RODRÍGUEZ MADUEÑO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ADJUNTA DE PROCESOS ASISTENCIALES.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Ética en la atención

RESUMEN

Justificación

Tras la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, que regula el documento de Instrucciones Previas (IIPP) y la Ley 4/2017 de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, en la Comunidad de Madrid (CM) se requería la revisión del procedimiento existente y su adaptación a la nueva normativa para facilitar a los ciudadanos de forma anticipada el poder otorgar y registrar sus IIPP como garante de su voluntad sobre el cuidado y tratamiento de su salud o el destino de su cuerpo, para que fuesen de cumplimiento si no pudiesen expresarlas personalmente.

Objetivos

Implantar un procedimiento eficiente para el registro de IIPP en centros de Atención Primaria de la CM.
Evaluar los resultados del registro de IIPP en estos centros.

Material y métodos

Se constituyó un grupo multidisciplinar que aplicó metodología de mejora continua (PDCA), análisis causa-raíz para valorar el alcance del cambio normativo y su impacto en los Centros de Salud (CS). Se estableció un Plan de Acción que incluyó: definición de criterios de selección de CS sede que agrupasen la actividad, formación en tramitación y registro de IIPP a los responsables de las Unidades de Atención al Paciente y Atención al Usuario (UAU) de los 78 CS y consultorios locales (CL) elegidos, y formación en IIPP al personal sanitario.

Se habilitó el acceso telemático de los profesionales al Registro de IIPP que permite al médico obtener inmediatamente el documento registrado (garantía de aplicabilidad).

Se definieron indicadores de actividad mensual como seguimiento de la implantación y evaluación de mejoras.

Implantación en octubre de 2017 con agendas específicas de registro de IIPP, compartidas con los centros de referencia, garantizando la accesibilidad de toda la población.

Resultados

Los 78 centros habilitados se hallan en 41 localidades de las 7 Direcciones Asistenciales (DA) de la CM.

Los meses medidos de 2017 arrojaron actividad en 63 centros (80.7%), en 10 CS y 5 CL no hubo actividad en IIPP. Se hizo un total de 677 consultas, media de 225 citas/mes.

En 2018 hubo actividad en el 93% de los centros, con 3360 citas totales, media de 280 citas/mes y un incremento del 24% respecto a 2017. Sólo 2 CS y 3 CL no tuvieron citas en IIPP. La actividad descendió notablemente en agosto (99 citas/mes) y diciembre (156 citas/mes), con gran variación entre centros y DAs.

En 2019 (datos hasta abril) hubo actividad en el 89.8% de los centros, con 3 CS y 5 CL sin actividad en IIPP. El total de citas fue 1541, media de 385 citas/mes, con un aumento de un 71% respecto a 2017 y del 37.5% respecto a 2018.

Conclusiones

Las UAU de los CS están participando activamente en la implantación de la nueva normativa. La habilitación de los centros sede ha permitido concentrar esta actividad específica, que requiere formación y destreza en el procedimiento y uso del aplicativo informático. Estos puntos de atención sobre IIPP han aproximado dicho registro a los ciudadanos, con un aumento progresivo de la actividad y del número de IIPP registradas en nuestra Comunidad.

¡NO TENGO TIEMPO!

AUTORES

Esther González Iñiguez de Gordo¹; A Burzaco Perez².

CENTRO DE TRABAJO

Centro Salud Mental Ajuriaguerra¹; Hospital Galdakao-Usansolo².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Ética en la atención

RESUMEN

Justificación

El progreso de la ciencia ha supuesto un cambio radical en la práctica médica. La posición del médico ha cambiado y la relación clínica ha sufrido una profunda transformación; podemos decir que actualmente del lado del profesional está la información técnica y del lado del paciente la capacidad para decidir.

En los años 70 nace la Bioética, siendo su objetivo la humanización de la asistencia sanitaria, ninguna decisión médica es justificable si no se tiene en cuenta al paciente. Disipando el espejismo de que se puede tratar la enfermedad sin tener en cuenta al enfermo.

El profesional, lo quiera o no, está involucrado en la relación clínica; es decir, no puede escoger entre dar un lugar o no al paciente como persona, ya que la subjetividad de este siempre va a intervenir en los tratamientos que llevamos a cabo.

Cuando se plantean estas cuestiones en los equipos de profesionales la respuesta que muchas veces dan es: no tengo tiempo para eso. Tienen la percepción de que atender la subjetividad del paciente supone añadir una tarea más en la labor asistencial.

Objetivos

Si bien el tiempo es una variable a tener en cuenta, el objetivo de este trabajo es plantear que pretender excluir la subjetividad del paciente supone un aumento de la carga asistencial, así como una fuente de complicaciones que conlleva una mayor inversión de tiempo y de recursos.

Material y métodos

Se realiza una revisión bibliográfica y un análisis de los datos procedentes de tres estudios publicados sobre la calidad en la relación médico-paciente.

Resultados

Cuando el médico está en la posición biomédica:

- La atención es más puntual, aumentando la posibilidad de error y se generan nuevas consultas por este motivo.
- Creencia de que, si el enfermo sabe que le vas a escuchar no pararía de plantear cosas.
- Los cambios en la relación clínica tienden a ser percibidos como heterónomos, más que autónomos.
- Cuando el médico tiene una actitud humanista:
- La relación con el paciente cambia, se hace menos mecánica
- Se considera que la relación clínica tiene implicaciones sobre la eficacia diagnóstica; gran parte del diagnóstico está basado en la anamnesis y depende de lo que te cuente el paciente.
- Tanto el médico como el paciente tienen un papel activo, donde la mejoría también depende del paciente.

Conclusiones

- Los resultados de los tres trabajos analizados sobre los cambios que ha sufrido la relación clínica son consistentes con la literatura consultada.
- Reflejan que la participación del paciente es cada vez más activa pero muchos profesionales evalúan negativamente ese cambio y tienen una actitud defensiva al respecto.
- Cuando hablamos de humanizar la medicina, no podemos considerar un paciente ideal, capaz de reflexionar y tomar decisiones en cualquier circunstancia; porque lo más humano tiene que ver con la vacilación, la limitación y la dificultad para pensar y decidir; tiene que ver con la gravedad de determinados momentos en la vida de un sujeto. Y ahí el papel del médico es insustituible.

ATENCIÓN AL DOLOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO: ¿ESTÁN ALINEADOS LOS OBJETIVOS CON EL CONTEXTO?

AUTORES

EVA MARIA AGUILAR VIVAR¹; ML SANTIAGO GARCIA²; MC BARTOLOMÉ COLUSSI³; FJ CHAMORRO ANGUITA⁴; J LUIS-YAGÜE LOPEZ⁵; F DE PAZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA112.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Ética en la atención

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 mejorar la atención al dolor con desiguales resultados.

Objetivos

Analizar si los objetivos planteados son factibles en base a nuestro contexto.

Material y métodos

Resultados de los años previos. Objetivos para el año 2019.

Grupo de trabajo: Comisión del Dolor y Departamento de Calidad.

reuniones:

1ª.- Se expusieron los resultados de los objetivos del bienio anterior incluyendo los que no se habían alcanzado y actuaciones pendientes. Se optó por realizar 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.

2ª.- Se contrastaron los resultados del DAFO con los objetivos planteados y se revisó su adecuación a nuestro medio y factibilidad.

Resultados

- 10 Debilidades, las más relevantes: manejo de cambios en la analgesia en pacientes tratados por otros profesionales, manejo del dolor en el niño, en tratamiento del dolor crónico o terminal, cultura de no prescripción de analgesia sobre todo mórnicos, 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 (PAL24) 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

Objetivos

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.

LA PERSPECTIVA DE GENERO EN CENTROS DE DIA DE PERSONAS MAYORES

AUTORES

Jose Antonio Ezquerro Iribarren¹; Ir Galarraga Ecenarro²; El Berecibar Ciorraga³; Ed Gonzalez Rojas⁴; El Garcia Garcia⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Aita Menni.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Ética en la atención

RESUMEN

Justificación

En respuesta a las políticas de igualdad exigidas por las Administraciones Públicas (Diputaciones, Sanidad, etc) financiadoras de buena parte de este tipo de servicios, la organización ha establecido un Plan de Igualdad para los diferentes centros y líneas de servicio. En el caso de los Centros de Día de Personas Mayores el Plan contemplaba la realización de un estudio desde la perspectiva de género.

Objetivos

El objetivo general del estudio es detectar necesidades y oportunidades para integrar la perspectiva de género en la gestión de los centros de día tanto en lo relativo a la relación con las personas usuarias como en relación a familiares y personas trabajadoras.

Material y métodos

El estudio se aplicó en 5 centros con un total de 96 plazas y contemplaba:

- análisis cuantitativo mediante encuestas on line y en papel a personal trabajador de los centros y a familiares de las personas usuarias
- análisis cualitativo mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas de final abierto, a personas usuarias, familiares y personal trabajador
- análisis de resultados mediante análisis de árbol de causas y consecuencias de la desigualdad, DAFO y braisntorming en el grupo Grupo de Trabajo
- contraste de resultados con familiares y personal

Los ejes del estudio fueron:

- La gestión de los centros de día y la atención a las personas usuarias en relación a:
- contenidos de la atención y de las actividades realizadas
- uso del lenguaje en las comunicaciones
- reparto de tareas
- alimentación
- espacios e instrumentos de ocio
- talleres: participación en las distintas etapas
- las relaciones
- horarios de atención
- espacios y equipamientos
- El grado de satisfacción y cobertura de las necesidades de las mujeres y hombres atendidos en los centros de día
- Visión y percepción de la igualdad de género en los centros de Día

Resultados

Los principales desafíos identificados para trabajar por la igualdad de género son:

- Espejismo de la igualdad en la organización (percepción de igualdad aparente)
- Falta de perspectiva de género en la gestión del modelo de Atención centrada en la persona
- Contenidos indiferenciados en relación a intereses de género
- Actuaciones aisladas en relación a la igualdad
- Invisibilización o negación de la violencia en personas mayores y las situaciones que resultan de la desinhibición de personas con demencia en las mujeres trabajadoras
- Tratamiento informal de temas estratégicos que tienen que ver con intereses de género
- Necesidad de fomentar los conocimientos teóricos y metodológicos en personal técnico y directivo

Conclusiones

Los centros de atención de personas mayores presentan diferencias atribuibles a roles de género, tanto en relación al comportamiento y la atención de personas mayores en las actividades del centro como en la visión y percepción de la igualdad. Todo ello requiere de políticas activas de igualdad que contemplen actuaciones dirigidas a las personas usuarias, familiares y personas trabajadoras.

PROYECTO DE HUMANIZACIÓN EN ÁREA DE CRÍTICOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

Mónica Domezain Del Campo¹; E Cardo Castro²; I Ochoa Diez³; A Bilbao Maiza⁴; A Loyola Irulegui⁵; Y Gomez Gomez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Cruces.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Ética en la atención

RESUMEN

Justificación

El desarrollo a nivel científico y tecnológico de las UCIs ha sido espectacular, reflejado en cifras de supervivencia de más del 90%. El uso intensivo de la tecnología ha podido relegar necesidades humanas y emocionales de pacientes, familiares y profesionales a segundo plano. Se advierte pérdida de narrativa de historias clínicas, escucha activa y vocación profesional por estrés. Es el momento de la rehumanización de la asistencia, desde dentro hacia fuera, con el compromiso personal de mejorar la realidad, relaciones y entorno personal.

Objetivos

Optimizar nuestro trabajo diario integrando pacientes y familias, y unificando criterios de actuación en la acogida, acompañamiento, salida del paciente, y espacios de atención.

Mejorar y humanizar competencias de comunicación, manejo emocional y relacional del equipo multidisciplinar.

Material y métodos

2018. Creación de grupo de trabajo interdisciplinar: Medicina Intensiva, Grandes Quemados, Unidad Cuidados Postoperatorios de Cirugía Cardíaca y Coronaria, Innovación y Formación Continuada, que coordina actuación en 6 variables: Paciente-Organización-Sedación-Descanso-Espacios-Comunicación y manejo relacional. Se objetivan áreas de mejora para realizar cambios relacionales y estructurales para lograr la humanización deseada. Desarrollo metodológico por variable: paciente (encuestas de satisfacción pre-post y grupos focales) como palanca para determinar necesidades en otras variables; organización (revisión protocolos: acogida, desplazamiento a pruebas y traslados); sedación (referentes para evitar sobredosificación y delirio); descanso nocturno (revisión protocolos de cuidados nocturnos); espacios (mejora de salas para información y descanso de familias); comunicación y manejo relacional (programa semestral de formación acreditado para profesionales en formato semipresencial "Humanización de la atención en cuidados intensivos").

Resultados

Aplicación protocolos de visitas ampliadas y adaptación de horarios a familias que vienen de zonas alejadas para conciliar ingresos con vida diaria. Implicación de familias en cuidado y acompañamiento con mejora en recuperación física y cognitiva. Adaptación de profesionales al nuevo ritmo de trabajo sin impacto negativo. 100% de familias verbalizan satisfacción con medidas implantadas. Mejora de confortabilidad de salas de espera de las unidades. Realización 3 ediciones del programa de formación con valoración global 8,39/10, y aplicabilidad al puesto 8,62/10. A nivel cualitativo se recoge positivamente la dinámica activa de la formación, la conciencia de la importancia de la humanización y la reflexión de que debería ser formación obligatoria en estos entornos.

Conclusiones

El proyecto de humanización aporta mayor cercanía, comprensión, afectividad y ternura, incrementando nuestra capacidad de autocrítica y nuestro afán por mejorar. Esta atención integral requiere subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética, así como grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: escucha activa, respeto, empatía y compasión.

CUIDANDO LA TRANSICIÓN: DE NIÑO A ADULTO, SIEMPRE ACOMPAÑADO

AUTORES

ENRIQUE LA ORDEN IZQUIERDO¹; M SÁNCHEZ MENAM²; G SÁNCHEZ GOMEZ³; H VILA DEL PASO⁴; L MULLER GARCIA⁵; A JIMÉNEZ RODRÍGUEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.

TIPO: ORAL "LO QUE NO TE PUEDES PERDER"

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

El Plan estratégico en Salud en Pediatría 2011-2015 de la Comunidad de Madrid promueve la creación de unidades mixtas constituidas por pediatras de área de capacitación específica (ACE) y especialistas de adultos para la transición en enfermedades crónicas. Es esencial una atención centrada en la familia. El desarrollo de competencias digitales en salud y la valoración de la madurez del paciente resultan fundamentales para promover su empoderamiento y corresponsabilidad en el proceso asistencial.

Objetivos

El objetivo principal fue el diseño e implantación de un proceso de transición del paciente pediátrico en un hospital de Grupo I. En segundo lugar, valorar la satisfacción percibida por el paciente y su familia como valor añadido. Por último, mejorar la humanización de la asistencia global del proceso.

Material y métodos

Se diseñó un proyecto cuyo alcance incluyó a los servicios clínico-asistenciales pediátricos y adultos, a la dirección asistencial, el Servicio de Admisión y Atención al Paciente (SAAP) y al Departamento de Sistemas. Su restricción fueron pacientes cuya complejidad excedía el nivel asistencial y aquellos cuya madurez no correspondía a su edad cronológica. Se realizó un cronograma de implantación que incluyó: 2 meses de desarrollo general, 2 meses de desarrollo por cada ACE y 2 meses para la integración en el sistema de información y organización de la actividad asistencial definiendo indicadores en relación con el paciente, actividad y de calidad percibida. El proyecto se inició en junio y se implantó en diciembre de 2018.

Resultados

En la fase de diseño se crearon formularios específicos de la historia clínica electrónica: uno de valoración de madurez, adaptado a modelos ya validados, y otro para la inclusión del

RESUMEN clínico asistencial e ítems más relevantes. Se tuvo en cuenta la competencia digital del paciente y su responsabilidad en el manejo de su enfermedad. Por cada ACE se coordinó la actividad asistencial para visita conjunta de ambos especialistas definiendo: candidato, proceso y organización asistencial y se crearon nuevas prestaciones de primeras consultas y sucesivas.

Los indicadores definidos fueron: relacionados con el paciente (edad inicio-fin de transición, patología, madurez), con la actividad asistencial (nº de primeras consultas/año e índice de sucesivas/primeras), y con la experiencia del paciente (encuesta mediante metodología NPS).

En el momento actual, han iniciado el proceso 24 pacientes (15-17 años), 3 en Cardiología, 6 en Endocrinología, 12 en Gastroenterología, 2 en Nefrología y 1 en Neurología.

Conclusiones

La creación de unidades de transición mixtas es un objetivo estratégico que ayuda al empoderamiento del paciente adolescente, fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario. El desarrollo de competencias digitales ayuda a su integración progresiva dentro de nuevos modelos de atención sanitaria y e-HEALTH. La humanización de la asistencia precisa de una correcta información al paciente que le haga partícipe de todo el proceso.

GARABATEANDO MI MASCOTA

AUTORES

Vicenta Serrano-del Olmo¹; ME Galera-Arredondo²; B Toribio-Rubio³; VM Rodríguez-Vidal⁴; O Marinero-Rojas⁵; MA Barrionuevo-López⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario de Fuenlabrada.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

TEAyudamos es un programa de adaptación inclusiva en el ámbito de la salud dirigido, principalmente, a la población infanto-juvenil que presenta dificultades para desarrollar una funcionalidad plena en entornos no adaptados, debido a alteraciones socio-comunicativas.

Está destinado a usuarios susceptibles de beneficiarse del uso de comunicación aumentativa, en concreto del uso de pictogramas, así como de la atención profesional, consecuencia de una formación específica, para el correcto abordaje de pacientes con alteraciones en la comunicación e interacción social.

Con motivo del desarrollo del Programa TEAyudamos se organizó un certamen de dibujo, promovido por la enfermería que lidera dicho programa, para encontrar una mascota que fuera el lazo de conexión entre nuestros pequeños pacientes y los profesionales por los que son atendidos.

Objetivos

- Obtener una mascota para el Programa TEAyudamos que sirva de referencia, del mismo, en los colegios y centros que trabajan la anticipación de procedimientos sanitarios; de objeto de transición, apoyo en la expresión de emociones, sentimientos, necesidades y les transmita seguridad y tranquilidad.
- Promover la inclusión de los usuarios con trastorno socio-comunicativo mediante la participación, en un concurso de dibujo, de la población infanto-juvenil escolarizada en cualquier Centro de Educación Especial, C.E.I.P. o I.E.S. preferentes del ámbito del centro sanitario.
- Fomentar el trabajo, en red, de los ámbitos de salud, educación y familias mediante el diseño, promoción, coordinación y puesta en marcha del certamen y un festival de entrega de premios.

Material y métodos

Se convocó un certamen de dibujo con la finalidad de encontrar la mascota de este proyecto.

Se cursó la invitación a los distintos centros escolares del ámbito del centro sanitario. Un total de 17 centros escolares participaron en el concurso para elegir a la mascota.

Los trabajos debían presentarse en papel o cartulina DIN A4 de color blanco.

Podía utilizarse cualquier técnica o procedimiento (dibujos con acuarela, rotulador, lápices, ceras, collage de papel, otros materiales de pegar, etc.). Cada centro escolar, que participó en el concurso, presentó 3 dibujos como posibles ganadores del concurso de la mascota.

Resultados

El diseño ganador ha sido fácilmente transformable en formato tridimensional, con material lavable y que transmite actitud de seguridad, asertividad, positivismo, fortaleza y protección, además de resultar entrañable.

Se ha elaborado uno en tamaño grande (1 m.) y varias unidades en un tamaño más pequeño y manejable para los pacientes infantiles.

Conclusiones

El diseño ganador es una mascota que empodera al usuario, que le da voz dentro de un sistema sanitario inclusivo, accesible e igual para todos.

Busca ser un objeto de transición para que los usuarios, con trastorno socio-comunicativo, entiendan que acceden al Aula de Salud. Allí aprenderán jugando y disfrutando del hospital, sus aparatajes, profesionales y espacios, y le perderán el miedo al centro hospitalario.

PROGRAMA DE COMPROMISO Y APROXIMACIÓN A LA REALIDAD SOCIAL DESDE LA PARTICIPACIÓN SOLIDARIA.

AUTORES

MARIA DEL MAR GOMEZ SANTILLANA¹; RI GARCIA GOMEZ²; AN OLMO VALERA³; EL RUIZ SAIZ⁴; MA SANCHEZ GARCIA⁵; ME ABARCA CERVERA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

El envejecimiento de la población es uno de los aspectos socio demográficos más importantes en la atención sanitaria. Encontramos personas crónicas, complejas, en situación de soledad, dependientes y vulnerables. La Gerencia detecta la necesidad de acompañamiento a pacientes hospitalizados y ambulantes. El Servicio de Atención al Paciente desarrolla el Programa de Aprendizaje Servicio y Acción Voluntaria, donde los alumnos de Trabajo Social realizan el acompañamiento de los pacientes dentro de sus horas de prácticas

Objetivos

- Dar respuesta de acompañamiento a pacientes hospitalizados, en tránsito o consultas externas que lo precisen.
- Ofrecer a los estudiantes de Trabajo Social un espacio novedoso de aprendizaje.

Material y métodos

1. Se establece un convenio de colaboración entre ambas instituciones: GAI Cuenca y Facultad Trabajo Social de la Universidad de Castilla La Mancha.
2. Se realiza una formación previa a las prácticas de voluntariado y otra más específica sobre el entorno donde van a realizar las prácticas.
3. Se establecen unos objetivos específicos:
 - Potenciar las capacidades personales estimulando las relaciones humanas y sociales
 - Favorecer que el paciente pueda expresar sus emociones
 - Facilitar tiempo de descanso al cuidador
 - Acompañar en los desplazamientos hospitalarios.
4. Se incorpora el programa y la solicitud de derivación en la intranet de la Gerencia y se informa del programa a Supervisores, T. Sociales y personal sanitario de A. Primaria
5. El Trabajador Social del SIAP recibe y gestiona la solicitud.

Resultados

- Se ha iniciado el Programa con el curso 2019 y hay 17 alumnos realizando las prácticas.
- Se han gestionado 30 derivaciones y se ha dado cobertura a 29 necesidades de acompañamiento. Derivadas de atención primaria, el 20% para acompañamientos a consultas.
- Pendiente de evaluación de satisfacción percibida por pacientes, familiares y alumnos.
- Se han excluido del programa pacientes con aislamientos, deterioro cognitivo severo y que hayan declinado la participación.

Conclusiones

1. Los alumnos se benefician de una aproximación a la realidad social donde pueden realizar su labor, así como fomentar las relaciones y habilidades sociales.
2. Los pacientes en estado de soledad y vulnerabilidad estarán acompañados durante su estancia hospitalaria y su tránsito por la institución

ENCUESTA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE EL MUNDO ASOCIATIVO

AUTORES

Maria del Mar GOMEZ SANTILLANA¹; RI GARCIA GOMEZ²; AN OLMO VALERA³; ME ABARCA CERVERA⁴; MA SANCHEZ GARCIA⁵; EL RUIZ SAIZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ DE CUENCA¹; HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ²; HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ³; HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ⁴; HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ⁵; HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

La Gerencia Integrada de Cuenca, desde el año 2018 ha establecido un plan de colaboración con las asociaciones de pacientes, coordinado desde el Servicio de Atención al Paciente (SIAP). Uno de las líneas de actuación ha sido la de facilitar información sobre las Asociaciones a pacientes y familiares a través de profesionales asistenciales. Como premisa necesitábamos saber cuál era la situación de partida en el conocimiento que tienen los sanitarios de las asociaciones.

Objetivos

- Conocer el conocimiento de nuestros profesionales del mundo asociativo.
- Establecer acciones de mejora extraídas de la encuesta que favorezca una mayor implicación de los profesionales

Material y métodos

Envío de cuestionario en carta personalizada firmada por el responsable del SIAP, a los mandos intermedios de Primaria y Especializada: Jefes de Servicio, Coordinadores y Supervisores. El envío se hizo a través del correo ordinario con sobre para la devolución. Estudio descriptivo de los resultados de la encuesta mediante programa estadístico: SPSS. Versión 22.0

Resultados

Resumimos los resultados más relevantes del cuestionario:

- Grado de cumplimentación de la encuesta: Jefes de Servicio: 40,12%. Supervisores: 70,46%, Coordinador médico: 70%. Coordinador de enfermería: 73,33%.
- ¿Conoce alguna asociación relacionada con las patologías de los pacientes?: Si lo conocen en un 41,41%
- Asociaciones más veces citada: AA.CC, ALCER, APACU, y de la Diabetes
- ¿Se facilita desde tu Servicio/Centro, información al paciente sobre la existencia de estas Asociaciones?: Si en un 34,7%
- ¿Sabe cómo acceder o contactar?: Si en un 61,1%
- ¿Cuáles considera que son las vías más adecuadas de comunicación con las Asociaciones?: reuniones 24%, correo electrónico: 18% y teléfono: 5%
- ¿En qué medida considera que la colaboración con las Asociaciones puede ser beneficiosa para los pacientes y sus familias?: Un 72,1% le dan una importancia entre un 8-10 (Escala Likert)

Conclusiones

- Existe un gran desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios del mundo asociativo aunque dos tercios de los encuestados opinan con una nota de 8 o más que la colaboración con las asociaciones puede ser beneficiosa para pacientes y familiares,
- A raíz de los resultados hemos elegido como líneas preferentes de mejora, las reuniones de coordinación e información entre asociaciones y Servicios, además de disponer de material divulgativo.

FAVORECIENDO EL VÍNCULO MATERNO-FILIAL EN UCI: HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD

AUTORES

Rosa María Collado Cabezas¹; N Calpe Damians².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario General de Catalunya del Grupo Quirón Salud¹; Hospital Universitario General de Catalunya².

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

El ingreso durante el puerperio inmediato de mujeres en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) representa una situación particular, que en las últimas décadas se ha calculado entre 0,7-13,5/1000 ingresos. Este hecho conlleva la rotura del vínculo materno-filial. Trabajar en procedimientos que minimicen efectos de esta rotura, forma parte de la humanización de las UCI. Promover estos cuidados y evaluar su seguridad es competencia de la enfermera de práctica avanzada.

Objetivos

- Valorar la factibilidad del traslado de recién nacidos a (UCI) para favorecer el vínculo materno-filial.
- Analizar los eventos adversos acaecidos durante los traslados y visitas del neonato a la (UCI).

Material y métodos

Estudio descriptivo longitudinal realizado en un hospital terciario de Barcelona entre enero 2014-diciembre 2018. Las mujeres que ingresaban en el puerperio inmediato en la UCI y sus bebés, eran valorados para entrar en el protocolo de traslado de bebés a UCI. Criterios de inclusión: estabilidad clínica de la madre, no sedada, bebé clínicamente estable, edad gestacional >32 semanas. Criterios de exclusión: riesgo de infección por exposición para el bebé, no disponibilidad de acompañamiento. Una vez incluidos, los bebés eran trasladados a la UCI según protocolo. Se recogían variables sociodemográficas y clínicas: Frecuencia Cardíaca, pulsioximetría madre y bebe, pre-intra-post visita y Tensión Arterial materna. Se registraban actuaciones clínicas durante las visitas. Se monitorizó la aparición de infecciones en los bebés. Se recogieron los datos de aquellos recién nacidos que no pudieron ser trasladados.

Resultados

Ingresaron 67 madres en la UCI, y de estas 57 madres/bebés (85%) cumplieron criterios para el traslado de sus bebés, llevando a cabo 126 traslados. La edad media materna fue 34,7+4 y la edad gestacional de 38+2. No se observaron alteraciones hemodinámicas, ni se llevaron a cabo actuaciones clínicas. Ningún bebé presentó infecciones relacionadas con los traslados. Los motivos por los que no se pudo realizar el traslado fueron dos; por sospecha o confirmación de una bacteria multiresistente en los boxes cercanos al de las madres (80%), y por inestabilidad del recién nacido (20%).

Conclusiones

Consideramos que llevar a cabo este procedimiento es factible siempre que se haga con una adecuada valoración previa, y vigilancia continua. De esta manera los beneficios de llevar a cabo procedimientos que favorecen los cuidados humanizados, superan los posibles riesgos.

PERCEPCIÓN FAMILIAR DEL PROCESO FINAL DE VIDA

AUTORES

Teresa Cerezo Martínez¹; J Serra i Llanas²; M^a Viso Cano³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario General de Catalunya¹; Hospital Universitario General de Catalunya²; Hospital Universitario General de Catalunya³.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento
ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Desde el año 2015 la enfermera de acompañamiento a la enfermedad, final de vida y duelo es la profesional referente que atiende la esfera emocional y espiritual del paciente y su familia durante este proceso.

Cada visita de acompañamiento se registra en la historia clínica y se detallan mediante un texto libre aspectos como el estado anímico del paciente/familia, sus preocupaciones, malestar, esperanzas, espiritualidad/religión, comunicación, etc. Cuando el paciente muere, la enfermera de acompañamiento registra en un formulario de final de vida cómo él y su familia han vivido esta etapa final de vida.

En el soporte emocional de estas familias que acuden a la Unidad de duelo se observa una influencia del recuerdo de la experiencia hospitalaria vivida sobre el desarrollo del mismo. Algunas de las circunstancias de mayor interferencia son el apoyo de los profesionales, la existencia o no de sufrimiento y el tiempo para la despedida.

Objetivos

Conocer la percepción de las familias sobre cómo han vivido el proceso final de vida.

Material y métodos

Se realiza una llamada telefónica a la familia, seis meses después del deceso del paciente y se recoge la percepción familiar del proceso final de vida mediante una pregunta abierta: ¿Cómo valora usted el proceso final de vida de su ser querido?.

Resultados

Se registran 110 procesos de pacientes en situación de final de vida desde noviembre del 2015 a marzo del 2018 y se recogen las percepciones de las familias de los 110 pacientes fallecidos.

El 80% de familias entrevistadas (88 personas) valoraron el final de vida como confortable y digno, con tiempo para la despedida y percibieron una atención adecuada del profesional. El 20% (22 personas) lo valoraron como poco confortable, sin tiempo para la despedida y falta de sensibilidad del profesional.

La valoración realizada por la enfermera de acompañamiento solo refleja un 10% de poco confort, escaso tiempo para la despedida y falta de sensibilidad profesional.

Conclusiones

La valoración del proceso final de vida poco digno y confortable en un 20% de los pacientes de nuestra Institución, es un indicador de calidad a mejorar. Por ello nos planteamos:

- Formar a todos los profesionales de la salud en el acompañamiento al final de la vida.
- Mejorar el confort mediante una sedación terminal apropiada a cada paciente y verificación por turno enfermero con escala Richmond.
- Sistematizar las observaciones de texto libre por un formulario que valore también las dificultades emocionales de la familia, la relación entre los diferentes miembros familiares y su relación con los profesionales.
- Conseguir un final de vida confortable y digno está muy influenciado por cómo la familia y profesionales sepamos acompañar.

ENFERMER@...¿SE MEJORA LA CALIDAD EN LA CONSULTA DE DIGESTIVO?

AUTORES

ESTRELLA REINA IZQUIERDO¹; AM GARCÍA HELLÍN²; S RODRIGUEZ SANCHEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA²;
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA³.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento
ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Las consultas lideradas por Enfermería constituyen una práctica cada vez más habitual en los países desarrollados.

Objetivos

Atención al paciente de forma eficaz y eficiente ante la realización de procedimientos que ayuden a su diagnóstico.

Material y métodos

En nuestro hospital, es una enfermera de endoscopias, con experiencia en el servicio, quien está al frente de la consulta, siendo capaz de dar explicaciones claras y precisas al paciente así como dar respuesta a todas las dudas que le puedan surgir.

La misma enfermera recibe al paciente el día de la prueba, esto se transforma en tranquilidad y confianza en el paciente, aumentando su grado de satisfacción al ver una continuidad en su asistencia.

Cuando el paciente es atendido por el especialista, éste ya tiene acceso a todas las pruebas realizadas con lo que podrá llegar a un diagnóstico en un porcentaje muy elevado. Se realizó un estudio comparativo entre pacientes procedentes de consulta de enfermería digestiva con pacientes procedentes de otros servicios.

La organización está planteada de la siguiente manera:

Se recibe a los pacientes que acuden a consulta de enfermería digestiva.

Se realiza anamnesis.

Motivos por los que acuden a la consulta. Los pacientes pueden acudir desde AP o desde el programa Prevecolon por lo que habrá que saber si sus motivos están más enfocados al tracto digestivo superior o si la causa está más encaminada al tracto digestivo inferior. Se explica el procedimiento a realizar, sus motivos y complicaciones. Se intenta mitigar esa inquietud que genera este tipo de procedimientos. Se comprueba si tienen solicitadas otras pruebas complementarias y solventar alguna duda que tengan al respecto. En el hospital, para estas pruebas invasivas, se da la facilidad de sedar a los pacientes por lo que se les informa de los requisitos así como de los riesgos.

Se les explica la preparación necesaria para la prueba indicada. Se les indica dieta a seguir y se les entrega solución evacuable u otros preparados que el paciente precise.

Los pacientes ya se van con cita para el procedimiento.

Se les indica la localización de la Sala de Endoscopias, donde deberá dirigirse el día de la prueba.

Resultados

La actividad comenzó el 23 de enero del 2019.

Se han visto 171 pacientes hasta el 30 de abril del 2019.

77 Gastroscopias, 38 Colonoscopias, 13 Rectoscopias, 43 Prevecolon

En un alto porcentaje los pacientes expresaron su tranquilidad al comprobar que es la misma persona la que está con ellos durante la prueba. Al mismo tiempo se observó que la preparación de los pacientes es más efectiva al dedicarles más tiempo y explicarles detalladamente la dieta a seguir.

Conclusiones

El objetivo de la consulta se ve cumplido. La calidad asistencial se ve mejorada porque:

Genera tranquilidad en el paciente, al encontrar en la sala al personal de enfermería que le atendió en consulta.

Genera satisfacción por las indicaciones facilitadas y resolución de dudas al respecto y todo ello se confirma el día de la prueba con una preparación eficiente.

HUMANIZAR LA ASISTENCIA EN ONCOHEMATOLOGÍA: BIOPSIA AGUJA GRUESA COMO ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ A BIOPSIA TRADICIONAL

AUTORES

RAFAEL MARTOS MARTÍNEZ¹; F GUERRA GUTIERREZ²; M YUSTE PLATERO³; E GONZÁLEZ ARIAS⁴; L RUBIO CIRILO⁵; L ALFARO CADENAS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

La biopsia excisional de adenopatías asocia un tiempo de espera hasta el diagnóstico que ocasiona un deterioro personal y afecta al pronóstico de la enfermedad. Técnicas de biopsia con aguja gruesa (BAG) guiadas por ecografía, pueden ser alternativas seguras, pues acortan tiempos, posibilitan un tratamiento precoz, permiten una gestión adecuada de recursos sanitarios, al evitar cirugías y consultas médicas (anestesia/cirugía), y respetan el principio básico de no hacer/no dañar

Objetivos

Objetivo Primario: Realizar BAG guiada por ecografía, midiendo la reducción del tiempo hasta el diagnóstico final y evaluando el grado de satisfacción con la técnica mediante encuestas de calidad de vida

Objetivos secundarios: Revisar efectos adversos del procedimiento, ahorro en consultas médicas y tiempos de quirófano en comparación con biopsias tradicionales

Material y métodos

Incluimos pacientes con adenopatías accesibles por BAG entre abr-dic/2018 tras firmar consentimiento informado. Variable principal recogida: medición de los tiempos de espera(días) hasta el diagnóstico final. Todos cumplimentaron encuestas de calidad de vida que evalúa satisfacción con la técnica y aspectos relacionados con la espera. Analizamos causas de resultados no concluyentes y efectos adversos del procedimiento. Todos los resultados se compararon con una cohorte (2014-2017) de pacientes similares que habían sido sometidos a biopsia excisional. Elaboramos un plan de gestión económica, calculando el ahorro de recursos, por reducción del número de consultas y tiempos de quirófano

Resultados

31 pacientes incluidos (49% de todas las BAG realizadas). 91% rentables (diagnóstico histológico definitivo) sin necesidad de recurrir a procedimientos invasivos (cirugía excisional). No válidas n=3 (9%) todas por muestra insuficiente y ninguna por fallo de la técnica

Tiempo medio hasta el diagnóstico: 9 días para BAG vs. 30 días para biopsia por excisión

Calidad de vida y humanización: 100% pacientes se sienten muy satisfechos con el menor tiempo de espera hasta el diagnóstico y la posibilidad de comenzar antes el tratamiento (encuestas de experiencia del paciente con NPS por encima del promedio) siendo recomendado por el 100%. Optimización de recursos sanitarios, evitamos: 28 consultas anestesia y cirugía, 14 cardiología, 8 neumología y 4 geriatría. Ahorro de tiempos de quirófano para 28 pacientes

Conclusiones

La BAG dirigida por ecografía es una alternativa segura y fiable para pacientes con adenopatías, reduciendo tiempo de diagnóstico y retrasos del tratamiento y eliminando el riesgo anestésico y quirúrgico de técnicas habituales

Ahorrar tiempo mejora calidad asistencial y humaniza la atención al paciente, evitando el deterioro personal que genera la espera y fomentando el principio básico de no hacer/no dañar. Esta medida favorece una eficiente gestión de los recursos sanitarios, al disminuir tiempos de quirófano y consultas, pudiendo destinar este ahorro al desarrollo de proyectos que humanicen la atención y mejoren la calidad de vida del paciente.

ALGORITMO DE DECISIÓN EN DISTANASIA

AUTORES

MÓNICA LÓPEZ VENTOSO¹; J Martínez Casas².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital del Oriente de Asturias¹; Hospital Universitario Campus de la Salud (Granada)².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Diferenciar la frontera del cuidado y la extensión anormal de la vida puede en ocasiones resultar complejo. El profesional sanitario mantiene una lucha contra la enfermedad que en ocasiones se sabe que es imposible vencer. Sin embargo el cuidado no termina ahí, y los cuidados paliativos son un ejemplo de ello. En esa frontera entre la vida y la calidad de vida se toman decisiones que si no son profundamente analizadas pueden estar contribuyendo al encarnizamiento terapéutico, al mantenimiento de la vida, por encima del concepto mismo de vida. El algoritmo que se presenta, publicado recientemente en la revista 'Ética de los cuidados' pretende ayudar al profesional en la toma de decisiones en cada fase del proceso del final de la vida para evitar que sus acciones conduzcan a lo que hoy conocemos como Distanasia.

Objetivos

Presentar un algoritmo de decisión y esfuerzo terapéutico que permita objetivar si las decisiones adoptadas pueden catalogarse como distanasia.

Material y métodos

Extraído de la publicación en la revista (por los mismos autores) 'Ética del cuidado' para su composición se realizó un análisis bibliográfico de la legislación y bibliografía relacionada con el concepto de distanasia, recopilando la documentación legal aplicable en nuestro país y describiendo las bases definitorias desde el punto de vista de la bioética del concepto de distanasia que luego se aplican al algoritmo.

Resultados

Se describen los criterios definitorios de la distanasia que aportan diferentes autores y se compilan en un algoritmo que incluye los criterios que desencadenan un procedimiento distanásico a través de una serie de preguntas que guían al profesional a través del algoritmo, obligándole a reflexionar cada una de las decisiones teniendo en cuenta tanto los criterios médicos como la propia autonomía del paciente.

Conclusiones

La disposición de un algoritmo sencillo de decisión como apoyo en la toma de decisiones permite apoyar al profesional en la toma de las mismas. El mismo algoritmo fuerza a la revisión y reevaluación continua de sus fases, por lo que si bien un criterio que en un primer momento era favorable para la buena evolución del paciente, puede, en una segunda reevaluación no serlo. Como reflexión quizá deberíamos sopesar antes de analizar el proceso de la muerte y nuestro afán como sanitarios por retrasarla, qué es verdaderamente lo que entendemos por vida.

INFLUENCIA DE UNA POLÍTICA DE PUERTAS ABIERTAS SOBRE EL RUIDO GENERADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

Alberto Touceda Bravo¹; M Segura Pensado²; B Porral Sanchez³; A García Sagastume⁴; C García Reduello⁵; EM Menor Fernandez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

La política de visitas en las UCI de nuestro país (España) han sido por lo general restringidas hasta el momento, solo el 3,8% de las unidades tienen un horario de visitas abierto (24 horas del día), y el 9,8% un horario abierto solo diurno, aunque en la mayoría la duración sigue siendo igual o inferior a una hora (95,7%). Por otro lado, la contaminación por ruido en una Unidad de Cuidados Intensivos, cuyos niveles promedio habituales (52-84 dB) se encuentran muy por encima de los recomendados por la OMS (35-40 dB), representa un importante problema con consecuencias negativas tanto para el personal como para los pacientes.

Objetivos

Estudiar si una política de puertas abiertas en UCI, permitiendo a las familias estar presentes entre las 12:00 y 23:00 puede haber contribuido a disminuir el nivel de ruido de nuestra Unidad.

Material y métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo, analizado los datos de un sonómetro tipo II (SAS-2000) colocado en una unidad polivalente de UCI, dotada de 15 camas, durante dos periodos, pre y pos-apertura de puertas, (enero y febrero de 2017 y 2018, respectivamente). Se han analizado el número y características de los ingresos (edad, estancia media y tipo de ingreso) en dichos periodos para saber si el grado de actividad pudiese ser comparable.

Los datos han sido analizados con SPSS statistics 20.

Resultados

La actividad y características de los ingresos en los dos periodos fue similar: 89 pacientes ingresaron en 2017 frente a 93 en 2018, sin diferencias significativas respecto a la edad (Media 58,2 +-16.0 y 60,6 +-14.6 años respectivamente) ni tampoco en su estancia media (8,8 vs 7,6 días) o la distribución de los perfiles de ingreso. Al analizar los datos del sonómetro hemos observado una disminución global del ruido generado en la Unidad los meses en los que se ha sido más permisivo en el horario de visitas (Mediana 59,9 +- 3,7 dB en 2018 vs 60,7 +- 3.5 dB en 2017), que si bien ha sido estadísticamente significativa, a efectos sonoros, representa una disminución muy ligera. Al comparar los datos en función de la franja horaria, vemos que dicha disminución se mantiene incluso en el periodo en que se encuentran las familias dentro de las Unidades, de 12 a 23h (60.4 +-1.6 dB en 2018 frente a 61,2 +- 1.7 dB en 2017).

Conclusiones

De acuerdo con la literatura existente es conocido que los altos niveles de ruido en UCI repercuten directamente en la evolución de los pacientes, modificando su ritmo circadiano e influyendo directamente en el ciclo sueño-vigilia, relacionándose además con una mayor incidencia de delirio e incremento en las necesidades de sedación.

Además del ruido intrínseco a las diferentes máquinas y sistemas existentes en una UCI, la principal causa de éste es el derivado de las actividades humanas. Diferentes estrategias como la apertura de puertas a las familias con un horario más permisivo, como hemos visto en nuestro estudio, parece que puede contribuir, aunque resulte paradójico, a disminuir el ruido en las Unidades de Cuidados Intensivos.

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL AULA DE SALUD PARA USUARIOS CON ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN SOCIAL

AUTORES

Vicenta Serrano del Olmo¹; B Toribio-Rubio²; ME Galera-Arredondo³; VM Rodríguez-Vidal⁴; J Ramos-Pereiro⁵; O Marinero-Rojas⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario de Fuenlabrada.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

El usuario con alteraciones en la comunicación social presenta una dificultad real que le impide una funcionalidad plena en un entorno no adaptado. El déficit de comprensión del entorno con sus códigos sociales y de comunicación, la deficiencia de adaptación inclusiva de las instituciones sanitarias y sus profesionales, suponen una barrera que limitan su accesibilidad cognitiva. La necesidad de la puesta en marcha del Aula de Salud es crear un espacio que brinde una especial protección a sus necesidades.

Objetivos

- Entrenar, en habilidades sociales y adaptativas en el ámbito sanitario, a usuarios de cualquier edad con alteraciones de la comunicación social con el fin de aumentar el confort, seguridad y el conocimiento del entorno sanitario, reducir temores, ansiedad y conductas disruptivas en posteriores visitas al centro hospitalario.
- Entrenar a los profesionales del centro hospitalario en la correcta interacción con usuarios que presentan alteraciones de la comunicación social.
- Acondicionamiento y puesta en marcha de la actividad.

Material y métodos

Diseño basado en metodología TEACCH y en el entrenamiento de habilidades adaptativas.

Consiste en el desarrollo monitorizado de visitas, al centro sanitario, con prácticas de manipulación de material, interacción con los profesionales sanitarios, entrenamiento y anticipación de situaciones posibles y/o desensibilización en el área sanitaria recreadas en entorno real para el conocimiento del medio (lugar, personal, material, técnica).

La coordinación del Aula de Salud se lleva a cabo por enfermeras del equipo TEAyudamos del centro hospitalario junto con dos Centros de Educación Especial. A posteriori, se unió una organización que apoya, ejerce, impulsa y defiende los derechos de las personas con discapacidad intelectual.

Resultados

Una vez diseñado el local, se acometieron las obras necesarias del mismo y se decoró su interior y exterior, aprovisionándolo de mobiliario y material para su puesta en marcha.

Se reclutó a personal sanitario y se solicitó la autorización de los alumnos para los entrenamientos.

Participan 2 Centros de Educación Especial y 2 Centros de Ocupación del Adulto de Fuenlabrada.

Realizadas 26 sesiones de 2 horas desde 1 de febrero del 2019. Han participado 98 niños y 8 adultos.

Recogida de datos de evaluación: en proceso. Evaluación de resultados finales del presente curso escolar proyectada para julio de 2019.

Conclusiones

Las enfermeras son responsables socio-sanitarios de los cuidados y protección de los derechos y de la salud de las personas con o sin discapacidad. Ejercer como agentes activos, liderando el trabajo en red con otras instituciones, garantiza la proporción de medidas adecuadas para conseguir el más alto nivel de salud y de accesibilidad.

HUMANIZAR LA ASISTENCIA CON ARTE

AUTORES

Concha Revilla-Lopez¹; B Aguado-Revilla²; B Lucea-Valero³; M Grau-Tello⁴; M Vela-Marquina⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Departamento de Sanidad¹; Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa²; Museo Pablo Serrano³; Museo Pablo Serrano⁴; Jubilada. Hospital Miguel Servet⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento
ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Asegurar la calidad científico-técnica del sistema sanitario ha sido el único objetivo durante mucho tiempo, si bien, en la actualidad, es objeto de atención lo que condiciona la calidad percibida por el paciente, lo cual no solamente viene condicionado por “quienes” le tratan y el “modo” en que lo hacen, sino también por las características del espacio donde se encuentra.

Los detalles son muy importantes y, aunque algunos nos puedan parecer menores, van a marcar la diferencia entre tener una buena o una mala experiencia

Objetivos

- Introducir la creación artística en el ámbito del Hospital Infantil, para contribuir a la mejora de la estancia, y por tanto contribuir a la recuperación
- Actuar de forma proactiva para personalizar/humanizar la asistencia y hacer más amable el entorno sanitario.
- Sensibilizar hacia el binomio Arte y Salud

Material y métodos

Una asociación cultural sin ánimo de lucro, tras detectar un vacío en materia de Arte y Salud, se fundó en 2013 con la intención de introducir el arte en los hospitales. Para ello utiliza dos vías: talleres educativos y creativos e intervenciones artísticas en los distintos espacios del hospital

Con la participación voluntaria de los artistas, esta asociación acerca a los pequeños pacientes y sus familiares, a los artistas, y al propio personal hospitalario, prácticas de arte y salud.

La asociación consigue los recursos financieros para que a la institución no le suponga una carga económica

Resultados

Cuantitativos

Cerca de 100 artistas han decorado con ilustraciones 43 habitaciones, 4 salas de espera, 2 Salas de juego, quirofanillos, pasillos, salas de extracción, hospital de día onco, salud mental, tramos de escaleras, y 3 Centros de salud

Se han realizado más de 50 talleres

Cualitativos:

Las características del ambiente físico transmiten el mensaje de que la institución manifiesta preocupación por atender las necesidades de pacientes y visitantes

También influyen directamente en el bienestar del usuario. El Arte determina estados afectivos como agrado o desagrado, gusto o disgusto, placer o emoción, con efectos tranquilizadores y terapéuticos en los pacientes

Conclusiones

Pretendemos hacer más amables los espacios utilizados diariamente por los niños. El arte en los hospitales aporta un ambiente más estimulante y más humanizado, transmite sensación de seguridad y por ello hace más agradable el día a día de los niños, de sus familiares, los trabajadores en el hospital y otros agentes implicados

El impacto y buena acogida del proyecto nos estimulan para seguir trabajando en el resto de áreas y hospitales.

HUMANIZACIÓN ENFERMER@ EN LA SALA DE ANGIORADIOLOGÍA/HEMODINÁMICA

AUTORES

FRANCISCO MERINO TORRES¹; A AREVALO GORDO²; A JIMENEZ PEDROCHE³; AM GARCIA HELLÍN⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Reducir el estrés y/o ansiedad de los pacientes que son intervenidos en la sala en todas las especialidades que se realizan en nuestra unidad: Hemodinámica, Radiología Intervencionista, Neurorradiología, Arritmias, Endo-Vascular, Dolor Intervencionista.

Objetivos

Tranquilizar a los pacientes ofreciendo información detallada y entendible del procedimiento a realizar, sobre todo en procedimientos de emergencia. ¿Disminuiremos el consumo de fármacos analgésicos, hipnóticos y sedantes?

Ofrecerle la posibilidad de elección musical intentando humanizar dicha intervención.

Contabilizar el nivel de estrés en el paciente horas después de la intervención.

Dar la misma importancia al trato físico como psíquico del paciente haciéndole participe en todo momento.

Material y métodos

1. Ofreceremos durante la recepción del paciente, la posibilidad de poner música a elección del paciente o incluso no ponerla. Explicaremos durante la preparación, antes de comenzar la intervención, lo que vamos a realizar, las sensaciones que va a tener y los momentos más importantes.

- Equipo de audio con soporte bluetooth /wifi y aplicación musical

- Añadiremos en nuestro Check-list, un ítem sobre la elección musical.

2. Encuesta de evaluación

3. Llamada post-intervención

Resultados

Queremos demostrar con la llamada post-intervención que:

- Los pacientes reducen su nivel de estrés/ansiedad antes y durante el procedimiento.

- Usar menos fármacos hipnóticos y sedantes durante la intervención por lo que el paciente tendrá una recuperación más rápida.

- Hacer más participes a los pacientes en la intervención.

Conclusiones

Los pacientes muestran antes y durante la prueba incertidumbre, miedo, nervios,... por la realización de la prueba, ya sea por la complejidad de la intervención, el aparataje de la sala o la terminología técnica de las conversaciones entre profesionales.

Queremos demostrar con la llamada post-intervención (48-72h) que los pacientes nos muestran a posteriori:

- Cercanía por parte de la enfermería hacia el paciente.

- Menor nivel de estrés/ansiedad antes y durante.

- Satisfacción por hacerles participes en el procedimiento, pudiendo elegir la música que les gusta e informándoles de los detalles de la intervención.

SUEÑO Y DESCANSO NOCTURNO EN UCI

AUTORES

CARLOS ELVIRA DIAZ¹; S DOMINGUEZ GARCIA².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Dormir es un proceso complejo influenciado por factores biológicos y ambientales, cuyo principal objetivo es el de recuperar al cuerpo de todo el esfuerzo cometido durante el día, por lo que la interrupción frecuente del sueño como su baja calidad, tienen efectos adversos en la salud. En el ámbito de Cuidados Intensivos, la falta de sueño puede estar relacionada con la aparición de delirio. Por ello, se debe monitorizar la calidad del sueño para usar diferentes estrategias. En el auge de las nuevas tecnologías, las pulseras de medición del sueño han demostrado ser efectivas, pero su uso aún no se ha validado en cuidados intensivos.

Objetivos

Analizar la efectividad de las pulseras de medición del sueño comparando sus datos con la escala del sueño Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) para validar dichos datos como un instrumento válido de medición.

Material y métodos

Ensayo clínico en una Unidad de Cuidados Intensivos de la Comunidad de Madrid, en el que se comparará las mediciones de la escala del sueño RCSQ con los datos obtenidos de las pulseras de medición del sueño [marca y modelo] para observar su efectividad. Se realizarán las mediciones durante el turno de mañana. El periodo de estudio comprenderá entre Enero y Junio de 2020, incluyéndose sólo a los pacientes despiertos y comunicativos, sin restricción de edad o patología. Los datos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS v20.

Resultados

Pendiente de inicio del Ensayo Clínico

Conclusiones

Es necesario agrupar intervenciones para optimizar el sueño de los pacientes ingresados en UCI y reducir de esta manera los posibles efectos adversos derivados de un sueño discontinuo y de mala calidad.

ACOGIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA CONSULTA DE PREIMPLANTE DE RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO, HUMANIZANDO PROTOCOLOS

AUTORES

MARÍA DOLORES RODRÍGUEZ MULERO¹; M MORENO BARRANCO²; C NAVARRO RAMIREZ³; ME GARCÍA GARCÍA⁴; B ALIAGA MÉNDEZ⁵; T GARCÍA PAREDES⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Durante el proceso oncológico es necesario que el paciente deba iniciar tratamientos intravenosos con quimioterapia (QT) que pueden ocasionar efectos deletéreos sobre su sistema venoso periférico, al ser sustancias muy irritantes. Llegados a este punto, los oncólogos prescriben el implante de un reservorio que consiste, en un catéter central insertado por vía subcutánea. La percepción subjetiva del tiempo en estos pacientes puede servir de indicador de su grado de confort, La lista de espera para cualquier procedimiento o consulta, pueden ocasionar efectos emocionales negativos añadidos a los ya generados por la enfermedad y su pronóstico.

Objetivos

Definir la sistemática utilizada en una consulta de preimplante de reservorios venosos subcutáneos (RVS) en pacientes oncológicos como proyecto de humanización y acogida, atendiendo a la gestión del tiempo como factor para prevenir y paliar los efectos emocionales negativos de las esperas.

Material y métodos

Durante el año 2018 se consigue la acreditación en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un sistema de Gestión de la Calidad acorde a la norma ISO 9001:2015. Este proceso lleva implícito la elaboración de un manual donde se recoge la política, la organización y un sistema que garantice la calidad de sus procesos, productos, métodos y herramientas de trabajo. Dentro de este manual se describe el protocolo del implante de RVS desde su indicación, atención en la consulta y del propio proceso del implante mediante algoritmos de decisión. Los datos quedan registrados en el sistema de información clínico SELENE y en la historia clínica electrónica, de exclusivo manejo en el SMI, ICIP (Intellivue Clinical Information Portfolio).

Resultados

El procedimiento comienza cuando el paciente acude a la consulta del oncólogo y éste indica el implante de un RVS. Realiza interconsulta donde se refleja un breve

RESUMEN de la historia clínica, indicación del procedimiento, fecha del último ciclo de QT y datos analíticos pertinentes. En ese momento se le indica que acuda al SMI, donde es atendido ese mismo día por el médico encargado del procedimiento de la vía venosa y consulta preimplante. En esta última, el paciente recibe toda la información que demanda, se le entregan tríptico informativo y recomendaciones terapéuticas. Firma el consentimiento informado y se le proporciona la posibilidad de intentar adaptar la fecha del implante a sus circunstancias clínicas y personales. El proceso se especifica en un algoritmo de decisión.

Conclusiones

El paciente oncológico puede precisar el implante de un RVS. Todas las actuaciones que se desarrollan en este procedimiento desde el SMI van encaminadas a la humanización del protocolo del implante. La minimización de los tiempos de espera puede proporcionar efectos emocionales positivos y mejorar su grado de confort.

IMPLANTANDO PROTOCOLOS EN UCI, COORDINANDO SERVICIOS

AUTORES

MARÍA DOLORES RODRÍGUEZ MULERO¹; R JIMÉNEZ SÁNCHEZ²; L HERRERA PARA³; S MORENO ALIAGA⁴;
S SÁNCHEZ ARGENTE DEL CASTILLO⁵; M DE BERNARDO ALVAREZ OSPINA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Las unidades de cuidados intensivos en España están sufriendo una profunda transformación tanto en proyectos de humanización como en relación a una nueva manera de organizarse y de trabajar de forma multidisciplinar con otros servicios, implantando protocolos asistenciales conjuntos. Esto ha supuesto una mejora en la satisfacción de los profesionales que participan, garantizando a su vez una atención óptima a nuestros clientes.

Objetivos

Definir la sistemática utilizada en un servicio de medicina intensiva (SMI), para la canalización de vía venosa central a pacientes ingresados en otros servicios del hospital como ejemplo de coordinación multidisciplinar intrahospitalaria.

Material y métodos

En el año 2018 se consigue la acreditación en nuestro SMI de un Sistema de Gestión de la Calidad acorde a la norma ISO 9001:2015. Durante este proceso se ha realizado un manual donde se recoge la política, la organización y un sistema que garantice la calidad de sus procesos, productos, métodos y herramientas de trabajo. En éste se describe el proceso de canalización de vía venosa central, tanto urgente como programada, donde se refleja la implicación y coordinación con los servicios hospitalarios peticionarios tanto a nivel de indicación, optimización de pruebas analíticas, información y consentimiento, así como en la definición de las tareas asignadas del personal sanitario y no sanitario implicado en este proceso. Así mismo se describen los registros en el sistema de información clínico SELENE y en el de historia clínica electrónica, de exclusivo manejo para el servicio de UCI, ICIP (Intellivue Clinical Information Portfolio).

Resultados

Una vez sentada la indicación de canalización de vía venosa central por parte del médico responsable en planta, y decidido la urgencia o no del procedimiento, se comprueba mediante checklist consensuado interservicios, que se cumplen las condiciones analíticas imprescindibles para el mismo, así como de la información y firma del consentimiento informado. Con estos datos se genera interconsulta que es valorada durante el horario de mañana por el médico de la unidad encargado de supervisar las peticiones de vía central intrahospitalarias. En caso de precisarse en horario de tarde, serán los médicos de guardia de los servicios implicados, los que coordinen los tiempos de este proceso, contactando por vía telefónica previa a la realización de la consulta por escrito vía SELENE: Se describe este proceso con todas las líneas de actuación, en forma de algoritmos de decisión.

Conclusiones

La estandarización y sistematización de los procesos de canalización de vía venosa central por el SMI, permite una colaboración y coordinación entre todos los servicios hospitalarios implicados donde se garantiza la seguridad del paciente, evitándose tiempos de demora innecesarios y complicaciones relacionadas que pueden ser deletéreos para su pronóstico.

METODOLOGIA DE CAMBIO VIRAL APLICADA EN LA HUMANIZACIÓN DEL HOSPITAL

AUTORES

DOLORS SANCHEZ IZQUIERDO¹; H DURO PEREZ²; D SOLDEVILA CASAS³; D ASENSIO FLORES⁴; H MOLINER LLOPIS⁵; D LOPEZ ROSENDO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE²; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE³; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE⁵; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

El éxito de una asistencia sanitaria excelente y de calidad radica, en el profesionalismo incorporando los avances técnicos y científicos, y por otro en la humanización, fruto de la vocación e implicación de los profesionales. Elaboramos una estrategia de humanización con diferentes acciones que la ponen en valor

El proyecto que se presenta se desarrolla como una acción más del proyecto más amplio de humanización del Hospital

Objetivos

Impregnar la organización de los valores inherentes a la humanización: compromiso, Confianza, Equidad, Profesionalidad, Proximidad, Respeto, responsabilidad, transparencia

Impulsar la participación de los profesionales favoreciendo la escucha activa de pacientes y familias

Dar herramientas a los equipos directivos para desarrollar su liderazgo transformador y facilitador

Material y métodos

Tenemos una formación de sensibilización para transmitir los valores. Entre la primera y la segunda sesión, se encarga que observen su entorno, escuchen a los pacientes y familias y realicen una propuesta de humanización.

Constituimos una comisión de humanización multidisciplinar de profesionales en activo, sénior y directivos. Las funciones son: registrar las propuestas, convocar al profesional, informar al superior inmediato de la iniciativa que ha propuesto su colaborador, valorar la viabilidad, elaborar un informe para aprobarlo en comité de dirección y facilitar la implementación

Nombramos al profesional que ha hecho la propuesta humanizador para propagar los valores y los comportamientos que ha puesto en práctica. Entregamos al profesional dos pins, una como reconocimiento a su implicación y otro con la consigna de que la entregue a un compañero difundiendo el proyecto

La red de humanización está formada por los profesionales que han hecho una propuesta o muestran interés en el proyecto. Elaboramos un boletín de novedades que se publica en la intranet y que se envía por correo a la red de humanización para evitar la infoxicación

Resultados

Tenemos más de 300 propuestas. Hemos analizado 134 propuestas

Generamos grupos de trabajo con profesionales de temática similar, favoreciendo el trabajo en equipo y la comunicación

Impregnamos de los valores a través de los agentes de humanización

Trabajamos de forma transversal en todos los ámbitos de gestión

Las evidencias son: consulta base datos humanización en la licitación de servicios, incluyendo a los humanizadores en los grupos de trabajo

Usamos la información que aportan los profesionales para mejorar los proyectos del hospital de obras o asistenciales.

Continuamos recogiendo iniciativas de los profesionales después de dos años

Incluimos en la formación de acogida los comportamientos que humanizan la asistencia

Tenemos un decálogo de humanización que se difunde como cultura en la red corporativa y las sesiones de trabajo de los equipos.

Conclusiones

Los profesionales sensibilizados propagan la cultura y los valores. El método consigue un cambio organizativo mediante el contagio viral.

CÓDIGO AMABLE: SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL TRATO Y LA CALIDAD PERCIBIDA EN CONSULTAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

AUTORES

M^a Dolores Martín-Rodríguez¹; MT Otero-Barrós²; B Gómez-Tato³; C Durán-Parrondo⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección General de Evaluación Asistencial y Garantías. SERGAS. Servicios Centrales.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

La Estrategia 2020 recoge el compromiso de nuestro Servicio Público de Salud de mejorar la salud y calidad de vida de los ciudadanos de la Comunidad, desde una concepción integral de la salud poniendo al paciente como centro del sistema

Objetivos

El modelo de certificación 'Código Amable' evalúa el trato y la calidad percibida por los usuarios en nuestro Servicio de Salud, identificando áreas de mejora, en las consultas externas y unidades de pruebas diagnósticas de hospitales y de los servicios de Atención Primaria.

Material y métodos

En 2015 creamos un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales y pacientes. Diseñamos el modelo de certificación "Código Amable" con 9 categorías de evaluación: desplazamientos, señalización, comunicación, privacidad, espera, atención, información, infraestructura, organización. Cada dimensión tiene un peso relativo sobre 100 puntos, según su impacto sobre la percepción de calidad del paciente. Elaboración de manual y registro automatizando resultados por dimensión. Pilotaje autoevaluación de consultas externas de un Hospital. Evaluación externa por dos técnicos de calidad independientes e identificación de áreas de mejora y revisión del modelo, redefinición de criterios, metodología de evaluación y registro en 2016. Se pilota en consultas externas y pruebas diagnósticas de los hospitales públicos y en un servicio de Atención primaria para identificar problemas de aplicabilidad. Elaboración de documento definitivo. Año 2017: se incluye en acuerdo de gestión la realización de autoevaluación de las consultas externas de los hospitales públicos.

En 2018 se incluye en el acuerdo de gestión realizar la autoevaluación en 5 Servicios de Atención Primaria de cada Área Sanitaria del Servicio Público de Salud.

Resultados

En 2017 realizamos autoevaluación de consultas externas en 3 hospitales > 500 camas (puntuación 71,2; 84,7 y 56,8), en 7 hospitales > 200 camas (63,57; 20,17; 58,6; 90,2; 38; 19,7; 30,9) y 7 hospitales < 200 camas (42,3; 74,3; 30,2; 48,2; 75; 72,2; 37,5). Se identificaron áreas de mejora que generaron intervenciones en diferentes dimensiones del trato a los usuarios. Hemos observado mucha variabilidad en los resultados de centros de la misma categoría. No se identificaron problemas relevantes en la aplicabilidad del modelo.

En 2018 se autoevalúan 38 Centros de Atención Primaria: la menor puntuación obtenida fue 17,3 y la mayor 84,7, con una gran variabilidad entre centros y entre áreas sanitarias. Los resultados obtenidos han servido para elaborar un plan de mejora.

Conclusiones

El modelo es aplicable sin problemas en los Hospitales. Todos los criterios del modelo no son aplicables en todos los servicios de Atención Primaria.

El modelo ha servido para identificar áreas de mejora, permite hacer benchmarking entre centros, seguir su evolución en el tiempo y analizar los resultados pre y post intervención.

Es necesario realizar auditorías externas para verificar los resultados de las autoevaluaciones y analizar las discrepancias para la mejora.

¿CÓMO QUIEREN LOS PACIENTES A LOS PROFESIONALES SANITARIOS?

AUTORES

ROSA FERNANDEZ LOBATO¹; MA GARCIA SANCHEZ²; M CUESTA RODRIGUEZ-TORICES³; J GONZALEZ REVALTERIA⁴;
MD CALLES GATO⁵; MA ANDRES MOLINERO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Se puede inferir cómo nos gustaría ser tratados por los profesionales sanitarios, pero no se tiene una evidencia concreta y específica de los valores que más reconocemos y agradecemos en esos profesionales.

Esta falta de evidencia es la que busca cubrir este trabajo, ofreciendo un análisis cualitativo de los agradecimientos de los ciudadanos.

Objetivos

Conocer de forma cualitativa cómo se materializa la satisfacción de los usuarios de un hospital, teniendo en cuenta la percepción que a través de los agradecimientos escritos hacen llegar los pacientes y usuarios, y de esta forma poder diseñar programas de formación centrados en desarrollar en los profesionales una actitud de humanización en sus relaciones y trato.

Material y métodos

Análisis de los 736 agradecimientos que se han recibido de forma escrita en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital, tanto presenciales como de forma telemática, desde el 1-1-2011 al 31-12-2017 y registrados en la aplicación institucional Cestrack de la nuestra Comunidad. En el análisis se han segmentado los agradecimientos por tipo de usuario (paciente/acompañante), sexo y áreas de competencia (atención, trato, información,...) teniendo en cuenta su aparición explícita o implícita en los textos escritos.

Resultados

Presentan más agradecimientos las mujeres (64%) que los hombres ($p < 0,001$). Los pacientes presentan el 57% de los agradecimientos, significativamente más que los familiares ($p < 0,001$).

Las áreas que más ocurrencia presentan son las de:

-Profesionalidad (157);

-Trato (137);

-Actitud positiva hacia el paciente: amabilidad (88), humanidad (74) y cariño (68); - Atención (62).

Estas representan un 75% de todas las recibidas.

Conclusiones

¡€ Los usuarios, pacientes o familiares, que reciben una atención que supera sus expectativas están más motivados para escribir un agradecimiento.

¡€ La profesionalidad, el trato y la actitud humana y cercana que ofrecen los trabajadores son los aspectos más valorados.

¡€ A partir de estos aspectos puede diseñarse una estrategia formativa adecuada para potenciarlos entre el personal asistencial que minime, al mismo tiempo, el desgaste del profesional y aumente la percepción de la calidad en el usuario.

IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL BIENESTAR DEL PACIENTE CON DEMENCIA

AUTORES

Ainhoa Torner Busquet¹; C Ferrero Matas².

CENTRO DE TRABAJO

Mutuam.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Dentro del marco de la atención centrada en la persona, existen herramientas que ayudan al equipo a evidenciar el impacto de sus intervenciones sobre el bienestar de las personas.

Actualmente en nuestro grupo se está usando la herramienta DCM, que evalúa el impacto que tienen las intervenciones de los profesionales sobre el bienestar de las personas atendidas, pero se le está dando un uso limitado, y sin un fin determinado, que hace que la herramienta no proporciona propuestas de mejora.

Los centros dedican actualmente esfuerzos a organizar dos mapas anuales, pero sin ninguna garantía de una buena devolución y un buen trabajo posterior de seguimiento de las propuestas surgidas e implementar las acciones

Objetivos

Incorporar el resultado de las evaluaciones en el sistema de gestión de calidad, para poder hacer un seguimiento de las acciones propuestas para la mejora continua y ver si la intervención mejora el bienestar de las personas atendidas en nuestros centros.

Material y métodos

Dar a la herramienta un uso estratégico, que ayude a diseñar acciones de mejora del grupo. Para ello se unen a las personas expertas en el uso de la herramienta, la Dirección de Calidad y la Coordinadora de los proyectos de Atención Centrada en la persona, para poder realizar una valoración global y relacionar que aspectos son fundamentales para la mejora en el bienestar de las personas y promover su diversidad ocupacional. Todo esto ayudará a diseñar estrategias de grupo que sean efectivas y homogéneas.

Definir los aspectos que se han observado claves en el bienestar de los usuarios y por tanto que se han de garantizar en el modelo de asistencia.

Poder tener datos cuantificables, que ayuda también a la dirección del centro a valorar las incidencias de los proyectos en el bienestar de los usuarios.

Actualmente se han realizado todos los mapas en los centros, se han realizado propuestas de mejora y está pendiente la realización de la segunda evaluación, para ver si ha habido mejora en el bienestar de las personas atendidas.

Resultados

Actualmente se está realizando la segunda evaluación y no hay datos comparativos.

Conclusiones

Pendientes de los resultados

¿SOLO SE INTERRUMPE A LOS SANITARIOS? INTERRUPCIONES EN LAS UNIDADES DE ATENCION AL USUARIO DE LOS CENTROS DE SALUD (CS)

AUTORES

Mercedes Román Muñoz¹; P Merino Marín²; M Vazquez Pinilla³; D Leal Gimeno⁴; P Garcia Fernandez⁵; M Pérez Ramirez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Dirección Asistencial Oeste Unidad de Atención al Paciente¹; Dirección Asistencial Oeste Unidad de atención al Paciente²; Dirección Asistencial Oeste Unidad de atención al Paciente³; Dirección Asistencial Oeste Unidad de Atención al Paciente⁴; Dirección Asistencial Oeste⁵; Dirección Asistencial oeste⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

El trabajo que se realiza en las UAU es cada vez más complejo y profesionalizado. Las interrupciones en su trabajo por otros profesionales del CS conllevan una disminución de la efectividad y pueden suponer un problema de seguridad para el paciente

En el año 2017 se elabora en la Unidad de Atención al Paciente (UAP) de la Dirección Asistencial (DA) un proyecto de mejora de las UAU, que incluye las propuestas de los CS, siendo una demanda prioritaria para los profesionales de las UAU abordar el problema de las interrupciones en su trabajo

Objetivos

Disminuir las interrupciones en las UAU

Fomentar el respeto al espacio físico y al trabajo de la UAU

Material y métodos

Se forma un grupo de trabajo formado por responsables de UAU y la UAP que analiza las causas de las interrupciones y elabora propuestas de mejora

Utilizando la Recomendación de Seguridad generalizable (RSG) de interrupciones en consulta de los profesionales sanitarios, se señalan aquellas acciones que también afectan a las UAU, y se añaden otras específicas de la UAU

El documento es aprobado en la DA y el grupo de trabajo lo presenta a todos los jefes de equipo de las 30 UAU

Para la puesta en marcha se pide a cada UAU discuta el documento, y elegir al menos 4 acciones a poner en marcha. Para alguna es imprescindible que el Equipo Directivo del CS y/o el responsable de seguridad, se impliquen en la decisión y consecución de dicha acción

El documento se presentó a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) de la DA, y ésta lo propuso como RSG para todos los CS de la Comunidad Autónoma, siendo aprobado como RSG enero de 2019

Resultados

Realizada encuesta cuantitativa y cualitativa a fecha de 31-12-2018 tras un año de implantación

Evaluación cuantitativa: de los 30 CS de la DA

- 2 CS sin problema detectado

- 4 CS pendiente de poner en marcha

- 21 CS lo han puesto en marcha, eligiendo una media de 3,47 acciones por CS. Consideran que son efectivas el 81% de los CS. Regularmente efectivas el 14 %, no son efectivas el 5 % de los CS

Evaluación cualitativa:

Consideran que son efectivas: cada vez nos interrumpen menos, hemos mejorado mucho, es muy importante: ladrones de tiempo, ha sido un gran trabajo

Aprecian mejoras con respeto al espacio físico de la UAU, pero es preciso continuar con este objetivo: el respeto al espacio físico ha mejorado un poco, aún queda por hacer en cuanto al respeto de la zona de trabajo

Las mejoras de este proyecto repercuten también positivamente en el usuario: los usuarios no interrumpen, no van a consultas equivocadas, aporta seguridad al paciente

Valoran positivamente que afecte a todos los profesionales del CS: es un proyecto de cara a los profesionales sanitarios y no sanitarios, pues nos afecta a todos, sería interesante la participación del responsable de seguridad del paciente del CS

Conclusiones

Disminución de las interrupciones que sufren las UAU, con repercusión positiva en los usuarios
Ha mejorado el respeto al espacio físico de la UAU, pero es preciso continuar con este objetivo

AFRONTAR LA HOSPITALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO Y LA CRONICIDAD

AUTORES

ENRIQUE GONZALEZ FERNANDEZ¹; MG SAIZ GARCIA²; S GARCIA GONZALEZ³; J GONZALEZ GOMEZ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN²; HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN³;
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS⁴.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Si Asturias es una Comunidad Autónoma envejecida, la Comarca de Avilés, ámbito del Área Sanitaria 3, presenta un elevado índice de envejecimiento (2,77) y una tendencia al alza muy evidente. Esta tendencia impacta en el perfil del paciente hospitalizado y produce cambios importantes en el perfil de actividades que deben realizarse en las Unidades de Hospitalización, siendo cada vez más elevada la necesidad de personal Técnico Auxiliar de Enfermería y Celadores, dado el creciente número de personas dependientes.

Un indicador relevante es el crecimiento en el número de personas mayores de 80 años que ingresan en el hospital, actualmente en cifras entre el 36 y 40 por ciento del total de ingresos.

Un 12 por ciento de los ingresos eran personas que residían en centros sociosanitarios.

El perfil de pacientes obliga a cambiar aspectos nucleares de la organización

Objetivos

1.- Reducir las estancias de pacientes con mayor nivel de fragilidad, desarrollando modelos de atención alternativos. Los modelos alternativos han sido los siguientes:

-Impulso de la Hospitalización a Domicilio

-Desarrollo de un Plan específico de atención al paciente residente en centros sociosanitarios

2.- Mejorar las condiciones de atención en el periodo de hospitalización, fundamentalmente:

-Adecuar los perfiles profesionales en las unidades

-Mejorar infraestructuras

3.- Otras medidas de mejoras cualitativas, como la atención a cuidadores

Material y métodos

1- Se dotó con personal la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y se amplió el horario y el territorio de cobertura

2- Se incorporó una enfermera especialista en Geriátrica para la gestión de casos, destinada al seguimiento de los pacientes que ingresan procedentes de centros sociosanitarios y la coordinación con dichos centros

3- Se incorporó un facultativo especialista en Geriátrica para la valoración de fragilidad y seguimiento y control de los pacientes institucionalizados

4- Se incorporó personal auxiliar y celadores de apoyo en las Unidades de Hospitalización

5- Se dotaron habitaciones adaptadas a pacientes con movilidad reducida y se mejoraron aspectos cualitativos de equipamiento y luz en las Unidades

6- Se establecieron sesiones de formación y coordinación con los centros sociosanitarios

Resultados

Se ha reducido el número de ingresos urgentes (de 13.648 a 12780 en tres años)

Se ha reducido el porcentaje de ingresos procedentes de centros sociosanitarios, del 12% al 8,5%

Se han reducido las causas evitables de ingreso en pacientes de centros sociosanitarios

Se ha mejorado la organización de las Unidades y se ha realizado mejor evaluación y seguimiento de pacientes en la hospitalización

Se ha reducido el tiempo de ingreso de los pacientes, de 6,0 días a 5,66 días

Las familias de pacientes de centros sociosanitarios tienen mayor confianza en el seguimiento que se realiza a los pacientes

Conclusiones

El envejecimiento impacta en la organización hospitalaria. Mejorar la atención exige nuevas formas de atención, mayor coordinación y nuevos perfiles profesionales.

HOSPITAL SILENCIOSO

AUTORES

Mario Blanco Rodríguez¹; V Cordero Luque²; S Masip Bonastre³; A Fleta Nebot⁴; A Cruz Oliveras⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari Sagrat Cor.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Diversas investigaciones han mostrado que la exposición a niveles de ruido superiores a 50 dB no facilita la recuperación y rehabilitación de los pacientes, habiendo recomendaciones de la OMS en el mismo sentido. Un ambiente acústico de calidad mejora los patrones de descanso y bienestar de aquellos y del propio personal sanitario

Planteado como objetivo del Hospital en 2015, se ha dado continuidad a las acciones emprendidas entonces, pudiendo presentar una comparación de resultados positiva.

Objetivos

Dar continuidad a las acciones emprendidas en años anteriores mejorando la percepción de los pacientes. Estos objetivos se enmarcan en una estrategia corporativa y son coherentes con las líneas estratégicas del Centro referentes a “Calidad y Seguridad” y a “Mejora en equipamientos”

Material y métodos

Originalmente se realizaron mediciones sonoras en diversas plantas de hospitalización del Centro. Para estas mediciones se utilizaron sonómetros debidamente verificados. Las mediciones dieron resultados dentro de los rangos de tolerancia pero ligeramente superiores de los estándares recomendados

Para la obtención de datos sobre percepción del ruido que tienen nuestros pacientes, se pasó una sencilla encuesta, fundamentalmente, a pacientes hospitalizados. Esta encuesta se ha vuelto a realizar en 2018 para verificar la efectividad de las acciones emprendidas tras la evaluación de los resultados. Esta intervención permite, asimismo, recibir a pie de cama valiosa información sobre el confort de los pacientes. En ambos casos se asignaron recursos por parte de Dir. de Enfermería y Dir. de Operaciones para la realización de encuestas y acciones subsiguientes.

A lo largo de la experiencia se emprendieron diversas acciones de mejora como: Instalación de sonómetros en algunas plantas, sensibilización del personal (“píldoras” formativas), reserva de determinadas habitaciones para ingresos de corta estancia o para pacientes de cuyo estado se deduzca una mejor tolerancia al ruido, mejoras en distinto equipamiento móvil para amortiguar el ruido producido, diseño e implantación de nueva señalética, etc.

Resultados

La comparación de encuestas realizadas en 2015 y 2018 a pacientes hospitalizados arroja los siguientes resultados medios: Un 58% de los pacientes encuestados en 2015 perciben ruido, con menor o mayor intensidad, en 2018 el dato es de un 46%. En 2015 un 56% de los pacientes encuestados manifestaba que el ruido les afectaba o les afectaba mucho, ese dato ha caído en 2018 a un 19%. El porcentaje de pacientes a los que no les afectaba nada el ruido ha aumentado de un 13% en 2015 a un 53% en 2018. Los pacientes identificaban como principal fuente de contaminación acústica a los familiares y pacientes, siendo ahora el personal asistencial la primera procedencia citada. En 2019 se lleva a cabo una nueva oleada de encuestas

Conclusiones

Los resultados obtenidos justifican la continuidad del proyecto y abren nuevas líneas de trabajo tanto con el personal asistencial, como relacionadas con mediciones sonoras a realizar.

EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE ADMISIÓN Y AVISO ALFANUMÉRICO DE PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA

AUTORES

Montserrat Oliveras Gil¹; L Escriche Díaz²; MA Victorio Gaitán³; J Rodríguez López⁴; MM Elvira Meire⁵; A Sánchez Jiménez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital de Viladecans.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Anteriormente el usuario de la consulta externa, a su llegada al hospital, se identificaba con su tarjeta sanitaria individual en los cajeros ubicados en las puertas de acceso. El cajero le informaba de la consulta a la cual debía dirigirse. En la sala de espera el profesional avisaba verbalmente a los usuarios para ser visitados.

Con el nuevo sistema el usuario, a su llegada al hospital, se identifica igualmente en los cajeros ubicados en las puertas de acceso. El cajero imprime un código alfanumérico por usuario y le informa de la sala de espera a la que debe dirigirse. El profesional sanitario, desde el listado de trabajo, avisa al usuario para entrar a la consulta. Este aviso se muestra en los televisores ubicados en la sala de espera mediante código alfanumérico y aviso acústico.

Objetivos

El objetivo de este estudio es demostrar la satisfacción de los usuarios y profesionales de la consulta externa del nuevo sistema de admisión y aviso, así como también identificar puntos de mejora en el circuito.

Material y métodos

Estudio descriptivo basado en la realización de 176 encuestas a usuarios de consultas externas y 76 profesionales de consultas externas en las cuales se solicita la valoración de los diferentes puntos clave del circuito de admisión y aviso.

Resultados

El 75% de los usuarios encuestados y el 65% de los profesionales encuestados se muestran muy satisfechos o totalmente satisfechos con el nuevo circuito.

El 80% de los usuarios encuestados se muestran muy satisfechos o totalmente satisfechos con el tratamiento de la confidencialidad de los datos en la sala de espera.

El 88% de los profesionales encuestados no volverían al sistema de aviso anterior.

Conclusiones

El estudio demuestra que tanto el usuario como el profesional valoran positivamente el nuevo sistema de aviso.

Este sistema surge de la necesidad de tratar la información de manera confidencial en la sala de espera, así como también mejorar la señalización del área de consultas externas, dirigiendo al usuario a la sala de espera y no al consultorio concreto.

Actualmente el Hospital de Viladecans se encuentra en un proyecto de ampliación y reforma de sus instalaciones, hecho que ha comportado una condensación del área ambulatoria, es decir, mayor número de personas por sala de espera. El sistema de aviso ha permitido gestionar mejor el flujo de pacientes en las salas de espera.

HACIA EL RUIDO ZERO: MEJORAR EL CONFORT Y EL DESCANSO DE NUESTROS PACIENTES

AUTORES

ALMUDENA SANTANO MAGARIÑO¹; R BODES PARDO²; M SOLIS MUÑOZ³; A SOMOLINOS MARTINEZ⁴; B ANDRES GIMENO⁵; M GALLEGO PAZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

En nuestro Hospital la mejora de la Intimidad, Confort y Ruido Zero forma parte de la estrategia de Humanización del Hospital.

Objetivos

Proporcionar un entorno más confortable, saludable, con el mínimo ruido, garantizar el descanso de nuestros pacientes y conseguir un ambiente de trabajo más adecuado para los profesionales

Material y métodos

En octubre de 2016 se encuesta a los pacientes hospitalizados mediante Escala HUMANIZA-Hospital, que contiene entre otros la medición de la percepción del ruido en las unidades y su influencia en el descanso/sueño diurno y nocturno. Se crea una comisión específica para analizar los resultados cuantitativos y cualitativos de la misma. Se realiza medición del nivel de ruido en las unidades de cuidados intensivos y el resultado es mayor a lo recomendado por la OMS. Puesta en marcha del plan para identificar y analizar las principales fuentes de ruido en Unidades Hospitalización, Observación Urgencias y Unidades de Críticos. Las actuaciones son: señalética y campaña de sensibilización recordatorio de silencio; semáforos de ruido que detecta umbrales de presión acústica y los representa con colores; musicoterapia ambiental; y planes de mejora del descanso en las Unidades que se

RESUMEN en 1-Identificar fuentes que potencialmente pueden interrumpir el descanso, especialmente en tramos horarios nocturnos: número de veces que se entra en la habitación; ruidos identificados; temperatura de la habitación o visitas. 2-Promover planes de intervención sobre los niveles de ruido e interrupciones en el descanso de los pacientes causados: agrupación de tareas por parte del personal de Enfermería; consenso con el equipo médico actividades a realizar en otros turnos; asegurar medidas de confort necesarias; reducir a primera hora volumen telefonía e iluminación de las zonas comunes.

Resultados

Tras la implantación de las diferentes actuaciones del plan de mejora en las unidades, la encuesta HUMANIZA-Hospital en Noviembre de 2018, observa una sensible mejora de resultados de percepción en el FACTOR RUIDO, destacar una mejora de un 3% respecto a los resultados pre intervención en el ítem "No me han despertado durante la noche, sin ser necesario, interrumpiendo mi sueño" (92,7%) y el incremento de un 4,5% de mejora sobre la percepción del ruido nocturno "El ruido no me molestaba para dormir por la noche" (88,1%). La encuesta de percepción y participación en el programa a los profesionales (76% respuesta, 321 profesionales). A destacar que el 87,5% instruye a los familiares para que no estén en el pasillo durante el descanso nocturno, que el 83,3% de las enfermeras acondiciona los horarios de la medicación y que el 100% de los mandos intermedios consideran que la implantación del plan ha servido para aumentar la calidad del descanso.

Conclusiones

El ruido en los hospitales es inevitable, pero puede mitigarse cuando colaboran pacientes y profesionales

RECONECTANDO CON NUESTRO PROPÓSITO: ABRIENDO EL CORAZÓN A LOS CIUDADANOS Y A LOS PROFESIONALES

AUTORES

CARME MOMPÓ I AVILÉS¹; D PINTADO FERREÑO²; J VILARASAU FARRÉ³.

CENTRO DE TRABAJO

CONSORCI SANITARI INTEGRAL.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Dentro de la estrategia 2017-2019, se ha revisado el Modelo asistencial y organizativo con la participación de los profesionales. Se han definido 4 ejes del Modelo: Ofrecer la mejor experiencia posible al ciudadano (atención centrada en la persona); Ofrecer el recurso más idóneo y cercano; Continuidad asistencial; Apoderar a los profesionales.

Objetivos

Promover la cultura de la hospitalidad y la atención centrada en la persona como prioridad inicial de despliegue del eje "Ofrecer la mejor experiencia posible al ciudadano" del Modelo.

Material y métodos

Se crea un grupo multidisciplinar i se nombra una coordinadora.

A partir de las ideas recogidas y de bibliografía, se define el contenido del eje (conceptos, subconceptos y requisitos).

Se distribuye la información en una estructura matricial con 5 niveles de dificultad (del básico a la excelencia).

Se comunica el Modelo a todos los profesionales (reuniones, Intranet...).

Seguimiento trimestral de resultados, en el marco de la planificación estratégica.

Resultados

Definido el propósito del eje: Somos personas comprometidas en ofrecer la mejor experiencia posible al ciudadano, con trato amable, hospitalidad, acompañamiento y respeto a su dignidad como persona.

Identificados 6 conceptos (Cultura de hospitalidad; Información y comunicación; Trato respetuoso y amable; Atención individualizada y holística; Bienestar y confort; Cuidar a los profesionales) y 18 subconceptos.

Se prioriza el despliegue de la Cultura de hospitalidad, definiéndose 12 requerimientos y acciones de mejora.

Principales logros:

-I Jornada de buenas prácticas en atención centrada en la persona.

-Concurso de fotografía sobre humanización.

-Taller de Innovación: 30 profesionales y alumnos de una escuela trabajan retos innovadores sobre Organización optimista y Humanización en la asistencia.

-Creada la Comisión de participación y experiencia del ciudadano: revisadas rutas asistenciales de EPOC e Insuficiencia Cardíaca, con la participación de pacientes.

-Creada la Comisión para la promoción de la salud en la comunidad, los usuarios y los profesionales.

-Inauguradas salas de lactancia para profesionales en 2 hospitales.

Conclusiones

El Modelo es una declaración de cómo queremos llevar a cabo la asistencia, la relación entre las personas y la organización de las mismas. Creemos que el despliegue del Modelo implica:

-Dar visibilidad y poner en valor lo que ya se está haciendo de forma alineada al Modelo. Y, a partir de la experiencia de estas buenas prácticas, establecer los requisitos concretos en el Modelo.

-Establecer redes, facilitar alianzas y potenciar las ideas de los profesionales en relación al Modelo.

-Proponer y poner en marcha nuevas acciones que no están surgiendo por propia iniciativa de los profesionales

La estructura matricial usada permite: ordenar los requisitos, establecer prioridades, hacer un seguimiento del nivel de consecución de los requisitos e introducir nuevos requisitos o cambiar los grados de excelencia a lo largo del tiempo de forma integrada con los existentes.

MANOS QUE CUIDAN, MANOS QUE CREAN: PROFESIONALES APOSTANDO POR ENTORNOS AMABLES EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA URGENTE

AUTORES

MERCEDES ALBUERNE SELGAS¹; C PRIETO ANTON²; P PRADO OTERO³; N RODRIGUEZ GONZALEZ⁴; C VILLALIBRE CALDERON⁵; R RODRIGUEZ BLANCO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTIN DE AVILES.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Sabemos que las características del entorno influyen en los resultados de salud: un ambiente agradable tiene un impacto altamente positivo. Esto es especialmente importante en los niños, cuyos beneficios son aún más destacables. Desde la elaboración del “Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria” del INSALUD en el año 1984 se han desarrollado múltiples estrategias a nivel autonómico (2004, Plan de Confortabilidad del SESPA) que nos invitan a “superar la percepción ajena y con frecuencia hostil con que los centros sanitarios se presentan al usuario”. Esta idea se retoma y actualiza en el dominio 8 (Humanización de la Asistencia) de la GECCAs-2018.

Nuestro hospital comarcal mantenía en el área de pediatría de urgencias la misma estructura que en su inauguración hace 43 años. La asistencia a 8700 menores/año contaba con una zona diferenciada para la exploración, pero carecía de sala de espera propia, que era compartida con la de adultos de baja prioridad. Una pequeña reforma de mejora del entorno del servicio nos permitió contar con un espacio propio, pero era pequeño, sin ventanas... poco confortable. Los profesionales apostamos por el cambio: elegimos cuidar en ambientes amables y trabajamos por conseguir mejor calidad de nuestra asistencia también en el plano de la humanización de cuidados.

Objetivos

- 1.-Rediseño low cost de una sala de espera diferenciada para pediatría.
- 2.-Implicar a los profesionales del servicio y dar salida a su talento creativo
- 3.-Realizar un proyecto cooperativo que afiance nuestro sentido de servicio en el momento de cambios que estábamos viviendo.

Material y métodos

Panel informal para lluvia de ideas en la sala del café. Reuniones informales.
Trabajo cooperativo y si fuese preciso crowdfunding para su puesta en marcha.

Resultados

Una TCAE de la unidad, - pintora-, accedió a esta creación: recogió y canalizó las ideas de los profesionales, aplicó su conocimiento de la técnica y sobre la apreciación que los menores hacen del arte, y comenzó a transformar un hueco en una sala de espera pediátrica, en un lugar para dejar volar la imaginación y a los sueños de los menores.

La institución financia los materiales. Los compañeros la ayudan en la obra o cubren su hueco asistencial para que pueda realizarla.
El resultado refuerza el sentido de equipo y el orgullo de pertenencia.

Conclusiones

Prestar atención sanitaria en un ambiente amable y confortable para los pacientes debe ser asumido como un criterio de calidad que complementa la calidad científica y tecnológica de la atención que prestamos.

Los profesionales debemos propiciar los cambios, no esperar a que vengan dados por las instituciones.

No es necesario un gran presupuesto para hacer confortable un espacio.

Todos tenemos talentos que puestos al servicio de los otros conforma una oportunidad de mejora para la organización.

Los proyectos que surgen de la propia plantilla, si son alentados, refuerzan y consolidan nuestra implicación y sentido de pertenencia.

PROYECTO SUEÑON EN LAS CLINICAS IMQ

AUTORES

Isabel Urrutia Johansson¹; A Uranga Ibarra²; A Villate³; E Ondarza⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Clínica IMQ Zorrotzaurre¹; Clínica IMQ Zorrotzaurre²; Clínica IMQ Zorrotzaurre³; Clínica IMQ Virgen Blanca⁴.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Este proyecto “surge de la voluntad de IMQ de abordar una situación con la que se encuentra cualquier persona que, por una u otra razón, tiene que pasar alguna noche en alguno de nuestros hospitales poniendo en marcha algunas soluciones que pueden ayudar a mejorar el descanso y el “buen dormir” de pacientes- residentes, y que, en muchas ocasiones, son de fácil implantación”.

Objetivos

- Promover una cultura y concienciación del descanso entre los diferentes roles profesionales intervinientes.
- Adoptar recomendaciones que reduzcan los efectos de los factores que intervienen en la disrupción del sueño (luz, ruido, camas, prestación de cuidados asistenciales... etc).
- Mejorar, en definitiva, la calidad del sueño de nuestras personas mayores.

Material y métodos

- Constitución de la Comisión del Sueño en el año 2016
- Diagnóstico de situación conforme a una serie de valores y criterios adaptados al sector residencial.
- Entrevistas a pacientes mediante cuestionario estructurado con el objetivo de conocer su percepción con respecto a la calidad del sueño (2017- 2018)
- Identificación de áreas de mejora, derivadas del Diagnóstico por Comisión y entrevistas con pacientes.
- Despliegue de Iniciativas de mejora.
- Re- evaluación en el 2018 de las iniciativas aplicadas

Resultados

- Se han dado instrucciones al personal para “hablar más bajito” y “hacer menos ruido” sobre todo en las horas mágicas
- Se han cambiado las ruedas de los carros con el objetivo de que no hagan ruido
- Se han bajado intensidades de luz para preservar el sueño y el descanso
- Disminución de las alarmas, siempre bajo conocimiento médico y anotación en HC
- Campañas de sensibilización hacia familiares y visitas.
- Se han bajado el volumen de los timbres de las zonas de control, en horarios nocturnos
- Mejora del 21,8% las valoraciones positivas de sus pacientes hospitalizados en los índices de satisfacción general del descanso y el respeto de las horas del sueño.

Conclusiones

Durante el 2019, y con el objetivo de mantener estos buenos niveles de resultados, se han continuado implementando acciones, como por ejemplo, el cambio de camas de pacientes, almohadas que permitan una mayor ergonomía al paciente, así como el cambio horario en la sistemática de control de temperatura, o mejorar el descanso de los pacientes hospitalizados que van a ser intervenidos de manera programada.

EL VIAJE DE NACER

AUTORES

Ana Ortiz¹; J Andres²; A Uranga Ibarra³.

CENTRO DE TRABAJO

Clínica IMQ Zorrotzaurre.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

En ocasiones, aunque las pacientes ya conocen al ginecólogo que les atenderá en el parto, puede dar más seguridad o confianza visitar previamente las instalaciones donde darán a luz, las salas de dilatación, el paritorio, la planta de Maternidad... Por ello, en la Clínica IMQ Zorrotzaurre, damos la oportunidad de conocer las instalaciones con antelación, organizando una visita al mes. Las pacientes que acuden a la visita son aquellas que acuden al centro de IMQ Ajuriaguerra para realizar ejercicios y fisioterapia con las matronas pero también dejamos abierta la visita para toda paciente privada que esté interesada en nuestras instalaciones y servicios.

Objetivos

Con esta visita – consulta prenatal, queremos potenciar el Servicio de Partos así como el paciente privado que acude a las Clínicas. Creemos que para las pacientes interesadas en el IMQ para el momento de ser madres, puede ser de gran ayuda, no solo conocer las instalaciones, si no conocer a pediatras y matronas que les van a atender y las pautas y consejos que estas les dan. Las sesiones realizadas a partir del segundo semestre del año, recogen una encuesta de satisfacción de los visitantes.

Material y métodos

- Realizar y preparar el material necesario para las sesiones
- Recolectar y organizar a las pacientes que acuden a la visita mensualmente
- Recogida de datos: satisfacción y futuras pacientes.
- Tanto pediatras como matronas y supervisión, son responsables de la presentación que se realiza.
- La supervisora es la encargada de recoger los datos y las citas de las visitantes

Resultados

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos más especiales de la vida. Contamos para ello, con un equipo multidisciplinar de atención integral al parto, cuyos profesionales trabajan conjuntamente para ofrecer la máxima seguridad y calidad asistencial en todo el proceso. La valoración de las visitantes en la visita es de 4,01 de 5 siendo el 67% de estas futuras pacientes de la Clínica IMQ Zorrotzaurre.

Conclusiones

La recomendación de ofrecer a todas las gestantes y sus parejas la oportunidad de adquirir habilidades y conocimientos sobre embarazo, parto, cuidados puerperales, y del recién nacido y la lactancia, genera en ellos una percepción positiva que les ayuda a adaptarse a las nuevas circunstancias. Así mismo, el hecho de conocer físicamente los lugares, tecnología y profesionales implicados en todo el proceso del parto, favorece, sin duda un clima de confianza y seguridad.

EN COCHE AL QUIRÓFANO

AUTORES

ESTHER MUÑOZ NUÑEZ¹; A HURTADO HERRERA²; I URRUTIA JOHANSSON³; A URANGA IBARRA⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Clínica IMQ Zorrotzaurre

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Para los niños pequeños puede ser muy estresante el hecho de enfrentarse a una intervención quirúrgica, aunque el procedimiento sea muy sencillo. Los niños sienten que “algo pasa” y que se les separa de sus aitas. Estos momentos no solo generan angustia en los más pequeños, sino también en los padres y en el personal. A la enfermería del Bloque Quirúrgico, le preocupaban los lloros y el estado de nerviosismo y angustia de los más pequeños. Revisando y haciendo benchmarking con otros hospitales, observaron que habían apostado por una iniciativa un tanto diferencial, pero con muy buenos resultados, y esto era, llevar a los niños a quirófono en un coche eléctrico. Se valoró la inversión con Dirección y se consensuó con anestesiistas y cirujanos, y se decidió poner esta iniciativa en práctica.

Objetivos

- Disminuir el sentimiento de angustia en niños pequeños y sus padres, derivado del momento de separación a la entrada del Bloque Quirúrgico (transfer).
- Potenciar un ambiente “más calmado y alegre” los días de intervenciones pediátricas.
- Facilitar los procedimientos pre-quirúrgicos por parte de enfermería y anestesia, ya que al estar el niño más relajado, se propicia la monitorización, y anestesia de una manera mucho más sencilla (él no está inquieto moviéndose constantemente, ya que entra al quirófono más relajado).
- Mejorar el despertar de la anestesia disminuyendo el sentimiento de preocupación y llanto. Los especialistas señalan también que la forma en la que los niños se van a dormir predice cómo se despertarán después de la anestesia. Si se duerme asustado, se despertará de la misma manera; pero si el niño se duerme calmado, tiende a despertarse de la intervención con menos llanto y preocupación.

Material y métodos

- Benchmarking iniciativas reducción estrés pediátrico
- Valoración de la iniciativa con supervisión BQ – Dirección.
- Análisis de tipología de coches
- Adquisición y compra
- Diseño del “nuevo circuito”
- Despliegue de las normas de uso y “seguridad”
- Puesta en marcha del proyecto
- Análisis de resultados

Resultados

La medición del impacto de esta iniciativa en su primera etapa de andadura en la Clínica IMQ Zorrotzaurre entre niños y niñas de 2 a 6 años (el cochecito permite hasta 30 kg de peso) pone de manifiesto que el 98% de los menores hospitalizados quisieron hacer uso del cochecito para acudir a quirófono, que el 100% de los niños y niñas que montaron en el coche fue sin llorar y en calma y que, además, el 95% de los usuarios se despertó tranquilo y sin agitación tras la intervención. Estos hechos consiguieron que el 100% de los padres, cuyos hijos fueron usuarios de estos cochecitos, hayan considerado la experiencia como muy positiva.

Conclusiones

Esta nueva iniciativa ha conseguido que los niños y niñas que requieren tratamiento quirúrgico vayan más tranquilos a quirófono gracias a los cochecitos que, por control remoto, les trasladan desde que se separan de sus padres hasta la sala de operaciones.

FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL USUARIO COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES

BLANCA TORRES MANRIQUE¹; C ORUÑA CONCHA²; JA DE LA FUENTE ALONSO³.

CENTRO DE TRABAJO

UNIDAD DE FORMACIÓN SUBDIRECCION DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

La evaluación de la calidad del servicio sanitario y la identificación de los factores que determinan la satisfacción del usuario son retos de las políticas de orientación hacia el cliente de los servicios de salud. La calidad de servicio debe cumplir con ciertas dimensiones como son: 1) la dimensión técnica referida a que el prestador cuente con conocimientos, habilidades para la realización de procedimientos clínicos adecuados a las necesidades del cliente, 2) la dimensión interpersonal referida a la interacción entre prestador y cliente, y 3) la dimensión de infraestructura que son las características del lugar, limpieza, iluminación y ventilación del ambiente.

El ciudadano tiene derecho a una humanización de la asistencia, que incorpore los adelantos científicos y que sea respetuosa con sus valores y creencias. La perspectiva social e individual de la calidad asistencial está relacionada con la accesibilidad, información y comunicación, respeto, confort y satisfacción. Para los profesionales sanitarios, la calidad está relacionada con la efectividad, es decir, con hacer lo correcto de manera correcta. Y para los gestores y responsables sanitarios, con la eficiencia, seguridad, competencia y resultados técnicos.

Objetivos

- Capacitar a los profesionales en la atención al usuario fortaleciendo las habilidades comunicativas y de resolución de conflictos.
- Evaluar el grado de satisfacción de los profesionales con la actividad formativa organizada.

Material y métodos

Durante los años 2016, 2018 y 2019 se impartió una actividad formativa presencial abordando la atención al usuario en atención hospitalaria y primaria. Los destinatarios fueron auxiliares administrativos y personal de primer contacto con el usuario, del servicio de salud. Se utilizó una metodología altamente participativa y práctica con el fin de promover un aprendizaje como herramienta de trabajo. El curso disponía de una sesión presencial con módulos específicos (el profesional de atención al usuario, atención presencial y telefónica, actuación en situaciones de crisis y colectivos específicos) y casos prácticos mediante role-playing. Para obtener el certificado del curso cada alumno deberá asistir al 100% de la sesión presencial. Se controló la asistencia mediante hoja de registro de firmas.

Resultados

Fueron formados 567 profesionales. Durante los años 2016, 2018 y 2019. Por rango de edad el 76,75%, 76,92% y 69,41% eran de más de 46 años. El 82,89% fueron mujeres y 57,14% con titulación de grado superior. En una calificación sobre 10, la utilidad del curso fue de 8,86, la metodología docente en relación con los conocimientos impartidos de 8,75 y la organización del curso de 8,83.

Conclusiones

La formación es una herramienta para conseguir que los profesionales sean eficientes y estén motivados y esto pueda contribuir para añadir valor a la calidad prestada en la atención al usuario.

PROYECTO HUCI: HUMANIZANDO LA ASISTENCIA EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

AITZIBER MARTINEZ FERREIRA¹; A URANGA IBARRA²; I URRUTIA JOHANSSON³.

CENTRO DE TRABAJO

Clínica IMQ Zorrotzaurre.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Enmarcado dentro del Plan de Humanización de las Clínicas de IMQ, y comprometidos con hacer de la asistencia sanitaria, una asistencia, ante todo “humanitaria”, se ha apostado por la realización del presente proyecto, que se encuentra enmarcado dentro de un Programa de certificación nacional de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos, este programa se denomina HU-CI. El programa HU-CI, tiene diseñado un Manual de Buenas Prácticas, estructurado en 7 dimensiones estratégicas que integran 159 estándares. Sobre este manual, es el que se ha trabajado por parte de una Comisión multidisciplinar de la Clínica IMQ Zorrotzaurre (Comisión HUCI), realizando una Autoevaluación de nuestra situación en el servicio de UCI, conforme a las mejores prácticas identificadas en los 159 estándares definidos.

Objetivos

Aunque el objetivo de adherirnos desde Clínica a este proyecto, es poder identificar áreas de mejora en torno a la Humanización y calidad asistencial en la UCI, cabe reseñar que este programa, es susceptible de optar a un reconocimiento expreso y público. Este reconocimiento se otorga, cuando una organización solicita la certificación y cumple con los requisitos considerados necesarios para prestar una atención humanizada y de calidad y se evidencia su apuesta por la mejora continua.

- Incorporar el Servicio de UCI en el plan de humanización de las Clínicas
- Evaluar la situación de partida y objetivos a cumplir
- Optar por el reconocimiento externo

Material y métodos

- Crear una comisión multidisciplinar del Servicio de UCI
- Realizar una autoevaluación del servicio según el Manual de HUCI
- Identificar áreas de mejora respecto al manual
- Llevar a cabo las acciones de mejora según prioridad
- Seguimiento de las acciones de mejora

Resultados

El objetivo de incorporar un plan de humanización adaptado al servicio de UCI, nos ha ayudado a reforzar el equipo que forman los profesionales del servicio e incrementar el sentimiento de pertenencia ya que la participación de los profesionales ha sido muy satisfactoria. Eso nos ha llevado a crear un plan de acción completo e integral el cual, si ya contaba con el paciente y familiares como núcleo del proceso, ha conseguido un interés mayor en la conciencia sobre los mismos.

Conclusiones

Aunque el objetivo de adherirnos desde Clínica a este proyecto, es poder identificar áreas de mejora en torno a la Humanización y calidad asistencial en la UCI, cabe reseñar que este programa, es susceptible de optar a un reconocimiento expreso y público. Este reconocimiento se otorga, cuando una organización solicita la certificación y cumple con los requisitos considerados necesarios para prestar una atención humanizada y de calidad y se evidencia su apuesta por la mejora continua.

LENGUAJE INCLUSIVO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

AUTORES

Tamara Alonso Safont¹; D Malillos Pérez²; JC Estévez Muñoz³; M Casado López⁴; N Ruiz Hombrebueno⁵; M Muñoz Balsa⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Asistencial Atención Primaria.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

El lenguaje está íntimamente relacionado con el pensamiento y la vida social, refleja la realidad y a la vez la construye. Según la RAE, el lenguaje lo crean y modifican las sociedades, es aprendido, es una práctica social y suele ser modificado.

El lenguaje inclusivo (LI) o no discriminatorio es un lenguaje libre de palabras o frases que reflejen visiones prejuiciosas, estereotipadas o discriminatorias de personas o grupos. Es el uso de signos lingüísticos de forma que se incluyan y respeten los derechos de las personas, sin distinción de género, grupo étnico, condiciones de discapacidad u otra diversidad social.

Organismo, leyes y reglamentos promueven el trato inclusivo. Recomiendan que documentos cerrados con referencia a datos personales, como la historia clínica, estén redactados de forma personalizada, adecuando el género gramatical al sexo de la persona, y con el uso no discriminatorio del lenguaje.

Nuestra lengua tiene recursos para ser inclusiva respetando normas gramaticales y sin contravenir el principio de economía del lenguaje

Objetivos

Incorporar lenguaje inclusivo desde la perspectiva de género y la discapacidad en los problemas de salud de la historia clínica electrónica (HCE) de atención primaria

Material y métodos

Grupo de trabajo realiza búsqueda bibliográfica, sobre legislación y recomendaciones uso LI. Confecciona normas de estilo para uso de lenguaje correcto y consensuado para referirse a personas con discapacidad y de manera no sexista. Revisa descriptores de problemas de salud de la clasificación internacional de atención primaria (CIAP2) utilizada en la HCE, para detectar rúbricas susceptibles de modificar y adaptar a un LI sin perder la equivalencia con la etiqueta CIAP2 correspondiente. Analiza palabras claves de búsqueda del asistente para la codificación diagnóstica, para eliminar o incorporar vocablos respondiendo al objetivo

Resultados

Revisados 17 capítulos de la CIAP2, 689 etiquetas y 31 subetiquetas, 11258 descriptores de problemas de salud, motivos de consulta y diagnósticos. Se modifican 191 (1.7%), adaptando rúbricas en 107, duplicando y desdoblado en 94, eliminando 12 y añadiendo 1. Cambios de descriptores se implementan en HCE correspondiendo principalmente con los capítulos: problemas generales (12,5%), psicológicos (15%), aparato endocrino y nutrición (9%), planificación familiar, embarazo, parto y puerperio (26,5%), y problemas sociales (26,5%). En estos dos últimos, ha supuesto la modificación de un 24% y 32%, respectivamente, del total de descriptores de estos capítulos

Conclusiones

Un 2% de los descriptores modificados puede parecer poco relevante, pero considerando una comunidad de casi 7 millones de habitantes, donde las mujeres representan el 52% y el 5.4% de la población son personas con discapacidad, la repercusión es mayor.

Incorporar el lenguaje inclusivo a toda documentación clínica aporta rigor, respeto y favorece que los datos sean adecuados, pertinentes y personalizados, pudiendo tener un impacto inmediato en la calidad de la HCE

DUNA, UNA PERRA TERAPEÚTICA PARA LOS RESIDENTES

AUTORES

I SIERRA-SESUMAGA ALDAY¹; N FERNANDEZ GUTIERREZ²; I URRUTIA JOHANSSON³; G ZALDUEGUI AMURIZA⁴.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRO SOCIO SANITARIO ORUE IMQ-IGURCO.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Los perros de asistencia y los de terapia cumplen un papel clave dentro de las sociedades humanas. Estos perros ayudan a mejorar la vida de muchas personas mediante el desarrollo de tareas concretas, pero no solo eso. El vínculo emocional que se crea entre estos perros y sus propietarios, o los usuarios de sus terapias, aumenta la sensación de bienestar de estas personas. Por todo ello, es imprescindible preservar la función de estos perros y apoyar su participación en programas de terapia y/o asistencia a personas con dificultades físicas o emocionales.

Objetivos

- Implantar la terapia asistida con animales utilizando el vínculo persona-animal como parte integral del proceso de tratamiento de los residentes de IMQ IGURCO ORUE.
- Fomentar la socialización y participación de los residentes en los talleres del centro.
- Mejorar la movilidad en personas que tienen la función motora afectada.
- Potenciar la confianza mutua y la socialización
- Fijar la concentración en la actividad
- Reducir los sentimientos de soledad y depresión.
- Reforzar la comunicación afectiva y lúdica.

Material y métodos

- Análisis bibliográfico y benchmarking con otros centros nacionales e internacionales que habían utilizado terapia con perros en centros hospitalarios y residenciales.
- En 2018 Elección de un terapeuta experto para realizar la intervención.
- Verificación de que el perro, DUNA, es un animal específicamente entrenado para integrarse dentro del programa terapéutico y que ha pasado todos los controles de desparasitación y vacunaciones.
- Selección de pacientes- importante deterioro cognitivo.
- Sistemática de actuaciones y evaluación de las misma

Resultados

- Mejora del estado de ánimo: se han observado mejoras notables en el estado de ánimo de las personas que participan en este tipo de terapias.
- Refuerza la atracción del interés: los movimientos y el juego del perro atraen la atención y despiertan el interés de la persona mayor, incluso con pacientes con alto deterioro cognitivo se observan reacciones que con otras terapias no se consiguen.
- Estimulación de los sentidos: Duna consigue atraer la atención y proporciona estimulación mental a través de los sentidos de la vista, el tacto, el olfato y el oído.
- Activación de la memoria: tener contacto con Duna, a muchos residentes les ha traído recuerdos de su vida, por lo que es un estimulante de la memoria.

Conclusiones

Los perros que se utilizan en las terapias son sanos, seguros y están entrenados para poder llevar a cabo este tipo de actividades con personas mayores (si bien se extrapolar a otro tipo de sectores). El perro se integra dentro de un programa terapéutico o educativo, como una herramienta más de la que disponemos los profesionales potenciando a la expresión emocional, disminución de los niveles de ansiedad, relaciones interpersonales, actividades de colaboración con los demás, atención, memoria, psicomotricidad

PROYECTO SUEÑON EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

AUTORES

NAIARA FERNANDEZ GUTIERREZ¹; I URRUTIA JOHANSSON²; I SIERRA-SESUMAGA ALDAY³; G ZALDUEGUI AMURIZA⁴.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRO SOCIO SANITARIO ORUE IMQ-IGURCO¹; CLINICA IMQ ZORROTZAURRE²; CENTRO SOCIO SANITARIO ORUE IMQ-IGURCO³;
CENTRO SOCIO SANITARIO ORUE IMQ-IGURCO⁴.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

En la residencia IMQ IGURCO ORUE, y enmarcado en su Plan de Humanización, se ha decidido la puesta en marcha en del proyecto SueñOn, una iniciativa impulsada por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) dirigida a promover el descanso de las personas hospitalizadas, y que hemos querido desplegar en el ámbito socio sanitario con el objetivo de velar por la calidad del descanso de las personas mayores que viven en residencias.

Objetivos

- Adaptar el Proyecto Sueñon hospitalario al sector socio sanitario con el objetivo de trabajar en el descanso de las personas residentes.
- Promover una cultura y concienciación del descanso entre los diferentes roles profesionales intervinientes.
- Adoptar recomendaciones que reduzcan los efectos de los factores que intervienen en la disrupción del sueño (luz, ruido, camas, prestación de cuidados asistenciales... etc).
- Mejorar, en definitiva, la calidad del sueño de nuestras personas mayores.

Material y métodos

- Constitución de la Comisión del Sueño.
- Diagnóstico de situación conforme a una serie de valores y criterios adaptados al sector residencial.
- Entrevistas a residentes mediante cuestionario estructurado con el objetivo de conocer su percepción con respecto a la calidad del sueño.
- Identificación de áreas de mejora, derivadas del Diagnóstico por Comisión y entrevistas con pacientes.
- Despliegue de Iniciativas de mejora.

Resultados

- Se han dado instrucciones al personal para “hablar más bajito” y “hacer menos ruido” sobre todo en las horas mágicas
- Se han cambiado las ruedas de los carros con el objetivo de que no hagan ruido
- Se han bajado intensidades de luz para preservar el sueño y el descanso
- Se han bajado el volumen de los timbres de las zonas de control, en horarios nocturnos
- No interrumpiendo el sueño para la toma de constantes
- Alargando el descanso en pacientes que no necesitan acudir a consulta

Conclusiones

Consideramos que descansar bien es otro factor favorable para la pronta recuperación y estado de salud de nuestros residentes; por ello, y con el respaldo a nuestra labor que hemos constatado con los resultados obtenidos, consideramos que este tipo de proyectos, no solo son aplicables al ámbito hospitalario sino también al ámbito socio sanitario

MODELO DE HUMANIZACIÓN EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE IMQ

AUTORES

NAIARA FERNANDEZ GUTIERREZ¹; I ARRINDA ATUTXA²; G ZALDUEGI AMURIZA³; I SIERRA-SESUMAGA ALDAY⁴; I URRUTIA JOHANSSON⁵.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRO SOCIOSANITARIO ORUE IMQ-IGURCO¹.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Dentro de nuestra apuesta estratégica por la calidad asistencial se ha iniciado también un camino hacia la humanización en la prestación de nuestros servicios sociosanitarios, bajo el convencimiento de que los elementos que conforman dicha humanización contribuyen de manera directa a la mejora de la calidad asistencial, y por tanto, a la generación de mejores resultados en la salud de nuestros usuarios y usuarias

Objetivos

- Incluir cambios en la organización del centro para que este orientada en el paciente/residente.
- Conocer mejor al paciente/residente para así satisfacer sus necesidades asistenciales/personales,
- Conseguir la comunicación entre los profesionales para evitar catalogar al paciente/residente como un numero de habitación, enfermedad...
- Proponer y llevar a cabo proyectos/estrategias que tomen en cuenta y prioricen la atención centrada en la persona, aprendiendo competencias para mejorar los servicios que ofrecemos en el centro

Material y métodos

En enero de 2018 se constituye una Comisión de Humanización integrada por representantes de la totalidad de colectivos que tienen impacto en la atención de las personas mayores y con implicación directa de la Dirección del centro. Liderado por la Unidad de Calidad se procede a identificar las Dimensiones y los Ejes de Humanización, integrando los diferentes proyectos e iniciativas que dan base al proyecto, todos ellos focalizados en una atención centrada en la persona. De cada uno de los ejes, se desarrollan y despliegan diferentes proyectos con otros equipos de trabajo (de ser el caso), lo que permite que este Plan de Humanización sea un proyecto con implicación de todo el centro sociosanitario.

Resultados

Se definen como EJES, Calidad de Trato, Información y Comunicación; personalización de la atención sanitaria, Las familias nos importan; Cuidar el bienestar y el confort, Los profesionales también somos humanos. En cuanto a dimensiones, se concentran: 1. Cultura de Humanización; Humanización en paciente "autónomo"; 3. Humanización en la Unidad de Recuperación Funcional; Humanización en pacientes con enfermedad avanzada; Humanización en la atención al paciente con demencia; Humanización ante el final de la vida. A cada dimensiones se integran proyectos e iniciativas con objetivos e indicadores que permiten un seguimiento pormenorizado del avance y alcance de cada uno de los Ejes.

Conclusiones

El presente Plan de Humanización, se centra en la asistencia socio sanitaria de las residencias de IGURCO y tiene como objetivo trabajar en los principales retos que afectan a la "calidad humana", con el objetivo de que tanto los residentes y sus familiares, como nosotros, los profesionales que en los centros trabajamos, seamos capaces de dar la mejor asistencia social y sanitaria, respetando en todo momento, los deseos de los pacientes, su intimidad, favoreciendo la comunicación y evitando el dolor y/o el estado de vulnerabilidad que ocasiona habitualmente un ingreso en un centro residencial entre otras consideraciones.

EVALUACIÓN ESTANDARIZADA DE LA HUMANIZACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

AUTORES

PATRICIA FERNÁN PEREZ¹; A COLOMER ROSAS²; R BONACHO CAMPS³; MJ PINTO IBISATE⁴; A SARABIA ARANGUEZ⁵; T PACHECO TABUENCA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112¹; SUMMA 112²; SUMMA 112³; Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria.⁴; Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria.⁵; Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria.⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

La calidad científico técnica y reducir el tiempo de llegada a la prestación de la asistencia ha sido durante mucho tiempo el objetivo clave de los servicios de urgencias extrahospitalarios (SUE). Recientemente otros aspectos relativos al trato, amabilidad, entorno, respeto han cobrado gran relevancia, incorporando lo que se llama la Humanización de la Asistencia a nuestros objetivos y definición de Calidad Asistencial. Desde hace unos meses disponemos de una herramienta de autoevaluación de la humanización estandarizada, que nos brinda la oportunidad de identificar áreas de mejora y priorizar actuaciones en este ámbito.

Objetivos

Conocer el nivel de Humanización de la Atención Sanitaria en SUE a través de una herramienta de autoevaluación estandarizada e identificar y priorizar áreas de mejora.

Material y métodos

Grupo de trabajo multidisciplinar con miembros de Equipo Directivo, Calidad y Comisión de Humanización.

Material: Cuestionario normalizado de Autoevaluación de criterios de excelencia en humanización de la Consejería de Sanidad, con 5 áreas de interés: Liderazgo, Gestión basada en la Humanización, Asistencia sanitaria centrada en la persona, Cuidado del profesional y Humanización de los espacios. Cada área tenía diferentes dimensiones y preguntas con escalas de puntuación variable (desde 0 a 5, 10, 15, 20 o 25) con un máximo teórico, diferente en cada área de interés, global de 500 puntos.

Método:

- Tres reuniones:** 1ª Presentar el cuestionario y metodología a seguir: cumplimentación individual y envío a la Coordinadora de Calidad.
2ª Revisión de las preguntas con puntuaciones diferentes. Se ponía en común la interpretación de la cuestión, y posteriormente se argumentaba. Se estableció la puntuación final por consenso. Revisión por la Dirección.
3ª Identificación de Áreas de Mejora: se evidencia directamente de las áreas de menor puntuación.

Resultados

Se obtuvieron 395 puntos de los 500 teóricos. El porcentaje alcanzado por áreas fue:

- ¡Liderazgo: 80%, destacando las dimensiones de Necesidades/expectativas y Formación.
- ¡Gestión: 60%, destacando las dimensiones de cultura, evaluación e investigación.
- ¡Persona: 89%, destacando las dimensiones de intimidad y satisfacción
- ¡Profesional: 80%, destacando las dimensiones de cultura y formación; y
- ¡Espacios: 70%, destacando la confortabilidad.

Las acciones priorizadas:

- 1.- Liderazgo: Acciones sobre cultura (encuentros, recomendaciones de estilo) y Estructura (músicoterapia en recursos móviles).
- 2.- Gestión: Acciones sobre empresa saludable: Creación Servicio Prevención Riesgos Laborales propio
- 3.- Personas: Dimensión psicológica: incorporación 6 psicólogos.
- 4.- Profesional: (Creación oficina empleado, modificación de procesos, reconocimientos)
- 5.- Espacios: cartelería, modelaje de espacios.

Conclusiones

El cuestionario evidencia su utilidad para identificar aspectos relevantes en la Humanización. En nuestro medio algún en este año se han puesto en marcha las acciones priorizadas, algunas de las cuales ya estaban previstas pero no implantadas

TRANSFORMANDO PERSONAS PARA ATENDER PERSONAS

AUTORES

NURIA MARTÍNEZ DUCE¹; E VIVES SÁNCHEZ²; S BERENGUER CERDÁ³; F TALENS BELÉN⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Hoy en día la perspectiva de calidad y seguridad del paciente es el eje central del sistema y uno de los pilares fundamentales es la calidad percibida

Desde esa perspectiva, un grupo de trabajo lidera múltiples proyectos con un único fin: transformar personas para atender personas

Objetivos

Humanizar el proceso asistencial de los cuidados

Fomentar la participación activa del paciente y de los profesionales

Material y métodos

Un grupo de profesionales cada año a través de reuniones pre establecidas, desarrolla diferentes proyectos tomando como fuentes de información SAIP (Servicio de Atención e Información al Paciente), SINEA (sistema de notificación eventos adversos) y encuestas de satisfacción

Resultados

Campaña de agradecimientos, quejas y sugerencias

Desde inicio 2012 con 52 agradecimientos se llegó a 589 en 2017.

Las quejas y sugerencias se han mantenido

Cartelería informativa y normalizada

Dignificación de los espacios

Control de la información que se transmite

Manuales de acogida

Paciente hospitalizado

Paciente en la Unidad Integral de Atención Especializada

Paciente en Atención Primaria

Procedimiento de acogida al paciente para el profesional

Nuestro objetivo es reforzar la comunicación con el paciente e informarle de manera verbal de todo lo que debe saber, a la vez que se le informa de las herramientas que existen a su disposición

Manual de acogida al Profesional

Documento en el que además incorporamos información sobre protección de datos, bioética y humanización.

Humanización de los cuidados

La finalidad es recordar la importancia de las palabras en el cuidado de los pacientes y los beneficios que se obtiene de utilizarla.

Planes de Información

Se han diseñado tres planes, urgencias, quirófano y urgencias maternas destacando en urgencias la implantación de una tarjeta informativa con el color de triaje y un programa informático con información de la situación del paciente. Y un sistema de triaje en urgencias maternas.

Pantallas informativas

Plan consistente en la ubicación de pantallas de televisión en salas de consultas con el fin dar facilitar información general y de salud

Hospital sin humo

Incorporación a la ENSH desde diciembre 2017

Malats de Música

Dirigido a pacientes hospitalizados con el fin de acercarles el arte habiendo desarrollado un total de 8 actuaciones

Talleres de formación para la para la mejora de la comunicación impartido a un total de 97 celadores de 135. Entre el 80% y el 93% puntuaron muy positivamente el taller

Conclusiones

Hemos convertido la voz del paciente en nuestro centro de atención”.

A través de los distintos proyectos implantados la “calidad” ha ganado visibilidad siendo ahora una parte más de la actividad de nuestros compañeros, que conocen el comité y acuden con ideas al mismo.

Por último, nuestra labor nos permite trabajar en colaboración con otros comités que trabajan la calidad y la humanización como es el Comité de Bioética Asistencial y la Comisión de Seguridad

ADAPTACIÓN AL CAMBIO: CONSULTA DE TELE ENFERMERÍA

AUTORES

RAQUEL CABALLERO MUÑOZ¹; L CABOT MOTA²; C JIMENEZ GONZALEZ³; JE RODRIGUEZ TORREBLANCA⁴; A ROSINES BROS⁵; JC SERFATY SOLER⁶.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

La Telesistencia y la Telemedicina han sido un importante desarrollo tecnológico que ha permitido estar conectado a distancia o atender a los pacientes, con soporte local profesional. Desde el Consejo Internacional de Enfermería se define la Tele enfermería como el “Uso de la tecnología de las telecomunicaciones en la disciplina enfermera para mejorar la atención a los pacientes» e identifican al colectivo de enfermería como el garante de la integración de las tecnologías desde una visión humanizada.

La Tele enfermería aporta, con diversas orientaciones, múltiples beneficios. Así ocurre con la coordinación intra e intercentros, la optimización de recursos hospitalarios, la mejora en la calidad asistencial, la minimización de desplazamientos, la adecuación de la estancia hospitalaria y el aumento en la accesibilidad a los cuidados de salud, todo ello desde la competencia enfermera, sin olvidar la humanización en los cuidados y en la asistencia.

Objetivos

Describir la incorporación de enfermería a las funciones de Tele asistencia y la determinación del perfil profesional sanitario necesario para llevar a cabo la consulta de tele enfermería.

Material y métodos

Hemos realizado un análisis descriptivo de aquellas actitudes, aptitudes y habilidades necesarias que ha de tener el profesional de enfermería que lleve a cabo la consulta de tele enfermería.

Existen diversidad de perfiles profesionales y determinar el perfil idóneo para el desarrollo de una asistencia específica es fundamental para el éxito de la misma.

Es prioritario humanizar los espacios y la infraestructura, dado que la tele enfermería en un primer momento puede significar una barrera entre paciente y profesional. Por ello se deben cuidar los espacios mucho más que en una visita convencional. El trato individualizado y centrado en el paciente fomenta un clima de confianza y cercanía.

Resultados

Las actitudes y habilidades del profesional más destacables serían: profesional con capacidad de adaptación al cambio, actitud empática y asertiva, capacidad innovadora y activa en el proceso y capacidad comunicativa. En cuanto a aptitudes serían: pericia profesional, conocimiento y habilidad en nuevas tecnologías, capacitación y compromiso con la humanización.

Es importante tener en cuenta el evitar más personas en la consulta, movimientos y ruidos interfieren en la dinámica de la visita. Minimizar la posibilidad de incidencias tecnológicas comprobando con anterioridad especialmente cámara y sonido.

Conclusiones

La innovación tecnológica requiere esfuerzo por parte de los profesionales implicados que son los que principalmente marcaran el éxito o el fracaso del proyecto, el cambio de paradigma conlleva adaptación a sistemáticas de trabajo novedosas. Saber bien qué se quiere conseguir y planificarlo adecuadamente.

Los profesionales hemos de considerar como prioritaria la necesidad de humanizar la tecnología, para no olvidar nuestro fin: “Cuidar” y hemos de ser capaces de hacer partícipe al paciente de su proceso desde la vertiente más holística.

LA HUMANIZACIÓN EN LA MUERTE BIOGRÁFICA Y BIOLÓGICA DE UN PACIENTE NOS HA HECHO MEJORES: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Marta Armentia Cerio¹; I Bolinaga Iturricastillo²; A Cruz Muñoz³; Y Mendaña Sevilla⁴; R Hernandez Palacios⁵; J Jordana Zorrilla⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Red de Salud Mental de Álava.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Un gran ser humano de 50 años, y 1,95 metros con Psicosis y enfermedad de Huntington, ingresado 4 años y 2 meses, muere biográficamente al perder la esencia tras el diagnóstico definitivo, con alucinaciones y conductas desorganizadas, apraxia total, dependencia total en todas las actividades básicas de la vida diaria, imposibilidad para la deambulacion, (estadio 5 de Shoulson y Fahn y situación funcional según escala de MYERS de 30-40/100, índice de Barthel 0/100), y utilizando una silla de ruedas adaptada diseñada por los profesionales, y biológicamente en Mayo de 2019, siendo un ejemplo a seguir en un plan de humanización sanitaria.

Objetivos

1. Proporcionar cuidados integrales y medidas de confort de enfermería en su deterioro psicofísico, incidiendo en evitar caídas, atragantamientos y heteroagresividad involuntaria.
2. Mantener relación y ayudar a la familia
3. Evitar el dolor y el sufrimiento
4. Acompañar en el duelo post mortem
5. Ser mejores personas tras cuidarle

Material y métodos

Al paciente se le aplicó un Plan Individual, Terapéutico y Funcional (PITF) "ad hoc", basado en el método asistencial centrado en la persona, y no en la tarea, se han utilizado las escalas de Barthel, Impresión Clínica Global (ICG), Mini Nutricional Assesment (MNA), MUST-Screening Universal de Malnutrición, Instrumento NECPAL de Necesidades paliativas, Escala de Sufrimiento de Aminoff y Escala de evaluación del dolor en pacientes no comunicadores.

Resultados

1. Barthel de 0 y NECPAL positivo en 2 ocasiones
2. La expresión vital del paciente era de sufrimiento inicial, el dolor y sufrimiento fue de 0 en ambas escalas de 0-10 según Painad y Aminoff
3. MUST de 3, grave, MNA de 7,5 en escala de 0-30, pese al estado hipercatabólico e ICG gravemente enfermo
4. Dieta pasada por riesgo de atragantamiento, ha habido 0,0 sondas, 0 agresiones y 0 caídas
5. Enorme carga asistencial a enfermería, al tratarse de una cruel enfermedad
6. Ha habido reuniones semanales con la familia, que ha ayudado a compartir el esfuerzo terapéutico en fases avanzadas
7. Se ha elaborado una nota de condolencia

Conclusiones

La familia nos muestra su agradecimiento y dice estar tranquila y serena porque tiene la seguridad que ha estado bien cuidado y atendido en todo momento.

El 100% de la plantilla, especialmente enfermería, ha valorado el cuidado al paciente como una lección de vida, coincidiendo que el vínculo generado ha sobrepasado las fronteras de lo profesional, impactado en la cultura organizacional, y entrando en lo emocional-afectivo, generando dilemas éticos por el acúmulo de experiencias vividas, actuando como un equipo transdisciplinar de refuerzo mutuo, garantizando la equidad a todos.

Este caso ha demostrado la capacidad de desarrollar un trabajo profesional humano y virtuoso, al ser un ejemplo donde la implicación emocional y el sufrimiento ha sido muy evidente, porque como dijo Eurípides de Salamina, cuando un hombre bueno sufre, todo el que se considere bueno debe sufrir con él.

CALIDAD Y CALIDEZ PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS. BUENAS PRÁCTICAS PARA HACER EL HOSPITAL MÁS AMABLE

AUTORES

Ana Rodríguez Cala¹; B Zöller²; N Durán García³; A Chacón Carrasco⁴; C Calle Rodríguez⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Institut Català d'Oncologia.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

El cáncer es una enfermedad que genera un gran impacto físico y emocional en el paciente. El Programa 'Convivir con el cáncer', alineado con la misión y los valores de la institución e integrado en los objetivos estratégicos, tiene en cuenta al enfermo y sus circunstancias, apoyando al paciente y a sus cuidadores mediante una colaboración multidisciplinar entre profesionales, empresas y entidades.

La humanización en sanidad es una alianza con la persona y su forma de vivir. Recoge aspectos de calidad y considera la persona enferma como centro, existiendo una adecuada interrelación entre profesionales y pacientes y valorando la participación de la familia. Cuando nos referimos a calidez nos concentramos en el trato que reciben los pacientes. Un trato amable, escucharlos y entender sus problemas. En definitiva, hacerlos sentir como en casa.

Objetivos

'Convivir con el cáncer' pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes y cuidadores y ofrecer acompañamiento durante todo el proceso de la enfermedad.

Objetivos específicos:

- Ofrecer servicios más allá del tratamiento médico y crear un entorno agradable
- Ayudar a un óptimo manejo de la enfermedad durante el proceso oncológico
- Impulsar la participación de agentes institucionales, económicos y sociales
- Fomentar la colaboración multidisciplinar

Material y métodos

La implantación de cada proyecto y actividad se realiza con una metodología participativa, en la que colaboran profesionales de diversas disciplinas, pacientes y familiares, asociaciones e instituciones públicas o privadas. En el caso de alianzas con asociaciones e instituciones se elabora un convenio.

La evaluación se basa en un análisis de eficacia, eficiencia y calidad percibida. Se realiza en una reunión anual con la persona responsable de la actividad con el objetivo de valorar la satisfacción de las personas implicadas: profesional, paciente y empresa o entidad. Para el seguimiento y el análisis de los indicadores se registran los datos en una base de datos. Se realiza una memoria anual.

Resultados

Actualmente hay 12 proyectos en marcha, de los cuales se han beneficiado desde el 2012 más de 75.000 personas. Los proyectos obtienen buenos resultados en términos de satisfacción de usuarios y familiares, habiendo ayudado a aumentar la calidad de vida de los pacientes, contribuyendo a mejorar su estado emocional y sentirse acompañados en todo momento, según se deduce de las encuestas de satisfacción. 'Convivir con el cáncer' no supone un gasto para la institución gracias a su modelo de financiación mediante donaciones y convenios con empresas y entidades. Actualmente mantenemos 21 alianzas con empresas y organizaciones.

Conclusiones

El Programa da respuesta a las necesidades de los enfermos y cuidadores más allá de los tratamientos médicos. Tiene un alto índice de satisfacción de los usuarios y gracias a las alianzas y a la experiencia de los profesionales contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario y a la mejora de la calidad de vida de los enfermos y de sus cuidadores.

DEFINICIÓN DE CIRCUITOS PARA TRASLADOS DE PACIENTES

AUTORES

ZORAIDA GONZALEZ SALMERON¹; F VALVERDE DOMINGUEZ²; R GODOY CAÑIBANO³; JC ULLOA FILLLOL⁴; J SOTO BONEL⁵; PL IZQUIERDO DOYAGÜEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Uno de los mayores problemas con los que se enfrenta el hospital a diario, dada la cantidad de personas que acceden al centro, la arquitectura del edificio y la propia actividad, es la espera de pacientes en puntos concretos, la coincidencia en pasillos y la aglomeración y tiempos de espera en ascensores por parte de los usuarios ambulantes.

Objetivos

- Definir un mapa de trayectos de traslados de pacientes para la realización de pruebas que presente suficiente fluidez.
- Eliminar los cuellos de botella.
- No incidir en los flujos generales de actividad del hospital.
- Optimizar el uso de los ascensores.

Material y métodos

- Definición de la actividad de los ascensores y uso de rotulación (“uso exclusivo de Urgencias”, “uso exclusivo para traslado de pacientes”, “uso exclusivo para la actividad hospitalaria”, “uso exclusivo para la realización de pruebas”), manteniendo personal en los más críticos y en los tramos horarios pico.
- Definición de trayectos idóneos sobre plano, teniendo en cuenta tanto nuestra actividad como la de otros colectivos (servicios técnicos, hostelería, mobiliario, suministros).
- Elaboración de un catálogo de trayectos claro y preciso para todos los celadores, en función del origen, destino y vehículo a utilizar.

Resultados

- Disminución de los tiempos de recorrido y retorno de los pacientes, de 20 a 13 minutos de media (2017 vs 2018).
- Reducción de conflictos en los ascensores por parte de diferentes estamentos e intereses (quien sale o entra, quién tiene preferencia, etc.).

Conclusiones

Tras la implementar las medidas para ordenación de flujos y trayectos, se ha producido:

- Mejora de la circulación general.
- Disminución de los tiempos de traslado de los pacientes para la realización de pruebas.
- Mayor presencia de pacientes y celadores en las unidades de hospitalización.

MEJORAR TIEMPO DE ESPERA EN REPOSICIÓN DE CAMA AL ALTA HOSPITALARIA

AUTORES

PALOMA SICILIA VAQUERO¹; MC DEL ÁLAMO SOTO²; M CALVO SÁEZ³; J RIVERA MORALES⁴; PL IZQUIERDO DOYAGÜEZ⁵; F SOTO BONEL⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Una de las oportunidades de mejora detectadas en nuestro hospital apunta a la disponibilidad inmediata de camas tras altas y traslados en ambulancia de pacientes que deben permanecer encamados. En 2017 convocamos la primera edición de los "Premios a las mejores ideas para ser más eficientes en nuestro trabajo", y una de las ideas premiadas fue la de reposición inmediata de camas que bajaban al servicio de ambulancias. El 30 enero de 2018 implementamos este proyecto de mejora.

Objetivos

- Reducir los tiempos de espera relativos a reposiciones de cama por traslados o altas, desde distintos servicios hospitalarios.
- Contribuir con ello a los procesos de acondicionamiento de las habitaciones para que se realicen nuevos ingresos.

Material y métodos

- Llamada del Servicio de Ambulancias al control de celadores comunicando un alta hospitalaria para traslado.
- Reposición inmediata de una cama desde nuestro almacén a la habitación correspondiente y, si es posible, vestida.
- Retirada de la cama del Servicio de Ambulancias a nuestro almacén, cuando se haya efectuado el traslado.

Resultados

- Reducción significativa del tiempo de espera para que la habitación se encuentre en condiciones de recibir un nuevo ingreso.
- Satisfacción del personal de enfermería por la prontitud en la disponibilidad de las camas, ayudando a sus procesos para acondicionar la habitación.
- La medición del tiempo empleado en esta actividad nos proporciona una visión objetiva de los resultados y confirma la utilidad de esta metodología:
- HORAS ANUALES DE AHORRO: 788.
- OPTIMIZACIÓN ANUAL DEL COSTE: aprox. 552.000 €

Conclusiones

- Es muy positivo poner en valor buenas ideas que no supongan coste añadido alguno y hacer todo lo posible para su implementación, pues redundan en beneficio tanto de los profesionales como de los usuarios.
- Se está constatando una evidente mejora en la optimización del coste de estancia por hora.
- Se está agilizando de forma significativa el proceso de alta e ingresos de nuevos usuarios.

PROYECTO GYM-HUCI

AUTORES

Marta Segura Pensado¹; B Porral Sánchez²; R Rodrigues Gomes³; A Touceda Bravo⁴; MJ Rodriguez Fernandez⁵; A García Sagastume⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Álvaro Cunqueiro.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

La Movilización Precoz (MP) consiste en una serie de técnicas que tienen como objetivo disminuir los efectos adversos asociados a la inmovilización de los pacientes ingresados en las unidades de pacientes críticos.

Con este proyecto pretendemos esquematizar la intervención que ya reciben nuestros pacientes, señalar donde involucraremos a las familias en el proceso asistencial de la aplicación de la Movilización Precoz y estudiar sus efectos.

Objetivos

Estudiar el efecto de involucrar a las familias en el proceso asistencial de implementación de la Movilización Precoz.

Material y métodos

Una vez estabilizada la situación clínica de ingreso en la Unidad y en consenso con el Médico responsable por el paciente, el Fisioterapeuta de la UCI formará a los familiares/cuidadores, que se predispongan a ello, en la aplicación de las técnicas que se consideren seguras y se encuadren dentro de los procedimientos de Movilización Precoz de la Unidad. Se facilitará un documento gráfico con los ejercicios a realizar

Resultados

Se formarán dos grupos (control y MP), asumiendo por nuestra experiencia, que hay familiares que no querrán participar en la aplicación de la MP y otros que sí, eliminando de esta forma los problemas éticos asociados a una aleatorización para la formación de un grupo control.

Conclusiones

A pesar de que existen complicaciones poco frecuentes derivadas de la movilización precoz existen publicaciones que demuestran la efectividad, seguridad y la necesidad de la aplicación de la movilización precoz en los pacientes críticos. Por ello esperamos que la inclusión de las familias en el proceso de movilización precoz potencie los beneficios más constatados como son la disminución de miopatía del paciente crítico y de la incidencia de delirium, disminución de los días de ventilación mecánica, estancia en UCI y por tanto de la mortalidad.

LA RELACIÓN FISIOTERÁPICA EN EL MARCO DE LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN MUTUALIA

AUTORES

IZASKUN ARRIAGA BASTERRETXE.

CENTRO DE TRABAJO

MUTUALIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

En el marco de la Humanización de la Salud, se propone focalizar la investigación en la orientación de los servicios de Rehabilitación y la Fisioterapia hacia la persona de manera integral. Nos interesa, por un lado, indagar en la percepción de las personas receptoras de dichos servicios. Por otro lado, la opinión del personal fisioterapeuta, en este caso sobre las condiciones necesarias, organizacionales y profesionales, para su actividad laboral. El objetivo fundamental es, la mejora tanto en la calidad objetiva (en cuanto a mejora de indicadores de salud) y la reducción de los tiempos de rehabilitación, como en la calidad percibida/sentida por parte de las personas atendidas.

Objetivos

A partir de un estudio de caso, centrado en la entidad Mutualia, Mutua de Accidentes Laborales colaboradora con la Seguridad Social, se trata de comprender/abordar una adecuada relación social fisioterápica que implica el proceso rehabilitador, identificando propuestas de mejora, con la mirada puesta en desarrollar e intensificar una adecuada participación activa. Este objetivo general se persigue a través de una metodología cualitativa de entrevistas semiestructuradas, donde se van a tratar de desvelar una serie de objetivos específicos.

Material y métodos

La metodología que hemos utilizado para la realización de este trabajo es de carácter cualitativo. El trabajo se planteó en dos fases, en la primera de ellas se realizó una revisión documental para abordar el marco teórico, así como la contextualización del objeto de este trabajo. En la segunda fase se desarrolló la metodología cualitativa, la cual, por tratarse de un estudio exploratorio, consistió en ocho entrevistas semiestructuradas a cuatro profesionales fisioterapeutas de Mutualia y cuatro personas pacientes que han recibido atención en el mismo centro sanitario de Mutualia.

Resultados

En lo que al cuidado se refiere, podemos diferenciar dos aspectos básicos: el técnico, cuyos objetivos están bien definidos y regulados por medio de tareas, y el aspecto del cuidado como bien interno, el que proporciona sentido a la profesión.

Al igual que la Bioética surge por Autonomía y Justicia para la toma de decisiones vitales, para la relación fisioterápica, las competencias éticas y emocionales, son necesarias para realizar un adecuado abordaje de las implicaciones y transacciones emocionales que conlleva la interrelación fisioterapeuta-paciente. Para ello, los principios hipocráticos constituyen un marco para el entrenamiento de virtudes, de actitudes que orientan los comportamientos cotidianos.

Conclusiones

Frente al modelo clínico de relación paternalista es posible un modelo clínico de relación donde se prestan atención a las respectivas expectativas y necesidades. La empatía y la escucha activa, con un lenguaje no-verbal adecuado, se destacan como competencias, actitudes y virtudes más destacadas

HUMANIZACIÓN DE LOS ESPACIOS SANITARIOS: ESPACIO H

AUTORES

MIREN LETAMENDIA BELLOSO¹; E SIMÓN BENGOCHEA²; J GALARRAGA MANTEROLA³; S MARTIARENA PORTAL⁴; G GIRALDES MARTINEZ⁵; L SAINZ DE VICUÑA BRAVO⁶.

CENTRO DE TRABAJO MUTUALIA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento
ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Existe evidencia científica de que el medio físico en que se prestan y realizan los cuidados sanitarios tiene un considerable impacto en la salud física y emocional de los pacientes.

Por ello hicimos desaparecer la sala de espera de nuestra unidad, creando un nuevo espacio.

Objetivos

Humanizar nuestra atención sanitaria y adaptar nuestros espacios a esa finalidad, dando respuesta a las necesidades socioculturales y espirituales de nuestros pacientes y familiares.

Material y métodos

En nuestro Plan Estratégico 2018-2020 se acordó impulsar un proyecto de Humanización en la Asistencia Sanitaria, para lo cual se creó una Comisión de Humanización. Se realizó un DAFO para analizar nuestra situación de partida, y teniendo en cuenta sus resultados, se elaboró un plan de acción. Una de las líneas de este plan de acción es precisamente la humanización de los espacios, en la que se enmarca este proyecto.

El equipo de Hospitalización, con el apoyo de la Dirección Médica y los servicios de Compras y de Mantenimiento, se replantea la necesidad de crear un nuevo espacio para el paciente y sus familiares.

Nos pusimos en contacto con la Asociación Española de Humanización de la Asistencia Sanitaria para explicarles el proyecto, y nos propusieron el nombre de ESPACIO H, reflejado tal cual o con un anagrama formado por dos manos unidas formando una H, que recuerda el concepto de Humanización.

Presentamos el proyecto a la Dirección de nuestra organización, que tras valorar su alineamiento con la línea de humanización recogida en nuestro Plan Estratégico 2018-2020, y su coherencia con los valores de la empresa (cercanía, profesionalidad, transparencia, vanguardismo, eficiencia y equipo), aprobó su puesta en marcha. Desde el punto de económico la inversión requerida era mínima, dado que se utilizó mobiliario de una corporación multinacional de muebles de bajo coste, pero de diseño moderno y acogedor.

Así creamos un nuevo espacio, sustituyendo la sala de espera tradicional por una sala de estar, creando un “hogar temporal” para que las familias y pacientes puedan disfrutar de un entorno confortable, cálido y acogedor, con su zona de lectura, esparcimiento, trabajo, etc. Se ha dotado con material de lectura y material informático. También existe la posibilidad de utilizarla como zona apartada para dar respuesta a las necesidades espirituales que puedan tener el paciente o sus allegados.

Resultados

En Noviembre de 2018 inauguramos este nuevo espacio, y lo hicimos a través de un grupo focal de cuidadores: nos sentamos con ellos para inaugurar nuestro espacio H y hacerles partícipes de los nuevos proyectos así como conocer sus inquietudes y visión como acompañantes. Su valoración fue muy positiva, destacando como punto fuerte la sensación de no estar en un hospital, y solicitando como área de mejora la instalación de una cafetera.

Conclusiones

La creación del Espacio H se conforma así como un paso fundamental en nuestro proyecto de humanización de la asistencia sanitaria, empoderando a nuestros pacientes y sus cuidadores.

LA EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL ENTORNO DE SU PRÁCTICA Y SU RELACIÓN CON LOS PACIENTES: ESTADO DE LA CUESTIÓN

AUTORES

Miriam Pereira Sánchez¹; A Zaragoza Salcedo²; M Vázquez Calatayud³; M Olano Lizarraga⁴; C Rumeu Casares⁵; M Saracíbar Razquin⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Universidad de Navarra.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Durante las últimas décadas el entorno sociosanitario ha sufrido una gran transformación debido a múltiples aspectos tanto del contexto sociopolítico como sanitario. Estos cambios han tenido un gran impacto en las organizaciones de salud. A la vez, la sociedad actual tiene nuevas expectativas con relación a su bienestar y a la atención sanitaria. Como respuesta a este contexto, las organizaciones sanitarias están desarrollando nuevos modelos de atención que sitúan a la persona en su centro y que promueven, en los profesionales de la salud, un cuidado innovador que empodere a los pacientes. Es en el marco de estos modelos donde las enfermeras tienen un papel clave; ya que su singularidad está en la relación personal que establecen con los pacientes, lo que les sitúa en una posición única y privilegiada en el sistema sanitario.

Objetivos

Conocer en base a la literatura, la experiencia de las enfermeras acerca de la interacción entre el entorno de su práctica profesional hospitalaria y su relación con los pacientes.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos CINAHL, PubMed, PsycINFO, Web of Science, Dialnet y Cochrane. Tras aplicar los criterios de selección se identificaron cuatro estudios relevantes. Dos de los investigadores llevaron a cabo conjuntamente un análisis de contenido cualitativo. Posteriormente, este análisis se consultó con el equipo de investigación para asegurar la fiabilidad y validez de los resultados.

Resultados

El análisis ha permitido agrupar la experiencia de las enfermeras en dos grandes temas: 1) Características propias de la organización y 2) Características personales de las enfermeras y de los pacientes. El análisis de los resultados ha evidenciado que, desde la experiencia de las enfermeras, múltiples aspectos como la cultura de la organización, la orientación de su práctica, su experiencia profesional, su actitud ante la relación con los pacientes, así como sus creencias, valores y habilidades influyen en la capacidad que tienen de establecer relaciones terapéuticas con los pacientes.

Conclusiones

Esta revisión muestra que, a pesar de los actuales esfuerzos para lograr un cuidado centrado en la persona y facilitar el empoderamiento de los pacientes, las organizaciones sanitarias necesitan establecer una cultura que valore y apoye de una manera más explícita la relación enfermera-paciente. Esto, redundará en la mejora del entorno profesional que rodea a la práctica enfermera y, a la vez, promoverá un entorno de cuidado sensible a las personas. Esta mejora en la relación enfermera-paciente contribuirá a un mayor conocimiento personal de este, por parte de la enfermera, y, por ende, de su empoderamiento.

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE RENAL PARA EL MANEJO DE LA DIETA: CAMINO DE LA HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS

AUTORES

LAURA BAENA RUIZ¹; V MARTÍNEZ IBÁÑEZ²; J LÓPEZ SALAS³; C PÉREZ RAMOS⁴; B RUBIO RUIZ⁵; P LEAL GOZALO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES, COSLADA, MADRID

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

El empoderamiento del paciente se hace cada día más necesario en el ámbito sanitario, y la Enfermería tiene un papel clave en este aspecto. Las personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) tienen una gran cantidad de limitaciones dietéticas muy complejas y difíciles de cumplir. La adherencia terapéutica a la dieta condiciona en gran medida la evolución de la enfermedad y la aparición de comorbilidades. Por ello es necesario hacer llegar al paciente una información apropiada, veraz y concisa sobre las recomendaciones dietéticas para favorecer el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas.

Objetivos

Formar a los pacientes y/o cuidadores principales de los mismos que reciben tratamiento de hemodiálisis en nuestro centro en el ámbito de la nutrición y preparación apropiada de los alimentos.

Material y métodos

Ensayo no controlado o estudio de intervención.

En primer lugar se pasó una encuesta sobre conocimientos de nutrición en ERC a los pacientes en tratamiento con hemodiálisis y a sus cuidadores en nuestro centro para valorar el nivel de conocimiento del que partíamos. Durante el año 2018 realizamos seis intervenciones de Enfermería, que consistieron en la elaboración de seis trípticos y seis póster con información monotemática sobre un ámbito de la nutrición importante para el paciente renal (sodio, potasio, líquidos, fósforo, vitaminas y apetito). Durante este periodo se han realizado entrevistas personales ampliando o afianzando la información a los pacientes/familiares que así lo solicitaron. Tras la realización de todas las intervenciones se han vuelto a pasar las encuestas previas para realizar comparativa de conocimientos y comprobar si las medidas han sido efectivas para aumentar el nivel de conocimientos de nuestros pacientes.

Resultados

Tras el análisis de los resultados podemos afirmar que nuestros pacientes mejoraron en varios de los ámbitos:

- Redujeron el consumo de lácteos, eliminando el consumo de curados.
- Redujeron el uso de aceites de semillas para cocinar en favor del aceite de oliva.
- Redujeron el consumo de sal en las comidas en favor del limón y las especias.
- Adecuaron el consumo de líquidos a las recomendaciones para pacientes con enfermedad renal en tratamiento sustitutivo.
- Redujeron sus dudas sobre la alimentación (del 46% al 23%).

Conclusiones

La Humanización de cuidados y la toma de decisiones compartidas con el paciente debe ser nuestra guía en la atención de calidad que estamos obligadas a prestar como profesionales del cuidado. Implicar al paciente en su autocuidado y capacitarle para tomar decisiones informadas y meditadas es clave en el marco sanitario en el que nos encontramos. Las intervenciones en educación para la salud han demostrado en múltiples ocasiones su utilidad y sus buenos resultados. En nuestro caso el manejo de la dieta es uno de los pilares para la adecuación del tratamiento de hemodiálisis, por lo que la información al paciente y la resolución de dudas son imprescindibles.

SALAS DE ESPERA, ESPACIOS DE CALIDAD, EDUCACIÓN INTEGRADA EN LOS AMBIENTES

AUTORES

ISABEL MUÑOZ RAMIREZ¹; MO SOLER FARGAS²; MA MUÑOZ RAMIREZ³; MO ALCALA TORRE⁴; RA CASTILLO GIMENEZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

CAP DR JOSEP ALSINA I BOFILL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

La 'capacitación de las personas' en el manejo de su propia salud y gestión de la enfermedad, trabajanda desde unos métodos más actuales, a través de la experiencia, de los distintos sentidos, puede acercarnos de una manera más efectiva a la mayor parte de la población, una propuesta importante en salud comunitaria.

Ya demostrado, que cada persona adquiere conocimiento desde un sentido u otro con mayor facilidad, hay que actualizarnos en nuestro objetivo de educación para la salud.

Aprovechar los espacios comunes de nuestros centros, convertirlos en espacios comunicadores, espacios de calidad, que generen valores y experiencias saludables, que invite a la interacción desde distintas dinámicas, convierte en compañero del profesional el ambiente que lo rodea. Un método más activo, sensitivo, que puede resultar una herramienta potente para trabajar la tan necesaria prevención y promoción de la salud, de una manera más integrativa i sin generar más sobrecarga profesional.

Objetivos

diseñar los mensajes y dinámicas específicos de cada centro, en relación a la situación de salud real de la misma.

Convertir las salas de espera en espacios saludables.

Aprovechar la espera del usuario para abordar la educación sanitaria desde los sentidos

Ser más activos en promoción sin sobrecarga laboral

Empoderar a la persona en la adquisición de su propio conocimiento.

Trabajo en equipo

Material y métodos

A partir de la propuesta de una asociación local, objetivo: ayudar en el proceso de humanización de nuestra sanidad, se coliderará el proyecto, junto con los referentes de bienestar social de la entidad sanitaria de la zona.

La asociación genera un proyecto para la captación de recurso económico, ya aprobado , y su equipo, formado por profesionales de los ámbitos: de la psicología, pedagogía, arte, salud, etc... coordinan el proceso de estudio de los factores de riesgo, y el diseño de los espacios.

El proyecto se generará en una primera fase en cuatro poblaciones de la misma zona sanitaria, en las salas de espera de pediatría de sus centros de atención primaria y en una sala de espera del hospital de referencia.

diseñar el material a integrar con profesionales expertos en atención y humanización con experiencias realizadas en otros centros de referencia. Establecer mecanismos de coordinación directa con los profesionales sanitarios referentes

Resultados

resultados esperados:

equipo: unificar mensajes y favorecer los valores de trabajo en equipo. Crear una herramienta activa que no genera sobrecarga laboral.

Comunidad: empoderamiento de la adquisición de conocimiento en la autocura.

favorecemos la adquisición de nuevos conocimientos precursores de salud.

Conclusiones

La palabra educa, pero también los gestos, las paredes, el espacio. Si tenemos presentes todos nuestros canales perceptivos, aumenta nuestra capacidad educativa hacia nuestra comunidad, trabajando para una población más sana y más feliz.

DAFO EN COMUNICACIÓN ASISTENCIAL DE LOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO

AUTORES

Juana María Marín Martínez¹; R Rojas Luán²; A Cantero Sandoval³; C Botella Martínez⁴; C Martínez Ros⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca¹; Servicio de Urgencias General del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca²; Servicio de Urgencias General del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca³; Unidad de Docencia del Área I del SMS⁴; Servicio de Urgencias General del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Los residentes precisan durante su formación especializada adquirir habilidades tanto técnicas como no técnicas, si bien habitualmente son conscientes de las carencias técnicas los responsables de la formación no sabemos cual es su nivel de conocimiento o de limitaciones que tienen en habilidades no técnicas (comunicación, entrevista clínica, trabajo en equipo, liderazgos etc)

Si tuviésemos conocimiento de cuales son las fortalezas y debilidades de los residentes al inicio de su formación sobre temas relacionados con la comunicación nos permitiría realizar una programación más adecuada e individualizada en función de sus carencias o debilidades y potenciar las fortalezas que mostrasen.

Objetivos

- Identificar las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades que hayan los residentes al inicio de su residencia sobre comunicación asistencial y relación médico-paciente
- Obtener puntos de mejora para la planificación de la formación en comunicación de los residentes del área sanitaria

Material y métodos

Estudio descriptivo cualitativo observacional

Muestra los Residentes de primer año al inicio de la residencia del área sanitaria

Criterios de inclusión los residentes del área que realizan el curso de iniciación de las urgencias

Criterios de exclusión Residentes de ginecología y Pediatría

Encuesta autoadministrada con 4 preguntas abiertas: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades y dos preguntas cerradas sobre la formación previa en comunicación y datos de especialidad edad y sexo

El análisis de los datos se reagrupan por las 4 preguntas abiertas y cada una de ellas se subagrupan según los resultados

Resultados

57 encuestas contestadas (Totales 60), tasa de respuesta 95 %

Mujeres 54% Hombres 46% Edad media 25 años

98% han recibido formación teórica y seminarios

Un residente no responde el DAFO

Debilidades

19 Inseguridad, falta de confianza y Timidez

10 Falta de experiencia

7 Manejo de Conflictos Falta de asertividad

5 Malas Noticias

Amenazas

16 no identifican amenazas 2 piensan que no pueden existir amenazas

17 Gestión de emociones propias y ajenas (Paciente agresivo, situaciones conflictivas)

12 Inseguridad e inexperiencia 5 Falta de conocimientos

1 "Quemarse",

1 Los adjuntos

1 el sistema

Fortalezas

33 57% Empatía

6 Entusiasmo e ilusión

5 Compresión

5 Paciencia

4 Constancia y Respeto

Oportunidades

25 43% Aprender habilidades comunicativas y relacionales

18 31,5% No identifican oportunidades

4 Asertividad y mejorar la relación profesional-paciente

2. Crecer como profesional y persona

Conclusiones

La empatía es la mayor fortaleza que identifican los residentes al inicio de su formación

La falta de experiencia y la inseguridad las identifican como sus mayores debilidades

Refieren dificultades para dar "malas noticias"

La relación médico paciente la consideran como una oportunidad para aprender

Sería importante el desarrollo de curso o talleres sobre autogestión emocional para aumentar la seguridad de los residentes, así como en asertividad y gestión de conflictos

HACIA LA HUMANIZACIÓN DE LA GESTIÓN: TRAS NUEVE AÑOS DE GERENCIA ÚNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES

MARIA LUISA TELLO GARCIA¹; M ALMAZÁN DEL POZO²; J PADRINO RUIZ³; MA GARCIA SAMPEDRO⁴; J DIAZ POZAS⁵; MA DE LA CRUZ SANCHEZ DE LA MAJESTAD⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

El gran potencial de nuestra organización es, sin duda, los profesionales que la integran. Su trabajo diario constituye la mejor garantía de éxito para la sostenibilidad de nuestro Sistema Sanitario. La Gerencia Asistencial de Atención Primaria de esta Comunidad Autónoma, se constituyó como Área única en octubre de 2010. Había estado dividida a nivel de gestión en once áreas sanitarias con una estructura independiente cada de ellas, y a partir de la fecha citada se constituyó como ÁREA ÚNICA.

En concreto gestiona 266 son Centros de Salud, 163 Consultorios Locales y un centro adscrito; tiene una plantilla fija de casi 13.000 profesionales y hasta 19.000 si se tiene en cuenta los suplentes.

Por eso, tras nueve años de trabajo intenso y de converger personas y procedimientos, se considera de interés una reflexión y un mirar hacia delante dotando a la gestión de un valor añadido concretado en la realización de un decálogo de humanización de la gestión propio.

Objetivos

- Celebrar una jornada de trabajo con los directivos y mandos intermedios de gestión para reflexionar sobre diferentes aspectos y proponer mejoras.
- Elaborar un decálogo de humanización de la gestión que sirva de guía para enfrentarse y desarrollar la gestión.

Material y métodos

Se ha realizado una jornada de trabajo con un formato lúdico y formal, dirigido a los profesionales de gestión que desarrollan su labor como directivos y mandos intermedios.

Esta jornada fue celebrada en la propia Gerencia. Primero hubo una charla sobre motivación, y después se formaron grupos de trabajo cuyo fin era realizar un análisis de lo acontecido en los últimos años identificando problemas y propuesta de mejora.

Finalmente, los grupos de trabajo presentaron sus conclusiones. Fueron los profesionales no sanitarios los encargados de proponer un decálogo en el que se recogen diez "buenas prácticas" para humanizar la gestión con el cliente externo e interno.

Resultados

Definición del decálogo

- Acoge y preséntate a los nuevos compañeros.
- Respeta, valora y facilita el trabajo y el tiempo de los demás.
- Escucha y empatiza con los otros.
- Crea un buen clima que fomente la iniciativa, la innovación y la comunicación fluida.
- Motiva a los profesionales potenciando sus capacidades y fomentando la formación.
- Fomenta la participación y busca puntos de encuentro
- Adáptate al cambio y consigue tus objetivos
- Fomenta el sentimiento de pertenencia a la Organización
- Se honesto y coherente con las personas y con tu trabajo
- Confía en los demás.

Conclusiones

Ha sido muy bien valorada. Los profesionales demandan mantener de forma periódica este tipo de encuentros que van encaminados a conseguir que todos los profesionales se sientan más implicados con la organización y nos hace sentir parte de un único equipo humano. El decálogo ha sido definido.

EL VALOR DEL SILENCIO. PROYECTO DE MEJORA DEL DESCANSO NOCTURNO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES

JOSEP RODRIGUEZ-SADURNI¹; L DIAZ-GARCIA²; A RUBERT-TORRALBA³; S DE SANDE-PEREZ⁴; M LARA-RODRIGUEZ⁵; C TUSQUELLAS-OTO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL DE GRANOLLERS.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Según numerosos estudios, la falta de descanso tiene consecuencias como la somnolencia diurna excesiva, delirio, disminución del rendimiento cognitivo, aumento de la irritabilidad ... El sueño es básico para la recuperación y mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Las personas enfermas necesitan dormir más de lo normal y su ritmo sueño-vigilia está alterada.

Hay factores biofisiológicos que afectan al sueño: la edad, el ejercicio, la alimentación, el estado de salud, el dolor, ciertas patologías.

En el enfermo ingresado, a parte de su propio estado de salud, se ha de añadir el hecho que está en un ambiente extraño, a veces con compañeros de habitación, y en un entorno en el que la oscuridad y el silencio brillan por su ausencia. Los profesionales de salud que trabajan en turno de noche viven su jornada laboral en gran parte sin ser conscientes que para ellos es su horario de trabajo, pero para el paciente es su horario de descanso. Según encuestas, el principal factor que altera el sueño del enfermo ingresado es la actividad de enfermería, seguido de las conversaciones de profesionales y otros pacientes y los ruidos ambientales y la iluminación excesiva. Con este proyecto, intentamos minimizar estos aspectos y dar un entorno más adecuado al paciente para su descanso.

Objetivos

- Mejorar el descanso nocturno de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización.
- Disminuir los ruidos durante el periodo de descanso.
- Concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia del descanso dentro del tratamiento del paciente.

Material y métodos

Estudio intervencional pre-post en la Unidad de cirugía

- Pre- Recogida del estado basal durante dos semanas. Se recogería:
- Medida continua del ruido (oreja electrónica) durante el periodo nocturno
- Recogida en una parrilla de los ruidos que puedan interferir el descanso
- Encuesta de satisfacción previa al paciente
- Encuesta de conocimientos al profesional

Intervención:

- Elaboración de un díptico con las recomendaciones concretas con su evidencia para los profesionales. Este díptico se le entrega al profesional y se cuelga en la unidad.
- Colocación de material audiovisual en control de enfermería, pasillos
- Se realizan sesiones formativas sobre el proyecto en los diferentes turnos
- Se hace proyección externa del proyecto con el objetivo de darle visibilidad (web, intranet, revista digital ...)
- Post- Recogida durante dos semanas de los mismos ítems que en el pre

Resultados

Actualmente realizando el primer corte, implantaremos acciones en dos semanas, y en el congreso daremos resultados

Conclusiones

Los principales factores que influyen en el mal descanso nocturno son las acciones de enfermería. Haciendo ligeros cambios podríamos minimizar esas acciones y ganar en confort y satisfacción del paciente.

PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE MEJORA EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

AUTORES

LAURA CALLEJO GONZÁLEZ¹; MB CANTON ÁLVAREZ².

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA - GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SEGOVIA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

La enfermedad, y sobre todo, la enfermedad grave genera en el enfermo y sus familias, una situación de indefensión, que les hace muy vulnerables y que les aboca a una situación de necesidad de una atención sanitaria lo más humana posible.

Se hace patente la necesidad de centrar los cuidados en el paciente y sus allegados. Se persigue, por tanto, respetar la identidad del individuo paciente, su autonomía, sus deseos, sus sensaciones y sentimientos. Debemos preservar sus lazos afectivos y combatir sus miedos y preocupaciones. Tenemos que garantizar la idoneidad y competencia del profesional sanitario, así como su comunicación adecuada y su relación continuada y empática.

Es necesario considerar los aspectos anteriormente reseñados focalizándolos en tres niveles distintos pero muy interrelacionados entre sí como son los pacientes, los familiares/allegados y los profesionales.

Se pretende que todos incorporem los aspectos afectivos a nuestra práctica asistencial cotidiana. Debemos trabajar cada día en tener organizaciones al servicio de las personas.

Objetivos

General

Promover la mejora de la Humanización de la asistencia sanitaria en el Servicio de Pediatría

Específico:

Determinar la situación actual del Servicio de Pediatría en cuanto a expectativas, necesidades y demandas de los grupos de interés.

Planificar las actividades necesarias para la puesta en marcha del Plan de Humanización establecido e implementarlo

Material y métodos

Realizar un DAFO de la situación de Pediatría

Fomentar actividades Formativas, mejoras en infraestructuras amables y confortables. Actualizar protocolos. Mejorar el trato, cortesía, la calidez y el respeto a pacientes y familiares. Mejora del confort físico, psíquico, espiritual y ambiental de pacientes y familiares. Mejora de los Menús.

Fomentar el entretenimiento: Juegos, Música, Escuela, Arte, Humor, Espectáculos, Ocio multimedia, Malabares, Magia, cuentacuentos.

Resultados

Elaboración y análisis de un cuestionario satisfacción de familiares:

Formación de los profesionales.

Elaboración de las Normas de acompañamiento.

Elaboración de la Guía de Acogida y de Alta del paciente pediátrico.

Adaptación de los menús a la edad pediátrica.

Programa de ocupación de tiempo libre.

Acuerdos de colaboración con Asociaciones de Voluntarios.

Análisis y propuesta de la mejora en las instalaciones en la Unidad de Pediatría.

Conclusiones

La enfermedad en las primeras etapas de la vida precisa de un cuidado humanizado e integral en la atención al paciente y su familia siendo de extrema importancia porque estimula actitudes de aceptación de la enfermedad para la edad adulta, así como ayuda a crear hábitos de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas, facilitando el cumplimiento y adherencia del tratamiento y mejorando la evolución de la enfermedad en estas etapas iniciales de la vida proporcionando, a su vez, unos conocimientos, habilidades y aptitudes para toda la vida.

PROTOCOLO DE SEDACIÓN Y ANALGESIA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS NEUROTRAUMATOLÓGICAS

AUTORES

Antonia Vázquez González¹; A Diez Naz²; M Genebat González³; A Olloqui García⁴; P Nuño Morales⁵; R Moya Meléndez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

En la Unidad de Urgencias de adulto del Hospital Universitario Virgen del Rocío se realiza diariamente técnicas y procedimiento para el tratamiento definitivo o provisional de los fracturas complejas ,luxaciones. Dichas patologías y tratamientos conllevan un alto nivel de dolor y de ansiedad. Dentro de la seguridad del paciente y de la humanización de la atención estamos obligados a minimizarlos.

Objetivos

Desarrollar un protocolo de actuación para el manejo del dolor en los procedimientos que se realizan en un servicio de urgencias de un hospital del tercer nivel.

Material y métodos

Se constituye un grupo de trabajo formado por la dirección de la unidad y profesionales asistenciales de distintas categoría profesional.

Se estable un cronograma de trabajo donde se recoge:

1. Plazo de elaboración
2. Plazo de difusión
4. Implantación
3. Estudio piloto

Resultados

1. Se elabora un protocolo de actuación con distintas partes diferenciadas:

- Valoración del dolor y administración de analgesia por el personal de enfermería en el área de triage.
- Administración de AINES/Opiodes y vía de administración durante la espera y realización de pruebas complementarias
- Premedicación en luxaciones
- Sedación en fracturas complejas e impactadas
- Manejo de lesiones específicas que requieran manipulación suave o reducción cerrada.

2. Estudio Piloto: 19 pacientes atendidos según protocolo, en patología subsidiaria de reducción cerrada de fractura, luxación compleja y drenaje de abscesos con EVA basal superior a 7 puntos.

Conclusiones

La mayoría profesionales de las distintas áreas han recibido el protocolo de forma satisfactoria, indicando que es necesario e imprescindible en este servicio, aunque su implantación se está llevando a cabo de forma paulatina, la cultura de 'siempre se ha hecho así' es difícil de erradicar en poco tiempo

El estudio piloto demuestra que puede ser un forma eficaz y segura para la reducción del dolor, y para evitar el uso de intervenciones quirúrgicas. Esto conlleva una reducción de efectos secundarios, eventos adversos y gasto hospitalario entre otros.

VÍA RICA: LA IMPORTANCIA DE INFORMAR AL PACIENTE

AUTORES

Celia Albaladejo-Blanco¹; A Vegas-Miguel²; E Peláez-Pérez³; M García-Matesanz⁴; C Conde-Redondo⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Río Hortega.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Cada vez es más importante la implicación del paciente en sus propios procesos clínicos. Para ello, es preciso que la información que reciben desde los profesionales de la salud sea adecuada, suficiente y adaptada.

Objetivos

Contribuir a aumentar el conocimiento y el seguimiento de los procesos clínicos por parte de los propios pacientes mediante un documento informativo adaptado.

Material y métodos

Durante el último trimestre del pasado año 2018 se inició la implantación en nuestro Hospital la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA), que consiste en la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias destinadas a aquellos pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico con el objetivo de disminuir el estrés secundario originado por la intervención quirúrgica y así lograr una mejor recuperación del paciente y una disminución de las complicaciones y la mortalidad. En nuestro caso, esta Guía se inició con el procedimiento de cistectomía radical por neoplasia vesical. Se elaboró todo un proceso asistencial, que implicaba una serie de medidas organizativas, destinadas fundamentalmente a que el paciente tuviese una atención preoperatoria multidisciplinar y personalizada, pero que a la vez evitara un número elevado de visitas al Hospital. Se elaboró un documento informativo, con un formato de cuadernillo, donde se incluyeron las recomendaciones y actividades que el paciente debía realizar las 3-4 semanas previas a la intervención, el recordatorio de días y citas junto un teléfono de contacto y una planilla de recogida diaria de las actividades a realizar. En la revisión de este documento participó el primer paciente intervenido bajo estos criterios.

Resultados

A todos los pacientes que el Servicio de Urología incluyó en el proceso se les entregó este documento informativo por parte de una enfermera gestora de su caso, que también era su referente. En todos los casos los pacientes mostraron la satisfacción con la utilidad del cuadernillo.

Conclusiones

El documento informativo elaborado es una herramienta útil en el seguimiento del proceso seleccionado y realmente es un instrumento de ayuda tanto para el profesional como sobre todo para los pacientes. Les permite no olvidar sus citas, reflejar las actividades recomendadas durante el preoperatorio y aclarar dudas.

¿SABEMOS ACOGER A NUESTROS PACIENTES?

AUTORES

Nuria Beatriz Llamas Sandino¹; P Rius Fortea²; A Esteban Gallego³; S Hernández Merchán⁴; V Arroyo del Moral⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Centro de Salud Valdezarza-Sur.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Revisando los resultados de actividad asistencial de nuestro Centro de Salud, nos damos cuenta que hay un porcentaje importante de nuestra población que sólo ha acudido una vez a las consultas de medicina de nuestro centro de salud y no tiene registrada ninguna visita a las consultas de enfermería

Objetivos

- 1.- Captar a los pacientes que acuden por primera vez a nuestro centro en la consulta de enfermería.
- 2.- Ofertar nuestros servicios a la población que no acude con frecuencia a nuestro centro.

Material y métodos

Se ofertará y citará para consulta de acogida:

- Usuarios que acuden por primera vez a la asignación de cita, adecuando el horario si es con otro profesional.
- Derivaciones de otros profesionales de ciudadanos nuevos en el centro, se citarán en consulta de enfermería.
- Usuarios que acuden al mostrador para asignación de profesional sanitario.
- Se citará a través del acto "ACOG" disponible en AP Madrid. Si es posible, se asignarán dos huecos de 10 min consecutivos en la agenda de enfermería.

Si existe cualquier duda o problema de citación, el profesional se pondrá en contacto con el enfermero responsable para dar una solución viable en el momento.

Si el personal de enfermería responsable de la atención del ciudadano está ausente o en visita a domicilio, se le ofertará una cita tan pronto sea posible.

Resultados

Hemos iniciado la actividad con fecha 1 de diciembre de 2018 y en la actualidad estamos realizando la medida de las consultas de acogida realizadas durante el primer semestre.

Conclusiones

Con esta acción intentamos acercarnos a la población que acude con menos frecuencia a nuestras consultas y especialmente a las de enfermería, dando a conocer las actividades que se realizan en dichas consultas y en general en nuestro Centro de Salud.

BIENESTAR LABORAL Y ENGAGEMENT EN EL PERSONAL DE SALUD EN 17 INSTITUCIONES SANITARIAS DE ARGENTINA

AUTORES

Maria Cristina Ferrari¹; I Banchemo²; C Oyenard³; A Ferreira⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Pontificia Universidad Catolica Argentina.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Humanización de los espacios y de las personas

RESUMEN

Justificación

Las últimas tendencias en el estudio de la salud laboral han dado un giro hacia la generación de conocimiento en un sentido opuesto al burn-out que es "el engagement", descrito como un "estado mental positivo" y "satisfactorio" frente al trabajo, caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción del individuo" (Baker A y ShaufeliW). La salud de los trabajadores del sector sanitario no escapa a las realidades globales y es un factor que influye en la calidad de la atención, la seguridad de los pacientes, el logro de las metas institucionales, entre otros.

Objetivos

Determinar el nivel de engagement en un grupo de trabajadores de salud de la Argentina.

Material y métodos

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con utilización de encuesta que mide las tres dimensiones del Engagement, evaluada mediante el Utrecht Work Engagement Scale, ante la pesquisa de 17 preguntas frente a una escala con 7 posibilidades de respuesta. El cuestionario se distribuyó desde Septiembre 2017 a Marzo 2018. Muestra por conveniencia constituida por 810 trabajadores de salud de instituciones que adhirieron al proyecto. Análisis de los datos fue efectuado mediante el paquete estadístico SPSS versión 7.0.

Resultados

Los resultados se interpretaron mediante la comparación con Tabla de Baremos para UWES.

Edad representativa: entre 30 y 40 años. Sexo predominante femenino. Rango de antigüedad predominante entre 5-10 años. La mayoría refiere único trabajo. Rol predominante de atención directa al paciente. Compromiso percibido por los trabajadores: Muy Comprometido: 659 (81,4%) Confianza percibida por los trabajadores: Mucha Confianza: 508 (62,7%). Interpretación final: VIGOR Alto, DEDICACION Alta, ABSORCION Alta. Por tanto, engagement institucional general alto.

Conclusiones

A pesar del contexto de incertidumbre que presenta el Sistema de Salud Argentino, sumado a la inestabilidad político-económica más allá de temas económicos y las particularidades del contexto, se observa un nivel de engagement alto en los trabajadores, lo que evidencia compromiso por el servicio que se brinda. No se observan, diferencias entre instituciones públicas o privadas.

COMPARTIR PARA MEJORAR: PUBLICACIÓN DE LAS ACTAS DEL COMITÉ DE TUMORES EN LA HISTORIA CLÍNICA COMPARTIDA

AUTORES

CRISTINA DANES VILAR¹; L LOPEZ DUESA²; L MORENO HOMBRADOS³.

CENTRO DE TRABAJO

Fundació Puigvert.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

La atención del paciente oncológico implica un número creciente de profesionales de la salud de diferentes áreas (primaria, especializada) y especialidades. A lo largo del proceso deben tomarse decisiones de consenso que es importante comunicar a todos los profesionales implicados en el proceso. Los comités de tumores hospitalarios son el elemento esencial de esta atención multidisciplinar y el resultado de su deliberación debe constar tanto en la historia clínica del centro como en la historia clínica compartida.

Objetivos

En septiembre de 2018 el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya recordó a los centros la posibilidad de publicar en la historia clínica compartida de Catalunya (HCCC) las actas de los comités de tumores como elemento clave del trabajo en red. Por esta razón la Fundació Puigvert decidió informatizar las actas como paso previo a su publicación en la historia clínica compartida.

El objetivo de este trabajo es describir los pasos seguidos hasta la publicación en la HCCC de las actas de nuestro comité de tumores.

Material y métodos

La situación inicial de la que partíamos era un formulario de recogida de datos en papel que rellenaba el médico responsable de presentar al paciente al comité de tumores. El contenido de estas hojas de recogida de datos era introducido posteriormente en una base de datos de Access gestionada por el Servicio de Documentación Médica y, finalmente, se generaba una acta por cada sesión del comité donde constaban las conclusiones de todos los pacientes presentados ese día en concreto. Además, el médico anotaba en la historia clínica del paciente la estrategia terapéutica consensuada en dicho comité.

Para llevar a cabo su informatización se diseñó un nuevo formulario de recogida de datos en la historia clínica electrónica de nuestro centro que substituiría al que se estaba utilizando en papel. A partir de los datos introducidos en el formulario se genera automáticamente una acta que es firmada por el médico responsable del paciente. Esta acta queda guardada en el apartado de informes médicos de la historia clínica del paciente y es consultable por todo el personal asistencial del centro. Para finalizar el proceso, las actas son publicadas en la HCCC en las 24h posteriores a su firma.

Resultados

La informatización del acta del comité de tumores ha conllevado una simplificación y mejora de su gestión. Toda la información relativa a la presentación del caso al comité de tumores está introducida en la historia clínica electrónica del paciente, evitando así la dispersión de datos en bases de datos paralelas. La publicación en la HCCC se realiza en un intervalo de tiempo inferior a 24h.

Conclusiones

La atención multidisciplinar es el sello de la atención oncológica de calidad. Con la publicación de las actas del comité de tumores en la historia compartida del paciente se consigue facilitar el seguimiento de los casos y mejorar así la calidad asistencial.

LA COMUNICACIÓN COMO ELEMENTO ESTRATÉGICO EN EL ÁREA SANITARIA

AUTORES

ENRIQUE GONZALEZ FERNANDEZ¹; JL GARCIA FERNANDEZ².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

La Administración Sanitaria aparece ante la sociedad como un ente complejo que emite señales difusas generadoras de desconfianza. La información sobre aspectos negativos, situaciones incidentales puntuales y los conflictos laborales se cuelan en los medios de comunicación con facilidad, trasladando a la sociedad inseguridad, incertidumbre y ocultando los verdaderos valores de la organización sanitaria, como son el compromiso de los profesionales, la función de servicio público y la gestión del conocimiento experto.

La Gerencia del Área Sanitaria abordó una estrategia de comunicación en varios frentes, para trasladar a la sociedad información fiable sobre las actividades que se desarrollan en los centros sanitarios, el papel de los profesionales, los proyectos de mayor importancia, la cartera de servicios y otros aspectos relacionados con la promoción de salud.

Objetivos

Mejorar la percepción del área sanitaria entre la población.
Mejorar la presencia del área en los medios de comunicación
Mejorar el conocimiento del trabajo profesional

Material y métodos

Se articuló una estrategia de comunicación basada en mejorar la relación con los medios de comunicación de la zona y en aumentar la presencia del área en la Comarca.

Se desarrollaron diversas acciones:

*Se ofertó la mejor accesibilidad posible a los medios, para realizar trabajo divulgativo en el que los protagonistas principales fuesen los profesionales que desarrollasen diferentes actividades asistenciales o de promoción de salud

*Se estableció un acuerdo con una Asociación Cultural de la Comarca para crear un Aula de Salud, foro en el que mensualmente se han ido desarrollando conferencias y sesiones divulgativas durante los años 2018 y 2019, con presencia numerosa de ciudadanos, habitualmente entre 80 y 100 personas.

*Se diseñó una estrategia de comunicación específica para los casos de catástrofes o accidentes con impacto mediático y social.

Los medios de comunicación habituales en la Comarca son dos periódicos regionales con edición en la Comarca, las emisoras de radio con presencia local y la Radiotelevisión pública de Asturias (RTPA)

Todas estas acciones se han complementado con numerosas actividades habituales de los profesionales, fundamentalmente de Atención Primaria, en materia de promoción de salud.

Resultados

El número de noticias o informaciones de diverso tipo referidas al Área Sanitaria ha sido de 250. EL 84% fueron positivas. El 12% fueron negativas. El resto las calificamos neutras.

Los medios han pedido siempre contrastar las informaciones de sesgo negativo que les llegaron por diferentes vías.

Las actividades del Aula de Salud han tenido amplio seguimiento y han servido para abordar problemas de salud candentes.

El Área Sanitaria ha sido reconocida como la entidad o empresa más asequible y transparente para los medios de comunicación.

Conclusiones

Disponer de una estrategia de comunicación situada al nivel gerencia permite mejorar el posicionamiento de la organización y reducir el impacto negativo de la información.

TRANSPARENCIA Y CALIDAD: INCORPORACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS AL OBSERVATORIO DE RESULTADOS

AUTORES

ASUNCION COLOMER ROSAS¹; NM RODRIGUEZ RODIL²; AM CINTORA SANZ³; B VALENTÍN LÓPEZ⁴; J MALLO PÉREZ⁵; P BUSCA OSTOLAZA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA112¹; SUMMA112²; SUMMA112³; SUBDIRECCION GENERAL CALIDAD SERMAS⁴; SUMMA112⁵; SUMMA112⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

Facilitar a los ciudadanos los resultados de los servicios sanitarios es una obligación normativa y de responsabilidad social. Hay evidencia de que la difusión de indicadores sanitarios facilita la identificación y desarrollo de actuaciones de mejora e impacta en la salud de la población. Describimos el proceso de incorporación de un servicio de urgencias extrahospitalarias al Observatorio de Resultados (OR)

Objetivos

Incorporar los resultados más relevantes de un servicio de urgencias extrahospitalarias al OR

Material y métodos

Grupo de trabajo: miembros del Equipo Directivo y Expertos de la Consejería de Sanidad (CS)

Material: Registros del OR. Memorias de Actividad. Cuadro de Mando. Registros específicos de Formación, Investigación, Atención al Usuario.

Documentos de otros OR de otras comunidades autónomas

Método:

Designación de Responsable del proyecto.

Reunión inicial: se expuso el objetivo de seleccionar indicadores para inclusión de nuestro servicio en el OR y dos criterios: a) que tuvieran una estructura similar a los niveles asistenciales ya incluidos, y b) Fuesen relevantes y fácilmente entendibles.

Se facilitó la documentación a revisar interna y externa y un cronograma.

Se configuraron tres subgrupos para elaborar una primera propuesta (1º: indicadores de Actividad, Efectividad y Seguridad y Eficiencia; el 2º: Atención al Usuario y el 3º: Formación e Investigación), que se remitieron a todo el grupo que hizo aportaciones y se configuró una propuesta final.

2ª reunión: se evaluó la propuesta final, incluyendo los datos de años anteriores con tablas y gráficos y se estableció el documento definitivo aprobado por la Gerencia y revisado por los Expertos de la CS.

Resultados

Se seleccionaron 28 indicadores: 10 relativos a Datos Generales; 3 de Efectividad Clínica y Seguridad del Paciente; 2 de Eficiencia; 8 de Atención al Usuario y 5 de Docencia e Investigación.

Se realizó una descripción de todos los indicadores y una Ficha específica para todos excepto los de Actividad y se definieron las fuentes de información y el cálculo de los mismos. Por último se realizó la presentación en la web del OR.

Los datos presentados señalan la evolución de los resultados más relevantes en el periodo de tres años comprendido entre 2015 y 2017 y se acompañaban de un breve comentario sobre la evolución.

Conclusiones

La inclusión de indicadores de resultados nos ha supuesto internamente una reflexión sobre lo que es relevante para los ciudadanos y pacientes, facilita el trabajo en equipo de las diferentes áreas de la organización y el alineamiento de nuestras actuaciones para cumplir los objetivos. Así mismo supone un compromiso de mejora continua y un ejercicio ético de transparencia. Por último, también facilita el aprendizaje organizacional al podernos comparar con otras organizaciones similares o servicios sanitarios en aspectos clave.

En el momento actual estamos revisando y ampliando los indicadores que vamos a poner a disposición de los ciudadanos en el OR en la nueva edición.

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

AUTORES

JOSÉ EDUARDO CALLE URRÁ¹; P PARRA HIDALGO²; P NIETO MARTÍNEZ³; D GAVRILA CHERVASE⁴; C LÓPEZ ROJO⁵; A MAS CASTILLO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SG CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN. SMS.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

Los Observatorios de Resultados tienen como misión favorecer la transparencia y el buen gobierno en la atención sanitaria, garantizando el acceso de los ciudadanos y profesionales a la información sobre recursos, actividad, calidad de la atención y gasto. Favorecen además la comparación entre centros, la identificación de las mejores prácticas y la realización de benchmarking.

Objetivos

Poner a disposición de los ciudadanos, pacientes, profesionales y gestores, información clave para conocer los resultados de la atención sanitaria realizada en el Servicio Murciano de Salud (SMS).

Material y métodos

Para la puesta en marcha del Observatorio se siguieron los siguientes pasos: revisión de experiencias previas, elaboración del cronograma de tareas, búsqueda y priorización de indicadores, definición de los datos a publicar para cada indicador, elaboración de los datos (tablas, gráficos y fichas de los indicadores), diseño de la página web y publicación de la información.

Resultados

Se ha diseñado la página web del Observatorio. En el mismo se pueden consultar los resultados correspondientes a 164 indicadores clasificados en 6 tipos (población atendida, recursos y actividad, atención primaria, atención hospitalaria, calidad percibida y gasto). Para la mayor parte de los indicadores se presentan los datos correspondientes a los últimos 3 años y, en el caso de los de atención primaria, hospitalaria, calidad percibida y recursos y actividad de hospital, la información está desagregada a nivel de centro. Para cada indicador se ha elaborado una ficha donde se hace explícita la forma de medición.

Conclusiones

Se ha puesto a disposición de los ciudadanos y profesionales la información clave para conocer los resultados de la asistencia sanitaria realizada en el SMS. Esto es sólo el punto de partida de un proyecto que deberá incorporar en un futuro nuevos indicadores, otras formas de presentación de los resultados (otros tipos de gráficos, mapas, etc) e informes dirigidos tanto a profesionales como pacientes.

CUANDO LAS QUEJAS SE CONVIERTEN EN CUESTIÓN ESTRATÉGICA: MODELO DE GOBERNANZA

AUTORES

MAR IGLESIAS LOBO¹; M ROJAS REMON²; R MANZANERA LOPEZ³; DJ MOYA ALCOCER⁴; X FARRUS ESTEBAN⁵.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

La atención a los pacientes/usuarios es un elemento clave en la actividad asistencial y evaluadora de la organización. Conocer, y satisfacer, sus expectativas favorecen la percepción que éstos puedan tener sobre el servicio recibido.

Las comunicaciones que los pacientes/usuarios puedan realizar, se convierten en valiosas fuentes de información. Entre ellas destacan las quejas y reclamaciones (QR), además de los agradecimientos y sugerencias (SA) que puedan trasladar de forma explícita.

Analizar las causas de la discrepancia que reflejan las QR ayuda a mejorar la percepción de pacientes y usuarios.

Objetivos

Redefinir un nuevo procedimiento de gestión de quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos en el que se haga partícipe a toda la organización. Responder adecuadamente al paciente, garantizando una respuesta a la disconformidad trasladada, tras revisar con rigor su comentario. Detectar oportunidades de mejora para la organización.

Material y métodos

Desarrollo de un proyecto transversal, a partir de un equipo de trabajo multidisciplinar, mediante las siguientes fases: 1) Detección de carencias y necesidades 2) Identificación de requisitos y objetivos y elaboración de una matriz de requisitos 3) Diseño del nuevo proceso, documentando cada una de las etapas 4) Implantación mediante formación y comunicación. 5) Seguimiento y revisión del nuevo proceso definido con el objeto de verificar que se cumplen con las expectativas y necesidades existentes.

Resultados

El proyecto de mejora del proceso de gestión de quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos ofrece como Resultados

1) Identificación de las directrices básicas. 2) Descripción de un sistema de alarmas definidas a partir de la criticidad de las quejas y reclamaciones recibidas (matriz probabilidad – impacto). 3) Definición de una metodología de análisis agregado para QR según el motivo de disconformidad. 4) Establecimiento de un sistema de informes periódicos.

La nueva sistemática de gestión permite dar respuesta a las carencias detectadas al inicio del proyecto. Destacar, especialmente, los resultados obtenidos a partir del análisis agregado de QR que permite que de forma conjunta, se implementen acciones tanto a nivel local (actuaciones en los centros) como genérico (revisión de procedimientos en la operativa de la organización), aportando una mejora en la calidad del servicio ofrecido. Para facilitar la evaluación de los resultados, se han diseñado KPIs de seguimiento.

Conclusiones

Se trata de que el paciente pueda manifestar su no conformidad en canales de comunicación directos con la organización. También aprovechar las quejas y reclamaciones para la mejora continua proviene de un análisis en profundidad, riguroso y fundamentado, sobre las QR recibidas. También permiten contribuir en la detección de buenas prácticas o puntos fuertes de la organización a través de los agradecimientos e, incluso, a superar las expectativas mediante las sugerencias trasladadas.

PLANIFICAR-IMPLANTAR-EVALUAR-MEJORAR

AUTORES

M^a CARMEN RODRIGUEZ SANCHEZ¹; MP LAZARO PEREZ²; C SILVAN SOTILLO³; M MARTINEZ SANCHEZ⁴; PL IZQUIERDO DOYAGÜEZ⁵; F SOTO BONEL⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

La Unidad de Celadores ha implantado desde 2015 una sistemática de trabajo que se adecua correctamente a los requisitos del nuevo sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015; es decir, basada en el análisis DAFO de la Unidad, la prevención y previsión de riesgos y la satisfacción de las partes interesadas.

Objetivos

Inspira nuestra actividad en el ciclo: Planificar-Implantar-Evaluar-Mejorar (el conocido PDCA, en sus siglas en inglés), que es una adecuada dinámica para llevar a cabo las características del nuevo sistema anteriormente expuestas.

Material y métodos

- Elaboración de los procedimientos que alcanzan a la totalidad de actividades de la Unidad, consensuados y firmados con las direcciones correspondientes.
- Generación de ficheros Excel que recojan y exploten la actividad diaria de los celadores y su gestión.
- Evaluación periódica de los resultados obtenidos.
- Acciones de mejora unilaterales o, si procede, consensuadas con las diferentes direcciones.

Resultados

Referidos todos ellos al periodo anterior a 2015:

- Mejora en nuestros tiempos de respuesta a la demanda: +80%
- Disminución de conflictos con personal del hospital: +94%
- Mejora de las relaciones interdisciplinares: incorporación de miembros de la Unidad en 8 grupos de trabajo.
- Disminución de accidentes laborales: +56%
- Disminución de ISL: +35%
- Aumento de los agradecimientos +38% y disminución de las reclamaciones +88%

Conclusiones

La puesta en marcha de esta sistemática ha supuesto:

- Conocer mejor las expectativas de las partes interesadas sobre nuestro colectivo.
- Mejorar la eficiencia y equilibrio que debe existir entre requisitos, tiempo y coste.
- Realizar una adecuada gestión del riesgo.
- Optimizar la prestación del servicio.
- Satisfacer a las partes interesadas.

PRIMER CONTACTO DEL CELADOR CON PACIENTES Y USUARIOS

AUTORES

ÁNGEL YELA FUNCIA¹; J ZAMORA SAN MARTIN²; G FERNANDEZ LANGEER³; P CARRIZO SOLERA⁴; F SOTO BONEL⁵; PL IZQUIERDO DOYAGÜEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

A finales de 2017 se contabilizó un número reducido, pero evitable, de reclamaciones de usuarios referidas al trato recibido en su primer contacto con nuestro personal. Por otra parte, una de las ideas de celadores ganadora en los "I Premios a las mejores ideas para ser más eficientes en nuestro trabajo" fue la creación de un código de estilo para primeros contactos con pacientes.

La comunicación inadecuada o el incorrecto tratamiento de situaciones, puede desembocar en confusiones, tomas de decisiones erróneas o conflictos.

Objetivos

El/la celador/a debe dirigirse a pacientes y usuarios de forma adecuada, útil y con las siguientes finalidades:

- Informarles adecuadamente.
- No alterarles emocionalmente más de lo que estén y, si es posible, ayudar a bajar su nivel de ansiedad, preocupación o enfado.
- Ayudarles para que puedan resolver del mejor modo posible sus dudas o inquietudes.
- Generar un estado de confianza entre el usuario y el personal.

Material y métodos

- Elaboración de un políptico para celadores con normas de estilo para primeros contactos con pacientes y usuarios.
- Difusión del políptico a toda la plantilla mediante: entregas personalizadas, correo electrónico e Intranet.
- Implementación de acciones formativas: cursos de formación continuada anual y curso on-line en Intranet.

Resultados

- Disminución de las reclamaciones (en total y específicamente por trato):
 - 2017: 10 por trato; 32% de 31 reclamaciones recibidas.
 - 2018: 4 por trato; 21% de 19 reclamaciones recibidas.
- Aumento de las felicitaciones por parte de los usuarios (2017: 49; 2018: 55).
- Mejora de las relaciones con otros estamentos por contribuir a crear un clima de confianza por parte de los usuarios (recepción de cuatro cartas de agradecimiento hacia el colectivo durante 2018 por parte de diferentes responsables asistenciales).
- Se ha posibilitado una correcta comunicación entre usuarios y personal no especialmente dotado para ello, a través de la asistencia a cursos, cuya eficacia queda patente en los datos anteriores.

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos, puede afirmarse que está mejorando la percepción de los usuarios hacia nuestro colectivo, lo que influye positivamente en su bienestar.

Esta iniciativa ha puesto en práctica la filosofía de buenas prácticas del SERMAS de forma específica para el personal celador, siendo a su vez una referencia útil para otros colectivos, pues se encuentra a disposición de todo el personal.

USAMOS UN ÍNDICE SINTÉTICO PARA LA GESTIÓN DE AGENDAS

AUTORES

SUSANA LORENZO MARTINEZ¹; R OVEJA FERNÁNDEZ²; ML CHECA AMARO³; A FABERO JIMENEZ⁴; V CASTILLA CASTELLANO⁵; M GARRIDO MARTÍN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

Un índice sintético (IS) es la agregación en un indicador de otros parciales. Permite monitorizar facilitando información sobre la tendencia. La actividad desarrollada en consultas externas (CEX) ha ocupado tradicionalmente un papel secundario frente a hospitalización en los hospitales, aunque está cobrando mayor protagonismo, por la mayor ambulatorización de los procesos. La agenda de CEX sirve para distribuir los tiempos de asistencia, conocer la oferta y la demanda. Definir las agendas facilitando información periódica sobre la demanda y espera proporciona el soporte operativo para la planificación de la oferta de CEX.

Objetivos

Establecer un IS para facilitar el seguimiento de apertura de agendas.

Material y métodos

Ámbito: hospital de 400 camas del SERMAS. Periodo: 2018-19.

Desde Calidad se definió con Dirección Asistencial y de Continuidad Asistencial un cuadro de mando de seguimiento de apertura de agendas, mensual, prospectivo, a 12 meses vista, que se ajustara a la norma de gestión de agendas del hospital y del SERMAS. El indicador se definió para monitorizar la accesibilidad de agendas (huecos disponibles citados o no) respecto a la actividad total (nuevos + sucesivos + resultados + imprevistos) realizada en el año 2017.

El cuadro permite valorar de forma visual la apertura de las agendas por especialidad. Se usa una puntuación (ponderada sobre 100: 25/trimestre) trasladada al seguimiento de objetivos de los servicios y un código de colores, tipo "semáforo" que establece diferentes estándares en función del horizonte temporal (VERDE > 80% a 3 meses; >46% a 6 meses; 25% a 9 meses; etc.)

Resultados

El IS se implantó en 06/2018. Monitorización mensual, con visibilidad global de la información. Ha evolucionado de forma favorable

jun-18	jul-18	ago-18	sep-18	oct-18	nov-18	ene-19	feb-19	abr-19	may-19	jun-19
57,27	59,09	59,17	54,38	65,21	84,58	75,00	86,25	63,13	78,96	74,8

En la primera evaluación 2 especialidades cumplían el objetivo de apertura (mediana 50), un año después son 6 especialidades con IS 100, mientras que todas las demás tienen IS= 75 (mediana: nov 18= 95, jun 19= 74,8). Se han incorporado todas las especialidades al "semáforo", conforme se han normalizado los tipos de prestación.

Permite gestionar de forma proactiva la accesibilidad a CEX ligada a la apertura de agendas: periodos de vacaciones (puentes, navidad, etc.)

Conclusiones

El IS "semáforo de agendas" se ha convertido en pieza clave para evaluar la gestión de agendas del hospital. Permite detectar irregularidades y posibles riesgos de forma prospectiva, suficiente para implementar medidas correctoras: aumento temporal de citas ofertadas. Sigue existiendo variabilidad entre las diferentes especialidades.

Es una herramienta de gestión para evaluar de manera cuantitativa y cualitativa la gestión del proceso, fomenta comparaciones entre servicios. Proporciona información para la toma de decisiones, permite fijar objetivos de mejora y es una herramienta de ayuda a la decisión, mediante su introducción en los objetivos del Servicio.

SUMMA 112: SIGUE PARTICIPANDO

AUTORES

NURIA MARIA RODRIGUEZ RODIL¹; J MARTINEZ GOMEZ²; P LLOPIS LOPEZ³; A GALAN GRAJERA⁴; MJ MEDRANO MARTINEZ⁵; P MUÑOZ SAHAGUN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA112.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

En el congreso de Tarragona de 2017, presentamos PARTICIPA, una herramienta de participación de los trabajadores. Tras el éxito inicial del proyecto, participa ha crecido desde entonces sobre todo en lo referente al área de gestión.

Objetivos

Continuar el desarrollo de una herramienta que garantiza la participación de todos los trabajadores, en un entorno de dispersión geográfica que hace más difícil las comunicaciones. El objetivo en si es que todo el que quiera participe. Implementación en el área de RRHH, para garantizar la cobertura.

Material y métodos

Se han utilizado una serie de prácticas que representan un medio para la consecución de unos objetivos específicos de manera rápida, segura y precisa.

- Análisis de impacto. Determina desde un punto vista cuantitativo que elementos están implicados en el cambio. Una vez identificados se determina la complejidad del cambio.
- Cálculo de accesos: Estimación del número de ocurrencias.
- Caminos de acceso. Secuencia de acceso a los datos

Se estableció un equipo de trabajo con responsables identificados. Se llevaron a cabo pocas reuniones clave, orientadas previamente para optimizar el tiempo de obtención de los requisitos.

1.- Se decide que ante las incidencias de cobertura los profesionales puedan postularse para realizar guardias extras.

2.- Se desarrolla un algoritmo donde se pueda gestionar:

 Cuando: El profesional no puede postularse si ya concurre a una guardia por calendario.

 Quien: Se realiza un algoritmo con las acreditaciones que debe tener el profesional para postularse al puesto..

3.- Desde el portal profesional se accederá al menú "PARTICIPA". El profesional se ofrece días concretos, para hacer guardias extras en dispositivos concretos. Esta opción es retroactiva.

4.- La aplicación tiene un algoritmo que permite repartir equitativamente las guardias, además penaliza si finalmente, se le llama y no realiza la guardia.

5.- Los candidatos pueden consultar en cualquier momento y con total transparencia el ranking de dispositivos y días para conocer en que puesto del ranking está

Resultados

Lista para apuntarse a realizar guardias extras.

Desde el punto de vista cuantitativo los resultados del 01/04/2019 que se implantó la herramienta hasta el 30/04/2019 fue:

Guardias aceptadas - 668

Personas distintas que lo utilizaron - 348

POSTULACIONES

Postulaciones a Recursos 15262

Postulaciones Tipo Recurso - 11936

Profesionales Postulados 587

Conclusiones

Cuantitativa. se multiplicaron los accesos a portal de profesional hasta el punto de tener que optimizar la pagina

Desde el punto de vista cualitativo, ha sembrado en la organización un sentimiento perceptible de equidad, de que todos pueden optar a guardias extras y de que estas se reparte entre los profesionales de una forma mas justa. La cobertura ha aumentado, y sobre todo los profesionales del departamento realizan su función con mas eficiencia en la búsqueda de personal para sustituciones cortas.

GRUPO DE TRABAJO COMO HERRAMIENTA PARA IMPLANTAR LAS TÉCNICAS MOLECULARES EN UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

AUTORES

JOSÉ SANTOS SALAS VALIÉN¹; E HONRADO FRANCO²; C CASTAÑÓN LÓPEZ³; C DIEZ TASCÓN⁴; E SANTÍN PIEDRAFITA⁵; P ZUAZUA GONZÁLEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

El rápido desarrollo de las técnicas moleculares, unido a la constante demanda de los clínicos y oncólogos para su implantación en la rutina, nos lleva a establecer una sistemática de implantación de estas nuevas técnicas que en ocasiones requieren una importante inversión y un aprendizaje del personal dedicado.

Objetivos

Describir la sistemática de una implantación eficiente de las nuevas técnicas de patología molecular que se incorporan en un servicio de anatomía patológica coordinando el desarrollo tecnológico, la demanda por parte de los clínicos, la inversión del centro y la formación del personal dedicado.

Material y métodos

Se han estudiado todos los estamentos implicados en la realización de las técnicas moleculares y se han elegido representantes para formar parte del grupo de patología molecular. Las técnicas básicas de patología molecular ya estaban implantadas y se creó el grupo de trabajo para la incorporación de la biopsia líquida, definiendo, por parte del área clínica las indicaciones de la prueba y la estimación de solicitudes. Por parte del laboratorio se hizo la planificación de las pruebas para que el impacto en la organización del servicio fuera mínimo y asumible. Entre todos se planificaron las reuniones de seguimiento, donde se valoraron los resultados obtenidos, optimizando así la prueba. Todas las reuniones fueron documentadas a través de acta, realizada por el personal administrativo del servicio de anatomía patológica y que a su vez se ocupó de mantener las citas y difundir los acuerdos. Posteriormente se pasó a una planificación periódica que incluía el envío de material, la realización de la técnica y la valoración de resultados, a la vez que se hacía una revisión periódica de las indicaciones.

Resultados

La planificación realizada, con motivo de la introducción de la biopsia líquida, ha permitido una introducción paulatina y ordenada de esta técnica en el hospital que siempre ha estado planificada y sujeta a consenso por todas las partes implicadas. Este sistema de implementar una técnica de patología molecular en el servicio se ha mantenido para el resto de técnicas complejas solicitadas, como la recientemente incorporada secuenciación masiva (NGS), estudiándose la conveniencia de incluir esta técnica, las indicaciones y la planificación de los servicios. Un punto importante ha sido la planificación de los periodos de formación y la validación del personal técnico. El grupo de molecular tiene un carácter abierto y al introducir una nueva técnica se incluyen los profesionales implicados en ella.

Conclusiones

El grupo de trabajo para implantación de técnicas moleculares constituye una excelente herramienta de gestión para el servicio y el hospital ya que permite:

- Estudiar y seleccionar las técnicas más convenientes a implantar.
- Planificar la formación y validación del personal técnico.
- Consensuar y difundir las indicaciones.
- Hacer un seguimiento de la implantación, valorando los resultados obtenidos y potenciando el compromiso de los autores.

MATRICES DE POLIVALENCIA EN LA GESTIÓN DE UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

AUTORES

JOSÉ SANTOS SALAS VALIÉN¹; JM GONZÁLEZ HERBON²; E MAYO GONZÁLEZ³; ME GONZÁLEZ PÉREZ⁴; B CASTAÑEDA GARCÍA⁵; S PARRADO CUESTA SOLEDAD⁶.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Transparencia

RESUMEN

Justificación

En el desarrollo del plan estratégico del hospital e incluido en la línea estratégica primera que trata sobre la gestión del talento, una de las acciones es la construcción de matrices de polivalencia en los servicios y unidades que ayuden a su gestión.

Aunque en el servicio de anatomía patológica se llevaba un sistema de perfiles, integrado en su sistema de gestión de calidad, se transformaron estos de una forma más práctica, construyendo una matriz de polivalencia. Esta matriz de polivalencia se hizo para cada uno de los tres estamentos: Patólogos, TSAPYC y Administrativos.

Objetivos

Mejorar la gestión de competencias de todos los miembros del servicio de anatomía patológica a través de la construcción de una matriz de polivalencia para cada área: médica, de técnicos y administrativos. Con el uso de estas matrices de polivalencia intentamos lograr una correcta gestión de las habilidades y conocimiento del personal, pudiendo predecir las posibles lagunas en algunas áreas a lo largo del tiempo, reforzando las áreas más débiles o con más demanda.

Material y métodos

Se diseñan las tres matrices de polivalencia partiendo de los perfiles que llevábamos hasta entonces en el sistema de gestión de calidad. Se comienza por describir las funciones de cada estamento y se diseña una escala de cuatro niveles según la habilidad del profesional para desempeñarlas: 1.-Realiza la actividad habitualmente, 2.-Realiza la actividad esporádicamente, 3.-Ha realizado la actividad en alguna ocasión, puede necesitar actualización y 4.-Nunca ha realizado esa actividad.

Se consensua con cada persona tanto las funciones de su estamento como el nivel personal de cada actividad.

Una vez completadas las matrices de polivalencia se analizan por el comité de calidad sugiriendo el reforzamiento de algunas áreas, de forma que todas las áreas sean dominadas por más de una persona.

Resultados

La matriz de polivalencia de patólogos se referencia a la subespecialización de los mismos por áreas, pretendiendo así crear grupos que dominen cada subespecialidad.

La correspondiente a los técnicos se refiere, no solo a las habilidades clásicas como capacitación para autopsias o de citotécnico sino a otras más recientes como patología molecular, tallado de muestras o conocimiento del sistema de gestión de calidad.

La matriz de los administrativos trasciende más allá del mecanografiado de informes, incluyendo la gestión de protocolos en el SIL, indicadores, resultados críticos o participación en los controles de calidad establecidos.

Conclusiones

La construcción de una matriz de polivalencia constituye en sí un excelente ejercicio de reflexión y motivación para todos los trabajadores en cuanto a sus funciones y habilidades.

La planificación y trabajo con matrices de polivalencia es un potente estímulo en el aprendizaje del personal y potencia el sentimiento de equipo.

El uso de las matrices de polivalencia es una excelente herramienta en la planificación de un servicio, sobre todo en periodos sensibles como vacaciones, bajas, etc.,

CALIDAD PERCIBIDA: SEGUIMIENTO A DOS AÑOS DE LAS RECLAMACIONES EN UNA GERENCIA INTEGRADA SANITARIA

AUTORES

MARIA DEL MAR GOMEZ SANTILLANA¹; AN OLMO VALERA²; MA SANCHEZ GARCIA³; EL RUIZ SAIZ⁴; ME ABARCA CERVERA⁵; RI GARCIA GOMEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La voz del cliente tiene una especial relevancia en la planificación estratégica de la Gerencia Integrada de Cuenca (GAI), como así se recoge en su mapa de procesos. La gestión de reclamaciones y sugerencias es uno de los procesos incluidos en el alcance de la certificación (ISO 9001:2015) del Servicio de Información y Atención al Paciente (SIAP).

Objetivos

Describir las reclamaciones de la GAI de Cuenca durante el periodo 2017-2018. Estudiar las variaciones entre los dos años, para conocer y analizar la voz del usuario y establecer acciones de mejora.

Material y métodos

Las reclamaciones se recogen presencialmente o a través del formulario habilitado en la página WEB de la Consejería. Fuente de información: sistema informático: SGRS (Sistema de Gestión de Reclamaciones y Sugerencias). Explotación de los datos: Programa Montesinos. Diferenciación en el análisis, entre el ámbito de especializada y Primaria.

Resultados

Nº reclamaciones año 2017: 1.572; Especializada: 1.397 (88,86%); Primaria: 152 (9,66%). Nº de reclamaciones año 2018: 2.329; Especializada: 2.112 (90,68%); Primaria: 252 (10,82%). Porcentaje de reclamaciones contestadas en plazo a 30 días: Año 2017: 83,96%; Año 2018: 90,49%. (Estándar del Contrato de gestión: 95%). Nº de reclamaciones por meses: Año 2017: Especializada, meses más reclamados: Marzo (132) y Noviembre (139); Primaria: Agosto (23) y Febrero (20); año 2018: Especializada: Julio (251) y Mayo (223); Primaria: Enero (35) y Febrero (26). Categorías más reclamadas: Año 2017: Especializada: Citaciones (63,30%) y Lista de espera (15,98%); Primaria: Disconformidad con la asistencia (28,94%) y trato personal (15,78%); Año 2018 Especializada: Citaciones (72%) y Lista de espera (13,99%); Primaria: Disconformidad con la asistencia (27,18%) y recursos humanos (19,35%). En Especializada los Servicios más reclamados durante el 2017 son: Traumatología (27,27%), Radiodiagnóstico (26,48%) y Rehabilitación (10,66%) que suman el 64,42% de las reclamaciones; En el 2018 son Radiodiagnóstico (37,64%), Traumatología (23,50%) y Rehabilitación (8,17%) suman el 69,32%.

Conclusiones

9 de cada 10, corresponde a Atención especializada, no existiendo variaciones significativas en los 2 años estudiados. El número de reclamaciones se ha incrementado de manera significativa, en el año 2018 (32,50%) siendo la categoría de citaciones la que mayor incremento ha presentado (46,88%). Apesar de no alcanzar el estándar de un 95% de reclamaciones en plazo de 30 días en los 2 años estudiados, si que ha habido un incremento significativo de contestación en plazo, en el 2018 (6,53%). En ambos periodos 2 de cada 3 reclamaciones se deben solo a 2 categorías: Citaciones y lista de espera. En los dos periodos los Servicios de Traumatología, Radiodiagnóstico Y Rehabilitación son los más reclamados. Por último concluir que existe un sistema de gestión de reclamaciones que está vigente y produce información para establecer acciones de mejora.

APLICACIÓN METODOLOGIA FOCUS GROUP CON PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL CONCERTADO

AUTORES

Marta Morales Argimón¹; M Blanco Rodríguez²; A Cruz Oliveras³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari Sagrat Cor.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

En el ámbito de los servicios de urgencias, un paciente satisfecho volverá a acudir al centro sanitario, lo recomendará a familiares y amigos y cumplirá mejor el plan terapéutico asignado. La valoración de la experiencia del paciente se puede realizar mediante varias sistemáticas. Una de ellas, el método cualitativo de grupo focal facilita mayor comprensión de la experiencia. De acuerdo con dos líneas estratégicas del hospital "El paciente y familiar participa y opina" y "Apertura al barrio" y para ampliar conocimiento sobre la experiencia del paciente en el nivel 3 del servicio de urgencias de nuestro Centro, se plantea el proyecto de realización de un grupo focal en dicho servicio en colaboración con el Instituto Universitario de Pacientes de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC). Esta información facilita el diseño de estrategias de mejora que enriquecen la experiencia del paciente.

Objetivos

Objetivo General: Conocer las experiencias y expectativas del paciente adulto asistido en urgencias del Hospital en el contexto de un triaje de nivel 3

Objetivos específicos: A) Identificar cuáles son las barreras que pueden presentarse en relación a las necesidades asistenciales de los pacientes. B) Sobre la base de una estructura ya establecida, aplicar estrategias de actuación y recomendaciones de mejora de la calidad del servicio en base a la experiencia del paciente

Material y métodos

Estudio cualitativo descriptivo mediante la técnica de recogida de datos del grupo focal para conocer experiencia y expectativas de los usuarios de urgencias del Centro, que acudieron con una prioridad según triaje de nivel 3.

Participantes: Se realizó un muestreo de conveniencia para seleccionar personas que puedan aportar información rica y variada sobre el tema de estudio. Los participantes fueron contactados por las personas responsables de atención al cliente del centro por vía telefónica, y recibieron de este modo información sobre el objetivo del estudio y la razón por la que fueron seleccionados. Posteriormente los investigadores de la UIC enviaron un correo electrónico a los participantes con la hoja informativa del estudio

Resultados

Resultados grupo focal: De 9 participantes 7 siguen acudiendo al Servicio de Urgencias. Las mejoras deben centrarse en la mejora de acceso al centro, una atención empática y mayor rapidez hasta el triaje.

Acciones emprendidas: Cambio de rol de facilitadoras asistenciales: Visita de cortesía a los pacientes llegados a urgencias; ayuda al personal asistencial a agilizar pruebas y seguimiento de resultados para dar mayor agilidad al servicio; soporte al personal asistencial en agilización de ingresos de pacientes en planta.

El Resultado anual de las encuestas de satisfacción mejoró de 37.4% en 2017 a un 44% en 2018

Conclusiones

Se ha agilizado la estancia del paciente en urgencias aportando más información durante el proceso y ofreciendo atención más directa al paciente y familiares. Se da continuidad a la metodología FC con la realización de tres nuevos grupos focales

ESCUCHAR A LOS CIUDADANOS... ¿PUEDE MEJORAR LA ATENCIÓN SANITARIA?

AUTORES

NATALIA IZQUIERDO GARCÍA¹; B PRIETO CARROCERA²; B SUAREZ FERNANDEZ³; B FERNANDEZ SUAREZ⁴; Z VIEJO FERNÁNDEZ⁵; R DIOS DEL VALLE⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ÁREA IV¹; GERENCIA ÁREA IV²; SERVICIO ATENCION CIUDADANO³; CONSULTORIO SAN CLAUDIO⁴; CONSULTORIO LAS REGUERAS⁵; GERENCIA ÁREA IV⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La Zona Básica de Salud 4.3. tiene tres centros de atención. El consultorio X se encuentra en la capital del Municipio de X. Atiende a 1300 personas y en el mismo trabaja una médica y un enfermero, sin unidad administrativa (UNAD). La valija es un día a la semana. La UNAD de centro base tiene una importante carga de trabajo debido a la existencia en el centro de otros dispositivos asistenciales como el centro de orientación familiar, la inspección, etc... Tras una reunión con el ayuntamiento se planteó como un aspecto a mejorar el circuito de solicitud de consultas hospitalarias en el consultorio de las Regueras; ya que al no haber UNAD el médico imprimía el volante de solicitud, se lo entregaba al paciente el cual se desplazaba hasta el Consultorio de San Claudio donde la UNAD mecanizaba la solicitud.

Objetivos

Desarrollar un procedimiento para la solicitud de consultas hospitalarias sin desplazamiento del ciudadano.

Material y métodos

Desarrollo: Grupo de Trabajo (abril 2018): Atención al Ciudadano, Coordinación Médica, Informática, Mantenimiento. Diseño del procedimiento (Mayo-2018): 1. Médico solicita consulta en OMI, imprime copia/resguardo para paciente. 2. UNAD CP San Claudio rescata petición de carpeta OMI y mecaniza. 3. Citaciones Hospital comunica cita al paciente. Implantación: 2/05/2018. Evaluación: Analizamos las consultas solicitadas de mayo 2018 a Febrero 2019 (últimos datos disponibles). Se evalúa el impacto en ahorro de desplazamiento (kilómetros, tiempo, y coste) . Se toma la distancia en km de Santullano a San Claudio (9,8 km) y el tiempo de desplazamiento en coche (13 minutos), y para el coste estimado usamos la tarifa oficial de taxis.

Resultados

Se han citado 773 consultas en 10 meses. Impacto: 15.150,8 km evitados. 20.098 minutos ahorrados en desplazamiento que equivalen a 14 días. Impacto económico: 16.815,84 euros ahorrados (la estimación del impacto económico en 12 meses equivale al 0,25% del Presupuesto anual del municipio).

Conclusiones

La participación ciudadana responsable es imprescindible para mantener y mejorar los servicios sanitarios. Establecer espacios de encuentro entre ciudadanos, representantes y administraciones publicas donde podamos trabajar de forma transparente y razonable para la mejora del sistema es imprescindible para la mejora de la calidad y la eficiencia. Los sistemas de salud públicos no solo aportan salud a los pacientes que atienden, también aportan a nivel social. La responsabilidad social corporativa debe ser un elemento a tener en cuenta en la valoración de los servicios públicos de salud. La mejora de la calidad no es solo un tema de médicos o enfermeras... desde los administrativos podemos aportar mejoras importantes al sistema.

IMPACTO DE UNA JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE RCP

AUTORES

PATRICIA CORRO MADRAZO¹; B FERNANDEZ MARTINEZ²; MF RUIZ MARAÑA³; P GONZALEZ SETIEN⁴; JL TEJA BARBERO⁵; M LOPEZ DOUEIL⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL¹; EMERGENCIAS SANITARIAS 061²; HOSPITAL SIERRALLANA³; HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA⁴; SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL⁵; HOSPITAL COMARCAL DE LAREDO⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La parada cardíaca es un problema de salud pública de primera magnitud que requiere la atención de las Administraciones sanitarias. Si se aumentara el porcentaje de personas que aprenden e inician las medidas de Reanimación Cardiopulmonar se podrían salvar 100.000 vidas en Europa cada año. Con el Día Mundial de Concienciación del Paro Cardíaco, 16 de octubre, se pretende difundir la necesidad de prevenir precozmente el problema, gracias a las herramientas habilitadas para ello.

Objetivos

Sensibilizar a la sociedad en general, y a todos sus agentes en particular, sobre la relevancia y repercusiones de la muerte súbita cardíaca. Estimular la educación sanitaria de la población en las técnicas de Resucitación Cardiopulmonar (RCP). Asimismo, se intenta intervenir ante los organismos pertinentes responsables de la educación, planificación y gestión, con el fin de promover la lucha contra las muertes evitables, súbitas y accidentales.

Material y métodos

En relación con el Día de Concienciación del Paro Cardíaco (16 de octubre) se llevaron a cabo varias acciones para su desarrollo y difusión. Desde el grupo de mejora, se elaboró cartelería (carteles, flyers y pegatinas) para profesionales, pacientes y familiares. Elaboramos un vídeo formativo sobre los pasos de la cadena de supervivencia que se difundió por diferentes canales. Instalamos mesas informativas en los halls de los hospitales y centros salud. Montamos una carpa del servicio de Emergencias Extrahospitalarias 061 en la explanada del hospital principal, junto con la ambulancia de soporte vital avanzado. En todos los puntos, la población y los profesionales podían informarse y animarse a realizar una RCP con muñecos de simulación. La prensa estuvo informada y se emitieron noticias en radio y televisión local, incluidas entrevistas en directo. Se entregaba una encuesta a las personas que realizaban la práctica de simulación, aunque también se obtuvieron respuestas de personas que mostraban interés en las mesas sin llevar a cabo el ejercicio práctico. Todos los profesionales implicados obtuvieron un certificado de participación en la jornada.

Resultados

La encuesta fue realizada por un total de 577 personas, de los cuales, un 53,20% llevaron a cabo la simulación con muñecos (307 personas). Más de la mitad de los encuestados (52,42%) carecían de formación alguna sobre RCP. El 90,64% manifestaron su deseo de realizar formación sobre RCP. Casi un 20% de los encuestados han reanimado o han estado involucrados en una situación que requería realizar una reanimación.

Impacto a la población: cuantificamos el número de reproducciones del vídeo elaborado para ese día y las veces que se había compartido, junto con la encuesta previamente comentada. Total: 16484 reproducciones y 667 veces compartido en redes sociales, además de las reproducciones en las televisiones de los hospitales.

Conclusiones

La Jornada sobre Concienciación del Paro Cardíaco ha sido muy satisfactoria para profesionales, pacientes y familiares.

SATISFACCION PERCIBIDA POR USUARIOS Y PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE ÁREA

AUTORES

FRANCISCO VALIENTE BORREGO¹; I SANCHEZ MARTINEZ²; M MUROS ORTEGA³; N LUCAS VILLA⁴; MA RODRIGUEZ MOLINA⁵; MA SARABIA VICENTE⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La atención al paciente externo constituye una de las áreas con mayor inversión de recursos dentro de un servicio de farmacia. Conocer la satisfacción de los pacientes y usuarios que acuden a dichas unidades es indispensable para evaluar la calidad del servicio prestado y diseñar acciones de mejora al respecto

Objetivos

Conocer y evaluar la satisfacción de los pacientes externos y usuarios de un servicio de farmacia de área a través de una encuesta anónima y voluntaria

Material y métodos

En octubre de 2017 finalizó la reestructuración y reorganización de la unidad de dispensación a pacientes externos. Este cambio supuso la puesta en marcha de una unidad separada físicamente del servicio de farmacia, dotada de personal específico (2 diplomadas en enfermería y 1 especialista sanitario en farmacia hospitalaria) y de agenda de citación independiente. Pasado un año tras el cambio se decidió conocer y evaluar la satisfacción lograda entre los pacientes y/o usuarios atendidos, para lo cual se entregaron durante el mes de marzo de 2019 un total de 60 encuestas anónimas y voluntarias. Se adaptó el modelo corporativo de encuesta de modo que se eliminaron cuestiones sobre actividades del servicio no realizadas y se resumieron los enunciados de las preguntas para obtener un documento impreso a 1 sola cara fácil y rápido de contestar. La encuesta constaba de 13 preguntas cerradas, 10 de ellas con formato tipo Likert (de 1 a 5), y 2 abiertas: 1 para reflejar cualquier comentario y otra para exponer sugerencias. Además de recoger el sexo, edad y frecuencia de visita a la unidad, se preguntaba sobre la satisfacción de aspectos relacionados con la organización (horario, tiempo de espera, utilidad de la información recibida, limpieza de la sala) y con el personal (disponibilidad, información facilitada, satisfacción con el trato y tiempo dedicado)

Resultados

Hasta la fecha se entregaron un total de 60 encuestas de las que se han recogido 46 (27 mujeres y 17 hombres y tasa de respuesta de 76,6%). Los aspectos peor valorados fueron el tiempo de espera para ser atendido (4,76), la identificación del personal y la disponibilidad para realizar consultas (4,78), mientras que el trato dispensado obtuvo la mejor puntuación con una media de 4,87 sobre 5. En las 2 preguntas abiertas se recogieron comentarios sobre la distancia con la cafetería del centro y el buen trato recibido, pero ninguna sugerencia. La satisfacción global alcanzó un valor medio de 4,9

Conclusiones

La encuesta empleada ha permitido conocer el grado de satisfacción de nuestros usuarios, para así poder mejorar nuestra actividad asistencial. Los resultados obtenidos nos muestran una satisfacción global muy buena entre los pacientes y usuarios, pero será necesario diseñar acciones de mejora para reducir el tiempo de espera hasta ser atendido, optimizando la gestión de la agenda de citación, así como lograr una adecuada identificación de todos los trabajadores

EMPODERAR AL PACIENTE EN FISIOTERAPIA

AUTORES

MONICA RODRIGUEZ BAGO¹; J ORTNER SANCHO²; N GRAU BALCELLS³; N IBAÑEZ VALLS⁴; A GRAN RAMOS⁵; DJ MOYA ALCOCER⁶.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La Actividad física terapéutica ha mostrado contrastada evidencia científica en la mejora de la función y la discapacidad en las patologías neuro-músculo-esqueléticas. Un programa de actividad física terapéutica realizado correctamente es una parte muy importante del tratamiento de fisioterapia. El empoderamiento del paciente es un elemento destacado en este contexto para la gestión de su lesión o patología, evitar recaídas o realizarse autocuidados cuando se requiera.

En 7 servicios de fisioterapia de MC Mutual hemos iniciado un programa piloto de tratamiento combinado de fisioterapia centro-domicilio con el uso de una plataforma digital de prescripción de actividad física terapéutica en unas patologías músculo-esqueléticas de alta prevalencia y baja complejidad.

Objetivos

Diseñar un programa de tratamiento combinado de fisioterapia centro-domicilio en patologías músculo-esqueléticas con el uso de una plataforma digital en MC Mutual

Material y métodos

Se diseña prueba piloto en 7 centros de Donosti, Madrid Rodríguez San Pedro, Mollet, Badalona, Gavà, Almería y Alcalá de Guadaíra para evaluar la efectividad del programa de tratamiento de fisioterapia centro-domicilio.

Se definen las patologías más prevalentes en Contingencia Profesional (CP) y en Contingencia Común (CC): lumbalgia, cervicgia, dorsalgia, latigazo cervical, síndrome subacromial, tendinopatías del complejo escapulo-humeral, esguince de tobillo grado II, gonartrosis e intervención quirúrgica del túnel carpiano. Estas patologías representan entre un 40% y un 44% del total de patologías tratadas en los Servicios de Fisioterapia Ambulatoria de MC Mutual.

El tratamiento combinado piloto consta de una o dos sesiones de fisioterapia a la semana en centro asistencial y las otras las realiza con un programa de actividad física terapéutica individualizado prescrito por el fisioterapeuta mediante una plataforma digital en la que el paciente visualiza los ejercicios en vídeo. Esta prescripción se revisa periódicamente y se modifica según la evolución del paciente.

Resultados

Se definen las siguientes variables para evaluar la eficacia del programa: 1) mediana de sesiones en las patologías definidas; 2) tiempo desde la baja hasta el inicio del tratamiento de fisioterapia y 3) coste del transporte a los centros ambulatorios.

A los seis meses se evaluará la efectividad de la terapia, tanto el grado de adherencia al tratamiento, como los resultados indicadores definidos.

Se dispondrán de los primeros resultados en el mes de septiembre del 2019.

Conclusiones

Este programa mejorar la calidad en la atención, disminuyendo la variabilidad en el número de sesiones por patología, impulsando la prevención, y fomentando el autocuidado en los pacientes. Además se considera el impacto económico en la reducción en los costes de transporte y en el impacto positivo en la gestión de la incapacidad temporal.

Con el plan piloto se valorará la efectividad de este programa y de su despliegue en todo el territorio nacional.

ASESORAMIENTO Y FORMACIÓN A CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE RESIDENTES EN ALOJAMIENTOS SUPERVISADOS

AUTORES

Arantxa Etxebeste Antón¹; A Landa Fernández de Roitegui²; RS Alonso Sainz-Aja³; Urrechu reboiro⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Red de Salud Mental de Álava. Servicio de Rehabilitación Comunitaria¹; Red de Salud Mental de Álava²; Red de Salud Mental de Álava³; Red de Salud Mental de Álava⁴.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Las tareas de alojamiento de personas con Trastorno Mental Grave (TMG) / Paciente Crónico Complejo (PPC) en servicios residenciales alternativos al alojamiento familiar, las llevan a cabo cuidadores ajenos al sistema sanitario, y se consideran un pilar básico en la reinserción y rehabilitación del enfermo mental severo.

Objetivos

1. Ofrecer asesoramiento/formación y apoyo al personal de atención directa que prestan atención a personas con TMG/PPC residentes en alojamientos a través de convenios con Bienestar Social y particulares.
2. Instaurar intervenciones psicoeducativas de asesoramiento y apoyo periódico con el alojamiento, que fomente la autonomía de los pacientes que viven en la comunidad, y facilite la continuidad asistencial.

Material y métodos

1. Se estableció un Programa de Formación Psicoeducativa grupal con frecuencia mensual desde el 14 de Mayo de 2018 al 13 de Mayo de 2019, habiéndose impartido 11 sesiones de 90 minutos de duración por una enfermera y monitores del Servicio de Rehabilitación Comunitaria, y realizándose en un centro cívico municipal.
2. Incluye información sobre las enfermedades mentales (características, síntomas, conciencia de enfermedad, signos de alarma y afrontamiento de las dificultades, etc.), tratamientos farmacológicos, recuperación y rehabilitación psicosocial, comunicación terapéutica, establecimiento de límites, actuaciones ante pacientes con conductas especiales, y otras necesidades detectadas por los participantes.
3. Se realiza sesión anual con casos prácticos impartidos por profesionales de salud mental.
4. Diseño de un cuestionario de satisfacción.

Resultados

1. Se formaron 18 personas, tanto de alojamientos del Instituto Foral de Bienestar social, como de alojamientos privados.
2. El 100% valoraron el interés de los temas expuestos, que lo aprendido puede llevarse a la práctica de la vida cotidiana, la calidad del material utilizado y la documentación entregada.
3. El 90% valoró muy bien la duración de la formación, y el 10% regular.
4. La valoración global ha sido positiva para el 90%, y regular para el 10%.
5. Lo más valorado ha sido conocer otros recursos, la relación terapéutica, cómo actuar ante situaciones difíciles, reforzar conceptos y el encuentro entre los profesionales

Conclusiones

1. La experiencia de este primer año ha sido gratificante dado el carácter de las relaciones establecidas
2. La puesta en común de similitudes y diferencias ha sido muy positiva y fructífera, y las identificaciones laterales y las comparaciones mutuas con respecto tanto a las tareas como a los problemas y las soluciones planteadas se considera que ayuda a conseguir los objetivos propuestos.
3. La mayor utilidad ha sido conocer cómo establecer límites, la comunicación y sus problemas, las relaciones paternalistas excesivas y el papel de las implicaciones emocionales.
4. Como área de mejora, quizá sería deseable que el trabajo de apoyo, la formación y la puesta en común de los temas fuese en el propio lugar de residencia.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA TIPI-TAPA EN LA COMARCA DE SALUD PÚBLICA TOLOSA-GOIERRI (CSPTG) EN EL PERIODO 2012-2017

AUTORES

SEBAS GARTZIARENA LASARTE¹; J AJURIAGOJEASKOA ABURTO²; C VIRTO LECUONA³; N ERRASTI AIZPURUA⁴; C CALDERÓN GÓMEZ⁵; M BLANCO EGAÑA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

UAP ORDIZIA (OSI GOIERRI-ALTO UROLA)¹; SALUD PÚBLICA / COMARCA ALTO-BAJO DEBA²; SALUD PÚBLICA / COMARCA TOLOSALDEA-GOIERRI³; SALUD PÚBLICA / COMARCA TOLOSALDEA-GOIERRI⁴; OSI DONOSTIALDEA⁵; SALUD PÚBLICA / SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA DE GIPUZKOA⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Tipi-Tapa surge en 2011 como proyecto de dinamización de rutas de caminantes y estrategia de promoción de la salud comunitaria (SC) por parte de Salud Pública (SP).

Objetivos

El objetivo de la investigación es evaluar la experiencia en la CSPTG en el periodo 2012-2017.

Material y métodos

Su complejidad y carácter comunitario requirió un enfoque plural y participativo en la metodología de evaluación con aportaciones de Investigación-Acción e Investigación Participativa Basada en la Comunidad. Se realizaron 7 talleres de investigación-aprendizaje y se utilizaron métodos y técnicas cuantitativos y cualitativos en la generación de información (464 encuestas en 13 localidades; 9 grupos focales y 10 entrevistas con 84 participantes de 13 municipios) y en el análisis de resultados (estadístico de cuestionarios y temático de textos con apoyo de mapas conceptuales y el programa maxQDA). Triangulación de resultados cualitativos con investigadores y participantes. Aprobación por CEIC de Euskadi.

Resultados

Promedio de edad de encuestados de 69,8 años y valoraciones de todos los componentes y aportaciones superior a 8 sobre 10, con satisfacción general de 8,93. Del estudio cualitativo destacan en los tres ámbitos de análisis ("participantes", "voluntariado", "instituciones y entidades") las percepciones saludables asociadas a comunicación, socialización y sentido de ayuda, el contacto intergeneracional, la complementariedad de las rutas con otras actividades de promoción de la salud (PS), la autonomía y adecuación a las particularidades de cada localidad, la necesidad de compromiso personal e institucional en el largo plazo y el papel de los técnicos de SP como promotores/facilitadores de la implicación/colaboración entre asociaciones e instituciones.

Conclusiones

Tipi-Tapa es valorado muy positivamente en sus diferentes dimensiones por parte de los participantes, asociaciones e instituciones involucradas. La importancia de Tipi-Tapa en las dimensiones sociales de la SC requiere readecuar objetivos y actividades a los cambios en el proceso comunitario para favorecer su continuidad y ampliación. La SP puede desempeñar un papel importante en la necesaria implicación/colaboración entre asociaciones e instituciones sanitarias/no sanitarias en PS.

Lecciones aprendidas: La labor evaluadora y de investigación-aprendizaje ha permitido identificar áreas de reforzamiento y mejora de Tipi-Tapa, confirmando la pertinencia de la participación y la pluralidad metodológica para la evaluación de intervenciones en PS.

Sugerencias de futuras investigaciones: Avanzar en la identificación de claves de mejora y sostenibilidad de Tipi-Tapa e indicadores válidos sobre sus efectos en las diferentes dimensiones de la SC.

MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON LA INTERVENCIÓN GRUPAL 'CONOCE TUS MEDICAMENTOS'

AUTORES

MONICA VICENTE DEL HOYO¹; CJ BERMEJO CAJA²; J DE VICENTE GUIJARRO³; C JIMENEZ DOMINGUEZ⁴;
JJ JURADO BALBUENA⁵; O AGUADO ARROYO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ATENCION PRIMARIA¹; GERENCIA ATENCION PRIMARIA²; GERENCIA ATENCION PRIMARIA³; GERENCIA ATENCION PRIMARIA⁴;
CENTRO DE SALUD ALICANTE⁵; CENTRO DE SALUD FRANCIA⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

En 2015 el 47% de los errores de medicación (EM) notificados en nuestra Comunidad Autónoma fueron en personas mayores y en el 24% de los casos se debieron a la administración por el paciente. En 2018 fueron el 23%. La población más vulnerable a este tipo de EM es la población mayor y sobre todo los casos de polimedicación. Una importante intervención para abordar este problema de seguridad es la educación sanitaria. En 2016 se elabora un proyecto educativo grupal a nivel de la Comunidad Autónoma que se incorpora en nuestro banco de proyectos de educación para la salud (aplicación EpSalud) que permite ponerlo a disposición de todos los profesionales de Atención Primaria (AP). En su elaboración e implementación en los centros de salud (CS) participaron médicos, enfermeras y, por primera vez, farmacéuticos de AP

Objetivos

Analizar la implantación del proyecto de EpS "Conoce tus medicamentos" y su resultados en mejora de conocimientos y satisfacción de los pacientes que participan

Material y métodos

Análisis descriptivo de los talleres registrados en la aplicación EpSalud en el ámbito de AP. Se analizan todas las evaluaciones realizadas desde el 2016 hasta el 31/12/2018. Se evalúan variables relacionadas con participación de población y profesionales, satisfacción, conocimientos y habilidades adquiridas por los ciudadanos

Resultados

Desde 2016 se registraron en la aplicación 38 talleres: 7 en 2016, 16 en 2017 y 15 en 2018 con una participación de 443 ciudadanos, realizados en 35 CS (13,35% del total). En 22 talleres participaron farmacéuticos de AP.

En el 61% de los talleres existe una evaluación de la satisfacción de los ciudadanos, siendo ésta alta o muy alta entre un 90 y un 100% de los pacientes.

En el 71% de los talleres se registra evaluación de conocimientos después de finalizar el taller. La evaluación de la mejora de estos conocimientos ha sido cuantificada de forma diferente entre los talleres: en 6 de los talleres, entre el 41 y el 100% de los ciudadanos contestaron correctamente a todas las preguntas del test. En el resto de los talleres se evaluó cualitativamente un resultado de mejora o de buena adquisición de conocimientos.

En 9 de los talleres se evaluó cualitativamente la adquisición de habilidades para identificar el principio activo con resultados muy satisfactorios.

Conclusiones

Existe una tendencia ascendente en la realización de estos talleres así como de la participación de los farmacéuticos de AP. Se detectan áreas de mejora en cuanto a la implementación en más CS y en la evaluación. El número de CS que ha realizado el taller es bajo (38 de 262). La participación de los farmacéuticos ha sido muy novedosa. Se necesitan mejoras en el procedimiento y registro de las evaluaciones de satisfacción, y de resultados en conocimientos y habilidades que ayuden a evaluar la efectividad de este tipo de intervenciones.

¿QUÉ PROPONEN LOS PACIENTES CUANDO SE LES DEJA PARTICIPAR EN EL DISEÑO DE LAS RUTAS?

AUTORES

SUSANA CASTELO ZAS¹; A LOYOLA IRULEGUI²; E IZARZUGAZA ITURRIZAR³; M GUZMAN ALONSO⁴; I GALLEGO CAMIÑA⁵; B ELORDUY SANTAMARINA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES, HOSPITAL DE CRUCES.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Solemos pensar que los pacientes tienen poco que aportar a la organización de nuestro sistema de trabajo. Del análisis de la información obtenidas con diferentes herramientas, en su reflexión estratégica nuestra OSI apostó por dar la vuelta al modelo de gestión e incorporar la experiencia de los usuarios en el diseño de rutas y servicios.

Objetivos

Mejorar la atención que proporcionamos a nuestros pacientes incorporando en el diseño/rediseño de las mismas sus expectativas y necesidades, personalizando la atención a la patología concreta e incorporando variables de calidad de vida.

Material y métodos

El análisis de la información obtenida con fuentes sistematizadas en nuestra OSI puso el punto de partida al proyecto y permitió identificar posibles áreas de mejora: encuestas corporativas de satisfacción, sistema de recogida de quejas y reclamaciones, monitorización de indicadores, encuesta EIEXPAC, grupos focales varios, conexiones improbables... Posteriormente, utilizando herramientas de Innovación, Design Thinking y experiencia de usuario se diseñan sesiones específicas con pacientes para indaga por su experiencia en el circuito de atención de su enfermedad. Se les pregunta por momentos concretos (acceso, diagnóstico, tratamientos, seguimiento...), áreas concretas (trato, información, accesibilidad, burocracia...) y referentes (en atención primaria, hospital, domicilio...), y se pide que propongan mejoras desde su propia experiencia. El listado de mejoras se traslada al equipo de diseño de la ruta para que las evalúe e intente incorporar las que considere viables.

Resultados

Desde 2018 hemos realizado 9 talleres de experiencia de usuario, en los que han participado unos 60 pacientes, además de los 37 que participaron en la última reflexión estratégica.

Tenemos un listado con más de 100 mejoras propuestas por pacientes, en diferentes estados: realizadas, en revisión, trabajando.

Entre las medidas que se han podido implantar están las siguientes;

- Ruta Bronquiolitis: unificación de criterios, edición de materiales formativos, hoja de información adaptada.
- Proyectos Calidad de Vida: modificación en la secuencia de consultas, incorporar variables para medir su calidad de vida percibida, guías informativas y registros adaptados a la enfermedad, disminución de burocracia y coordinación de citas, diseño de rutas de derivación coordinada.
- Proyectos humanización: reacondicionamiento de espacios en base a las necesidades de uso, mejorar la información al alta.
- En el diseño de nuevos espacios: no eliminar espacios (por ejemplo, baños en determinadas patologías) o mejoras en espacios (intimidad, consulta adicional...).

Conclusiones

- Es importante tener un sistema estructurado para recoger necesidades de los pacientes porque no coinciden con las de los clínicos.
- La vivencia de la enfermedad condiciona las necesidades, y nadie mejor que ellos para asesorarnos en el camino de la personalización.
- Aplicar herramientas de Experiencia de Usuario ayuda a entender y enfocar la transformación del modelo asistencial.

GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO

AUTORES

LAURA CALLEJO GONZÁLEZ¹; JM VICENTE LOZANO².

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA - GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SEGOVIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

A efectos legales se entiende por voluntariado la participación social organizada de personas físicas en el desarrollo de actividades de interés general a través de las entidades de voluntariado siempre que reúna una serie de condiciones: carácter solidario, altruista. Sin obligación personal o de un deber jurídico. Fuera del ámbito de una relación laboral, profesional. No retribuida. Que se lleve a efectos en función de programas o proyectos concretos, ya sean estos promovidos por las administraciones públicas de Castilla y León o por cualesquiera otras de las entidades de voluntariado. Debido a la demanda de las asociaciones en colaborar con nuestro entorno ofertando fundamentalmente dos tipos de actuaciones, entretenimiento y acompañamiento y, en vista que el volumen de acuerdos nos hacía difícil el asegurar el correcto engranaje de todos los actores que entran en juego ante una actividad que se sale de lo meramente asistencial a lo que nos dedicamos, nos hemos visto en la necesidad de documentar la gestión del voluntariado para homogeneizar las actuaciones pertinentes.

Es preciso regular las actividades que se derivan de los acuerdos para garantizar la seguridad de los pacientes, de los familiares, de los profesionales y de los voluntarios.

Objetivos

Asegurar un adecuado funcionamiento de los acuerdos de colaboración con asociaciones de voluntariado garantizando la seguridad en todas sus actividades.

Homogeneizar las actuaciones a seguir tras detectar la necesidad de llegar a un acuerdo con una asociación de voluntariado.

Material y métodos

Se ha elaborado un documento que recoge los siguientes aspectos:

La entidad de voluntariado que solicite colaborar con el hospital o viceversa deberá acreditar estar inscrito en el Registro Regional de Entidades de Voluntariado. La entidad debe presentar:

- Proyecto de Actividades a desarrollar.
- Copia de la póliza de seguros.

Se establecerá la periodicidad estimada para mantener las reuniones de evaluación y seguimiento de la actividad del voluntariado.

Cada voluntario debe presentar y cumplimentar:

- Certificado negativo de penales
- Acuerdo de Confidencialidad (modelo propio del hospital)
- Ficha de Voluntariado (modelo propio del hospital)

Firma del Acuerdo de Colaboración entre el hospital y la entidad de voluntariado correspondiente (modelo propio del hospital)

El hospital realizará la acogida y formación mínima de los voluntarios

Resultados

Hasta la fecha hemos firmado acuerdos con varias asociaciones con el consiguiente aumento de las actividades de entretenimiento, sobre todo en pediatría, con un cronograma anual de manera que todos los meses se garantiza, al menos, una actividad.

Conclusiones

La labor del voluntariado consigue llegar donde la actividad asistencial no llega aportando a pacientes y familiares un valor añadido que hasta ahora el sistema no podía ofertar ni asumir.

PROTOCOLO DE EDUCACIÓN PARA CUIDADORES INFORMALES EN EL AREA III

AUTORES

ENCARNACION FERNANDEZ FERNANDEZ¹; Y MARTINEZ LOPEZ²; M PORTELA GUIJO³; A SUAREXZ GUERRA⁴; C NORIEGA LOPEZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

AREA SANTARIA 3.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

En el año 2014 se implantó en el Área Sanitaria III del SESPA, el Programa de formación a cuidadores informales con el objetivo de proporcionar herramientas para el cuidado en el ámbito domiciliario de personas con altos niveles de dependencia así como de mejorar la continuidad asistencial entre niveles asistenciales.

La continuidad de cuidados y el circuito de derivación entre niveles asistenciales se realiza a través de la historia resumida de salud y el Informe de Continuidad de Enfermería donde se hará constar el nivel de dependencia, los datos del cuidador principal y la asistencia de los cuidadores al taller de cuidados básicos realizado en el hospital.

Objetivos

Generar canales de comunicación eficientes y validos que faciliten la continuidad de cuidados bidireccional del paciente y la formación de su cuidador principal.

Impartir talleres para cuidadores informales donde se proporcionen conocimientos básicos del cuidado.

Hacer partícipe al cuidador principal cuidador de todos aquellos procedimientos y cuidados fundamentales que precise la persona ingresada.

Humanizar entornos en el ámbito hospitalario.

Facilitar un espacio de autoayuda, en el que puedan expresar sus vivencias, valorar su trabajo y atender a sus propias necesidades.

Material y métodos

El programa se estructura en dos fases bien diferenciadas:

Una fase inicial en la que el paciente que sufre un evento agudo es hospitalizado y atendiendo al nivel de dependencia para las ABVD y a las necesidades de sus cuidadores es captado por parte de los distintos profesionales que participan en su asistencia hospitalaria para su inclusión en el programa y que va a generar que sus cuidadores puedan recibir un taller de cuidados básicos para cuidadores de personas dependientes. La otra fase tiene lugar cuando el paciente ya esta de vuelta en su medio habitual tras el alta médica. Desde el primer nivel de atención se realizarán talleres de cuidado del cuidador para cuidadores de personas dependientes basados en una intervención grupal de nueve sesiones,

Resultados

Se proporciona a los cuidadores. herramientas desde el conocimiento para que puedan mejorar el cuidado y la seguridad. la relación de los cuidadores con el Sistema, los cuidados recibidos en el ámbito domiciliario, la coordinación y la relación entre los profesionales sanitarios y cuidadores informales la coordinación y comunicación entre niveles asistenciales.

El programa es sí mismo está orientado en la mejora del conocimiento y la capacidad de impartir cuidados básicos por parte de los cuidadores informales. La satisfacción en cuanto al programa se ha monitorizado y es muy favorable.

Conclusiones

Reconocer el papel de las personas cuidadoras y la importancia que tiene esta labor en nuestra sociedad.

Reconocer las emociones y sus funciones

Desarrollar la comunicación interpersonal

Mejorar las habilidades para entender y acompañar al familiar en la etapa final de la vida.

Entender la importancia de cuidarse

Conocer los recursos sociales y sanitarios de nuestra comunidad

CONSOLIDANDO LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL DISEÑO DE PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN

AUTORES

Nieves Camañes García¹; M Gens Barberà²; N Hernandez Vidal³; Y Mengibar Garcia⁴; O Hernandez Villen⁵; E Folch Ferré,⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia territorial Camp de Tarragona¹; Gerencia territorial Camp de Tarragona²; Dirección Atención primaria Camp de Tarragona³; Dirección Atención primaria Camp de Tarragona⁴; Hospital Joan XXIII⁵; Gestión integral Serveis sanitaris⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 1. Humanización y empoderamiento

ÁREA TEMÁTICA 2: f. Participación ciudadana como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Las aportaciones del ciudadano sobre la prestación del servicio o sobre su proceso asistencial habitualmente se recogen a través de encuestas de satisfacción o reclamaciones. Consideramos que para garantizar procesos más eficientes es necesario incorporar la opinión del ciudadano en la fase de diseño del proceso, aplicando metodología cualitativa. Mediante un diálogo constructivo podemos compartir y debatir argumentos con diversas perspectivas, y facilitar que estas puedan incidir en la propuesta final del proceso

Objetivos

Consolidar la integración de acciones participativas en el diseño de procesos con la finalidad de incorporar la voz de la ciudadanía en la gestión de procesos de la organización.

Material y métodos

Para incorporar la participación ciudadana en el ámbito de la salud, se diseña una estrategia de participación recogida en el Plan de participación ciudadana del territorio, de ámbito hospital y atención primaria, que incluye la planificación de acciones participativas con la ciudadanía, integrándola en todos aquellos procesos asistenciales y de atención que se encuentran en fase de revisión o diseño, y invitando a la población de referencia a opinar y proponer activamente sobre aspectos que les afectan directamente. En 2018 se planifica la primera acción participativa, ligada a la orientación y señalización de espacios de un hospital de agudos. Se abordaron aspectos relacionados con el confort, la información, la orientación y la señalización, con el objetivo de evitar dificultades importantes a la hora de encontrar el punto de atención correcto.

Resultados

Como resultado del primer proceso participativo, entra en vigor un Pla de imagen de espacios, orientación y señalización, el cual será presentado a la ciudadanía con el objetivo de retornar la información a los participantes sobre que decisiones se han tomado basadas en sus aportaciones, y sobre que propuestas han sido descartadas y porque.

En 2019 ya se han celebrado en primer lugar un proceso participativo ligado al modelo de gestión de pacientes en equipos de atención primaria, con el objetivo de disminuir el tiempo de espera para ser atendido en las Unidades de Atención al ciudadano, y en segundo lugar un proceso participativo vinculado a la gestión de la información en un hospital de agudos.

Para el otoño de 2019 están planificadas acciones participativas ligadas a la revisión del proceso de atención urgente y del proceso quirúrgico de un hospital de agudos, así como una acción ligada al proceso de control de embarazo sin riesgo.

Conclusiones

Para garantizar que un proceso sea robusto y equilibrado es necesario contar con las aportaciones del usuario final en las fases iniciales del diseño del mismo. Y por ese motivo debemos estandarizar este aspecto en todos los procesos dirigidos a prestar una atención sanitaria de calidad y excelente. Aquellas organizaciones que incorporen este elemento progresivamente agilizaran este cambio cultural absolutamente necesario en el sector sanitario.

MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA EVITA SESGOS DE INFRAREGISTRO DEL CMBD EN LA MORTALIDAD Y REINGRESO POR IAM

AUTORES

Juan Manuel García-Torrecillas¹; E Moreno-Millán²; MC Lea-Pereira³; S Ferra-Murcia⁴; A Duarte-Carazo⁵; B Ortiz-Puertas⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Unidad de Investigación, CH Torrecárdenas, Almería¹; Universidad de Almería²; M. Interna, EP Hospital de Poniente, El Ejido³; M. Interna, CH Torrecárdenas, Almería⁴; Urgencias, CH Torrecárdenas, Almería⁵; Urgencias, CH Torrecárdenas, Almería⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Big data e inteligencia artificial

RESUMEN

Justificación

La codificación incompleta de los diagnósticos secundarios (DS) sesga la estimación de presunción de muerte intrahospitalaria (MIH) en grandes bases de datos (BD) clínico-administrativos como el CMBD, lo que puede presentar a procesos reconocidos como factores de riesgo (FRCV) -no adecuadamente valorados y registrados- como paradójicos elementos protectores (PEP).

Objetivos

Pretendemos comprobar si algunos DS pueden configurar PEP en la evaluación de la MIH y del reingreso a 30 días (RH30) en pacientes ingresados por IAM, con datos obtenidos a partir del CMBD. Y si esto fuera así, animar a procurar fortalecer la mejora del registro de DS, especialmente en fallecidos, para incrementar la calidad y la seguridad de la información en nuestra BD.

Material y métodos

Estudio de cohorte histórica de todos los episodios de mayores de 45 años ingresados en los hospitales del SSPE por IAM en el período 2008-2012. Fuente: Eventos clasificados como GRDs 121, 122 y 123, según el CMBD del Ministerio de Sanidad. Analizamos variables socio-demográficas (edad, género), clínicas (comorbilidades, complicaciones, MIH) y de gestión (tipos de ingreso y alta, estancia, tipo de hospital, RH30). Consideramos las diferentes unidades de ingreso hospitalario así como las de corta y larga estancia. Se realizó un análisis descriptivo, presentando las variables cuantitativas como media y desviación típica (DT), y como porcentajes las cualitativas. Se efectuó examen bivariable para detectar diferencias entre éxitos y vivos, y entre RH30 y no, T de Student para datos independientes en el caso de las primeras, y Chi2 de Pearson en las segundas, asumiéndose significación para $p < 0.05$.

Resultados

Se evaluaron 126.642 episodios de hospitalización por IAM, con y sin complicaciones y comorbilidades, durante el período comentado. Edad media 71,65 (14,12) años, varones 63,2%, estancia media 6,45 (4,37) días, ingreso urgente 94,2%, RH30 8,5%, MIH 12,5%, edad media RH30 73,23 (13,14) años, no RH30 71,50 (14,20) ($p < 0.04$), DS RH30 8,53 (3,05), no RH30 7,25 (3,10) ($p < 0.03$), estancia RH30 6,28 (4,66), no RH30 6,47 (4,34) ($p < 0.04$), MIH RH 30 15,8, MIH no RH30 12,2 ($p < 0.005$), ingreso urgente RH30 82,5%, no RH30 95,4% ($p < 0.005$). En el bivariable fueron significativos ($p < 0.001$) entre RH30 y no RH30: EPOC, valvulopatías, ACVA, I. renal, anemia, FA y cáncer previo, pero no HTA, diabetes, obesidad, alta en festivo, dislipemia, arritmias, FV/PCR y TEP. En cuanto a MIH lo fueron entre éxitos y vivos tener como DS EPOC, ACVA, I. renal y FA, y no lo fueron edad, estancia, alta en festivo, DS y no tener HTA.

Conclusiones

Comprobar que no existe significación estadística en la relación de algunos reconocidos FRCV con la MIH y el RH30, en el ingreso por IAM, supone un importante déficit en la calidad de la información al alta de estos pacientes, un infraregistro de antecedentes y comorbilidades, especialmente en los pacientes que fallecen o reingresan (sesgo de Jencks). Debemos robustecer y mejorar el registro para aumentar la calidad y el rigor del CMBD.

ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES DETECTADAS A TRAVÉS DEL SISTEMA INTELIGENTE DE BÚSQUEDA DE CASOS: INNOCBR

AUTORES

MARÍA OTERO-BARRÓS¹; A GARCÍA-VALLEJO²; MD MARTÍN-RODRÍGUEZ³; B GÓMEZ-TATO⁴; C DURÁN-PARRONDO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección general de Evaluación Asistencial y Garantías. Dirección general de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Big data e inteligencia artificial

RESUMEN

Justificación

En la actualidad, las infecciones continúan siendo uno de los riesgos más importantes que pueden afectar a los pacientes durante el proceso de asistencia en un centro sanitario. Además, el impacto de estas infecciones, es aún mayor debido a la proliferación de microorganismos multirresistentes. Para hacer frente a las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), se implantó en los hospitales de la Comunidad, un sistema de vigilancia epidemiológica automatizado de detección y clasificación de casos de IRAS: el InNoCBR.

El InNoCBR es un software que aplica técnicas procedentes de la inteligencia artificial a la búsqueda activa de casos de infección nosocomial mediante la explotación diaria de bases de datos hospitalarias. La puesta en marcha de este sistema de vigilancia permite la obtención de información homogénea y de calidad necesaria para la planificación de estrategias de prevención y control.

Objetivos

Analizar las IRAS detectadas a través del sistema inteligente de detección y clasificación de casos de infección nosocomial InNoCBR, tras su implantación en los hospitales de la Comunidad.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de los casos de infección nosocomial (IN) clasificados a través del InNoCBR desde su implantación progresiva en 6 hospitales de la Comunidad (el primero en 2013 y el último en los inicios de 2019) hasta mayo de 2019.

Para ello se obtuvieron los posibles casos de IN detectados de manera automática por el aplicativo y se analizaron las infecciones nosocomiales que finalmente fueron validadas por los profesionales de Medicina Preventiva para el global de la muestra y por tipo de infección.

El análisis descriptivo se realizó mediante LibreOffice Calc. Los resultados se expresaron como porcentajes.

Resultados

Se analizaron 56.213 posibles casos IN detectados a través del InNoCBR de los que 14.332 fueron clasificados como casos reales de IN (25,5%), 16.762 (29,8%) como infecciones extrahospitalarias, 10.425 (18,5%) correspondían a no infecciones y 14.694 (26,1%) se clasificaron como no procede. Del total de IN clasificadas, las más frecuentes fueron las de localización urinaria con 5.217 casos (36,4%), seguidas de las de localización quirúrgica (3.652 casos; 25,5%), las bacteriemias (2.193 casos; 15,3%) y las respiratorias (1.768 casos; 12,3%). Estas localizaciones se observaron con igual distribución de frecuencia, en 3 de los 6 hospitales estudiados.

Conclusiones

- La alta sensibilidad del proceso de captación de datos realizada por el InNoCBR permite la detección de todos los casos de infección nosocomial.
- Más de 1/4 de los posibles casos de IRAS hospitalarias detectadas por el InNoCBR fueron validados como casos reales de infección nosocomial.
- El InNoCBR mejora la calidad y la seguridad de la práctica clínica al facilitar la identificación y detección de las IRAS.
- El InNoCBR proporciona información automática, homogénea y de calidad para la puesta en marcha de medidas de prevención y control de las IRAS a nivel hospitalario.

DÉFICIT DE VITAMINA D ¿MITO O REALIDAD?

AUTORES

MARTA FABRE ESTREMER¹; E LLORENTE FERNANDEZ²; A ALONSO LLORENTE³; E SOLÉ LLOP⁴; JJ PUENTE LANZAROTE⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HCU LOZANO BLESA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Big data e inteligencia artificial

RESUMEN

Justificación

En los últimos años se ha producido un creciente interés por la vitamina D (25D). Los valores de referencia (VR) son: < 10ng/mL deficiencia, 10-30 ng/mL insuficiencia y > 30ng/mL suficiencia. La elevada prevalencia de deficiencia de 25D en nuestra área, del 77%, provoca una elevada suplementación y cuantificación de 25D.

Objetivos

Determinar los VR de vitamina D en nuestra población mediante métodos indirectos y evaluar el ahorro económico en cuanto a cuantificación de 25D sobre los VR calculados

Material y métodos

Estudio retrospectivo de las peticiones de 25D durante enero 2017 a abril 2019. En el estudio de VR incluimos pacientes >18 años con niveles de PTH normales (15-65 ng/mL) y excluimos las peticiones de los servicios de oncología, nefrología, reumatología y cirugía, así como los valores de 25D fuera del intervalo de medición de la técnica (3-100 ng/mL). En pacientes con determinaciones seriadas de 25D fue incluido el 1º resultado. Para el cálculo de los VR se siguieron las recomendaciones de CLSI/IFCC C28-A3, basado en el cálculo de percentil 2,5 y percentil 97,5 y sus intervalos de confianza (IC) al 95%. En el estudio económico incluimos los pacientes con PTH normal que tenían más de una petición. Se consideraron peticiones no procedentes las posteriores a una 25D > 20 ng/mL. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS v20.0. El estudio de outliers se basó en el criterio de Reed.

Resultados

Un total de 7223 pacientes fueron incluidos para estimar los VR. No encontramos outliers. La población no siguió una distribución normal (Shapiro-Wilk, $p < 0,05$). Los VR estimados fueron 5,6-57,3 ng/mL (IC95%: 5.4-5.8 y 55.3-60.1, mediana 18,5 ng/mL). Dado la mediana observada en nuestra población de referencia, nos planteamos establecer como suficiente 25D > 20 ng/mL, disminuyendo la prevalencia de deficiencia de 25D un 30%. Económicamente esto hubiera supuesto un ahorro de 1805 determinaciones de 25D, 9.043 euros.

Conclusiones

Los VR estimados en nuestra población son menores a los recomendados por la técnica pero acordes con lo descrito en la bibliografía más reciente. Por lo que concluimos que ajustarnos a estos nuevos VR permitiría una mayor eficacia en el diagnóstico y seguimiento de deficiencia de 25D, evitando tratamientos y determinaciones innecesarias. Como futuros estudios nos proponemos confirmar este VR descrito para 25D en adultos mediante su estimación por métodos directos.

USO DE BIGDATA PARA ESTABLECER VALORES DE REFERENCIA DE TSH EN EL CRIBADO DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN EL PRIMER TRIMESTRE

AUTORES

Alba Alonso Llorente¹; E Llorente Fernández²; M Fabre Estremera³; E Solé Llop⁴; JJ Puente Lanzarote⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Big data e inteligencia artificial

RESUMEN

Justificación

Durante el embarazo se produce un incremento de la prevalencia de la disfunción tiroidea, por lo que su cribado con TSH durante el primer trimestre de gestación se encuentra establecido de forma universal. Esto se debe a que durante el embarazo, la glándula tiroidea sufre importantes cambios que afectan a su funcionamiento.

La glándula tiroidea sana es capaz de adaptarse al incremento de producción de hormonas tiroideas (T3 y T4), con el consiguiente descenso de producción de tirotrópina (TSH) que ocurre durante el primer trimestre, pero en ocasiones puede aparecer la disfunción tiroidea, con riesgo tanto para la madre como para el feto.

Por otro lado, los diferentes inmunoensayos disponibles para TSH no ofrecen resultados intercambiables entre ellos, por lo que se recomienda que cada laboratorio establezca valores de referencia (VR) adaptados a su población. El desarrollo de técnicas de predicción estadísticas basadas en grandes volúmenes de datos (bigdata), junto con el gran número de resultados de TSH en gestantes almacenados en el sistema informático del laboratorio (SIL), permite establecer VR adaptados a la población atendida.

Objetivos

El objetivo de este estudio es establecer VR para TSH en el primer trimestre de gestación para la población atendida en nuestra área sanitaria, utilizando herramientas bigdata.

Material y métodos

Se incluyeron un total de 1318 gestantes, entre la semana 9 y 14, a las que durante el año 2018 se les había realizado una determinación de TSH. Por razones estadísticas, se excluyeron los resultados de TSH fuera del límite del intervalo de medición de la técnica, < 0.01 mU/L y > 100 mU/L.

El método utilizado para la medición de TSH fue el ensayo de electroquimioluminiscencia (ECLIA) en el autoanalizador Cobas e801 de Roche Diagnostics.

Para el análisis estadístico se utilizaron las herramientas Excel 2013 y XLSTAT. Los outliers se identificaron utilizando el test de Grubbs. Como límites de los VR se seleccionaron los percentiles 2.5 y 97.5, con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

Una vez excluidos 9 outliers, la mediana de TSH en el primer trimestre de gestación en la muestra poblacional estudiada fue 1.56 mU/L, y los límites inferior y superior del IR 0.06 mU/L (95% IC 0.03-0.09) y 5.09 mU/L (95%IC 4.82-5.56) respectivamente.

Conclusiones

El intervalo de referencia para TSH en el primer trimestre de gestación establecido con herramientas bigdata tiene una gran consistencia estadística gracias al importante número de datos de TSH utilizados. Este sería difícil de conseguir mediante métodos convencionales basados en el reclutamiento de al menos 120 gestantes sanas. Todos los laboratorios deben calcular valores de referencia de los diferentes parámetros con el objetivo de adaptarlos a su población. Los métodos indirectos permiten utilizar los datos almacenados en el SIL de manera rápida y efectiva por lo cual son una buena opción cuando no se disponen de los medios para realizar métodos directos.

MEJORA DE LA COMPETITIVIDAD EN UNIDADES DE DOLOR: PLATAFORMAS DE BUSINESS INTELLIGENCE

AUTORES

Antonio José Carrascosa Fernández¹; R Saldaña Casado²; P Robles Rodríguez³; JM Sancho Seda⁴; M Cortés Guerrero⁵; ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital 12 Octubre¹; Hospital 12 Octubre²; Mercanza³; Infomed⁴; Hospital 12 Octubre⁵; ⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Big data e inteligencia artificial

RESUMEN

Justificación

Una estrategia prioritaria en calidad es la mejora del dolor preservando la seguridad de los pacientes a los que se les realiza un procedimiento. Para ello es imprescindible desarrollar sistemas de información sanitaria con capacidad para procesar datos clínicos, comprender las causas, valorar las consecuencias y distribuir la información de la manera más adecuada

Objetivos

Creación de aplicaciones de apoyo al profesional sanitario adaptadas a las bases de datos intra y extrahospitalarias que incorporen los datos relevantes para la gestión del dolor, utilizando estándares técnicos, sintácticos y semánticos, y permita al profesional sanitario acceder a aquellos datos relevantes para el proceso de forma ágil y comprensible con el fin de facilitar la gestión del dolor de una forma global

Material y métodos

1) Diseño y validación de aplicaciones informáticas adaptadas a los Sistemas de Información Hospitalarios para la creación y administración de contenidos específicos del área del dolor del paciente hospitalizado y ambulatorio que permitan la colaboración, intercambio, publicación y recuperación de la información. 2) Desarrollo e Implantación de una herramienta basada en Business Intelligence (BI) sustentada en el almacenamiento de datos enfocada a la administración y creación de conocimiento mediante el análisis de la información existente. Más específicamente, generación de una plataforma de Business Discovery QlikView para recolectar datos desde diferentes orígenes y modelarlos a nuestro gusto para facilitar su manejo y presentarlos de forma muy visual

Resultados

1. Creación de Dolodata: Aplicación del tipo cliente-servidor, con una base de datos en formato SQL cuyo objetivo es recoger información relacionada con el dolor utilizando un conjunto de estándares internacionales de registro de información sanitaria –Health Level Seven (HL7) – en el momento y en el sitio adecuado donde se presta la asistencia y con garantías de confidencialidad
2. Creación de Algesia como herramienta basada en BI enfocada a la administración y creación de conocimiento del dolor mediante el análisis de la información existente. Gracias a ella se consigue entender los resultados finales de atención al dolor y los procedimientos realizados mediante la generación de cuadros de mandos, informes y gráficas con las que se puede interactuar a tiempo real

Conclusiones

El desarrollo de los sistemas de información con capacidad para procesar datos clínicos, comprender las causas, valorar las consecuencias y distribuir la información de la manera más adecuada es esencial para conseguir la mejora del dolor preservando la seguridad de los pacientes. Su implantación marca la diferencia entre el estancamiento y el crecimiento de las unidades de dolor, entre resultados opacos o un rendimiento sobresaliente.

ANÁLISIS DE LENGUAJE NATURAL PARA IDENTIFICAR EFECTOS ADVERSOS

AUTORES

José Fernández de Maya¹; M Ladios Martín²; A Belso Garzas³; MJ Cabañero Martínez⁴; FJ Ballesta Lopez⁵; MC Gil Collados⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Vinalopó¹; Riberasalud²; Futurs³; Universidad de Alicante⁴; Hospital del Vinalopó⁵; Hospital del Vinalopó⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Big data e inteligencia artificial

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 identifican 225 úlceras por presión y 316 caídas no conocidas por no estar registradas en el apartado oportuno

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.

ALERTA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE RIESGO DE ACCIDENTE TROMBOEMBÓLICO

AUTORES

CARLOS MIGUEL LINARES SALAS¹; JB TORREGROSA GUILLAMON²; L COLOMINA CAMPDEROS³; A LAMBEA GUIU⁴.

CENTRO DE TRABAJO ASEPEYO.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario
ÁREA TEMÁTICA 2: b. Historia Clínica Inteligente

RESUMEN

Justificación

Por la elevada morbi-mortalidad debida a tromboembolismo pulmonar, en pacientes inmovilizados por patología de miembros inferiores sin profilaxis adecuada, se ha realizado en los últimos 5 años una auditoria del registro en la historia clínica electrónica de la profilaxis tromboembólica. Los resultados demostraron que en un 10% de los pacientes que lo requerían no se aplicó la profilaxis. A consecuencia de esto y como acción de mejora, se propuso utilizar los recursos de inteligencia artificial de los que disponemos, para advertir al sanitario de un posible riesgo en el momento de realización de un acto médico.

Objetivos

1. Prevención de complicaciones tromboembólicas en pacientes con riesgo.
2. Alertar a modo informativo e informático de la existencia del riesgo tromboembólico en todos los pacientes en los que exista dicho riesgo.
3. Realizar acciones de mejora y formación a todos aquellos sanitarios en los que se detecten incidencias.

Material y métodos

Material: Programa de historia clínica electrónica. Este programa nos ofrece la posibilidad de alertar al sanitario responsable durante el acto médico, de que existe un potencial riesgo de accidente tromboembólico.

Método: Durante el registro de la asistencia a un paciente con un diagnóstico de patología de extremidades inferiores (tributario de posible inmovilización y/o descarga) en el momento en que se utilice dentro del informe de la visita de urgencias o en las visitas sucesivas, alguna de las palabras clave relacionadas con un proceso de inmovilización (yeso, bota, botina etc. u otras palabras sinónimas) se generará a nivel del programa de manera automática que le aparezca una ventana emergente informando de que se ha detectado un posible riesgo de tromboembolismo.

Si el médico responde afirmativamente en la ventana respecto al posible riesgo, inmediatamente se le muestra la "guía de riesgo de tromboembolismo" incluida dentro del menú de guías que se encuentran disponibles en el programa de historia clínica, de manera que dicha guía formará parte de su historia y será fácilmente consultable por cualquier sanitario.

En el caso de que en el episodio se haya registrado la administración de algún fármaco del grupo B01AB (agentes antitrombóticos) no se les mostrará el aviso.

Resultados

Tras el análisis de los resultados obtenidos se desprende que de los 60.858 procesos abiertos en CHAMAN como contingencias profesionales entre el 24/3/2019 y 24/5/2019, en todos los centros de Asepeyo, se registraron con diagnóstico de patología de extremidad inferior el 13% de los procesos, recibiendo la alerta por la utilización de palabras clave en el 65% de estos casos, alertando del riesgo durante el acto médico y dando acceso al contenido de la guía.

Conclusiones

En 2 meses, en 5.351 pacientes se ha conseguido minimizar el riesgo de tromboembolismo al recibir la alerta. Se concluye que es un avance tecnológico importante, que se traduce en una mejora sustancial en la calidad del registro de las historias clínicas electrónicas y en la seguridad del paciente.

CARPETA DE SALUD; LA HISTORIA CLINICA AL SERVICIO DE LA CIUDADANIA

AUTORES

DABI SANTANO GARCIA¹; M BACIGALUPE ARTACHO²; A DE BLAS DE BLAS³; R ROCA CASTRO⁴; B GOMEZ BRAVO⁵; S RESINO SANTAMARIA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

DIRECCION GENERAL OSAKIDETZA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Historia Clínica Inteligente

RESUMEN

Justificación

Facilitar a la población de la CAPV, el acceso a su información sanitaria (Historia Clínica) de una manera segura, permitiéndole la interacción no presencial con los profesionales sanitarios. Fortaleciendo el objetivo estratégico de la implicación del paciente en su salud.

Objetivos

Conocer el contenido de su historia clínica, o de terceros cuando proceda, en cualquier momento y desde cualquier lugar a través de un dispositivo con acceso a internet.

Poder incorporar a su historia clínica, documentos clínicos relevantes sin necesidad de una cita presencial.

Conseguir que la ciudadanía interactúe con los profesionales sanitarios de manera no presencial a través de su Carpeta de Salud.

Material y métodos

Número de accesos totales a Carpeta de Salud así como el número de accesos por usuarios diferentes.

Resultados

Desde la creación de esta herramienta tanto el número de accesos como de las personas que la usan no ha dejado de incrementarse cada año.

Es un servicio muy bien aceptado entre la ciudadanía y que además sirve para el empoderamiento de la propia persona favoreciendo así la autonomía del paciente.

Conclusiones

La Carpeta de Salud cumple con las expectativas creadas.

Su uso y aceptación entre la ciudadanía es reseñable.

Debemos continuar trabajando para ofrecer nuevos servicios acordes a las necesidades de la población.

TIME LINE DEL PACIENTE. INCORPORANDO EL VISUAL THINKING A LA HISTORIA CLINICA EN OSAKIDETZA

AUTORES

MAITE MADRID CONDE¹; M OGUETA LANA²; A ETXAGIBEL GALDOS³; JA SANCHO ESTERAS⁴; R MARTINEZ PEREZ⁵; I RUIZ LEGARRETA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSAKIDETZA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Historia Clínica Inteligente

RESUMEN

Justificación

Osakidetza desarrolla la Historia Clínica Electrónica Unificada Osabide Global para llevar a cabo el nuevo modelo de atención integral centrado en las personas y proporcionar la continuidad de la atención, facilitando la transmisión y registro de la información generada en la atención sanitaria, la interacción entre profesionales, tanto de atención primaria como hospitalaria, y con el paciente a través de carpeta de salud

Objetivos

Consultar y gestionar el gran volumen de información generada en la actividad asistencial, Primaria-Hospitalaria-Residencias, sin perder la visión del paciente

Material y métodos

En Osabide Global, se desarrolla el Time Line del Paciente. Un visor inteligente interactivo de la información contenida en la Historia Clínica, que a partir de la aplicación de reglas, facilita el acceso a la información, tanto al RESUMEN como al detalle, directamente en el sistema de información de origen, de forma ágil, sencilla e integradora. La aplicación de este sistema inteligente de gestión de la información clínica, permite representar de forma sencilla, toda la actividad generada a través de las diferentes intervenciones realizadas al paciente: procesos, diagnósticos, Ingresos hospitalarios, atención en urgencias, hospitalización a domicilio, situación laboral, receta electrónica, solicitud de consultas, radiología, pruebas complementarias, analíticas, evolutivos y formularios o escalas. La información se origina y automáticamente en riguroso on line con cada atención realizada y se ordena cronológicamente con fecha inicio-fin, en una línea del tiempo interactiva, que permite la visión longitudinal de la historia de salud del paciente a lo largo de su vida y la visión trasversal al presentar toda la actividad realizada en un momento determinado de ella

Resultados

La Historia Clínica Osabide Global, integra todos los sistemas de información clínica y dispone del Time Line del paciente, un visor integrado inteligente, implantado en todo Osakidetza, que permite la representación gráfica a lo largo de la vida del paciente, de toda la información asistencial, presencial y no presencial, que se genera durante la atención sanitaria, aportando coherencia a todo el proceso de atención del paciente. Tiene un diseño atractivo para los profesionales que facilita su usabilidad y les permite acceder fácilmente a la información, aportando una visión global de la situación del paciente y ayudando a entender el contexto. Sirve de apoyo en la toma de decisiones y evita tener que replicar la información, permitiendo generar el Plan Individualizado del Paciente

Conclusiones

El Time Line es un innovador sistema de información que supone un salto cualitativo muy importante porque permite la gestión completa e interpretación de la información clínica y ayuda en la toma de decisiones. A través de la Salud Digital debemos potenciar el desarrollo de representaciones interactivas de la información contenida en la Historia Clínica que incorporen la visión del paciente y lo sitúen en el centro de la atención

IMPACTO PERCIBIDO POR ENFERMERAS DE LA HERRAMIENTA OSANAIA PARA EL REGISTRO DE CUIDADOS.

AUTORES

MARIA ANGELES CIDONCHA MORENO¹; MG LANDALUZE OKERANTZA²; I MARTINEZ ARAMBERRI³; L GARATE ECHENIQUE⁴; I MORO CASUSO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

OSAKIDETZA. DIRECCION GENERAL.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Historia Clínica Inteligente

RESUMEN

Justificación

Los sistemas de registro electrónicos de cuidados son un medio útil para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención de la salud. Estas herramientas de registro permiten al profesional asistencial gestionar la información del paciente y facilitar el cuidado y la continuidad asistencial.

Objetivos

Conocer la percepción de las enfermeras sobre el impacto de la herramienta electrónica Osanaia para el registro de cuidados en la asistencia sanitaria.

Material y métodos

Estudio observacional transversal descriptivo a través de un cuestionario autoadministrado.

El cuestionario se hizo llegar por correo electrónico corporativo a un total de 13.034 enfermeras. Se realizaron 3 recordatorios. El total de personas que acceden al cuestionario fueron 2.311 (17,73%), de las cuales completan el cuestionario: 1.824 (que son las que se analizan). Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.23. Se analizó mediante estadística descriptiva.

Resultados

Las enfermeras que responden la encuesta tienen una edad media de 42,97 años (DS 11,532).

En relación al impacto del uso de Osanaia en el cuidado del paciente, el 56,3% lo considera que es positivo o muy positivo para facilitar el cuidado, el 57,1% para lograr una atención individualizada, el 68,5% considera que es positivo o muy positivo para facilitar la continuidad del cuidado del paciente y en el 39,6% para facilitar la toma de decisiones.

En cuanto a la calidad de la información el 53,7% considera Osanaia positivo o muy positivo y el 54,5% refiere que tiene impacto positivo o muy positivo en la seguridad del paciente.

En relación al impacto de Osanaia en la comunicación dentro del equipo de enfermería, el 59% lo consideran positivo o muy positivo, el 40,4% también lo considera así en relación a la comunicación con el equipo de salud y el 33,6% así lo manifiesta en relación a la comunicación con el propio paciente/familia.

En cuanto al impacto de Osanaia en la imagen del trabajo de enfermería, el 49,3% lo consideran positivo o muy positivo y además el 47,7% refiere que da visibilidad al trabajo de enfermería.

Conclusiones

Los profesionales han incorporado el registro con Osanaia a su práctica. La percepción de las enfermeras sobre el impacto para el cuidado del paciente, para facilitar la comunicación la imagen del colectivo y la seguridad del paciente es positiva.

EXPECTATIVAS TRAS LA IMPLANTACION DE UN NUEVO SISTEMA DE INFORMATIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

AUTORES

Maria isabel Baños Ros¹; C Bordanove Vazquez²; T Faura Vendrell³; M Piazuolo Pont⁴; A Muela Correa⁵; R Cadena i Caballero⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clinic de Barcelona.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Historia Clínica Inteligente

RESUMEN

Justificación

El proyecto IPA paciente nace de la necesidad de conseguir que el sistema de Informatización utilizado en el Hospital sea mas amigable a nivel de la asistencia directa al paciente, durante los años 2013-2014 se realizó un mapa de procesos general del Hospital y paralelamente uno por aéreas o Institutos, en el 2015 se inicio el desarrollo y en Octubre de 2016 el pilotaje en tres Unidades de Hospitalización. La implantación del IPA paciente, supone, pasar de un modelo centrado en las tareas a un modelo centrado en el paciente además este sistema pretende dar más visibilidad a las intervenciones enfermeras.

Objetivos

Conocer las expectativas del personal y su opinión relacionada con la funcionalidad de la nueva herramienta.

Material y métodos

Se pasó un cuestionario previo a la formación para conocer como trabajaban en ese momento y cuál era el valor que le otorgaban a ese método de trabajo.

A continuación se pasó un cuestionario tras la implantación para valorar si había modificaciones en cuanto al grado de satisfacción sobre el uso de la herramienta o propuestas de mejora.

El cuestionario en formato on-line se envió a todo el personal que se encontraba en la lista de formación a través del correo electrónico corporativo.

Resultados

Cuestionario previo

De los profesionales que respondieron el cuestionario el 10,84% eran hombres y el 89,55% mujeres su edad media es de 38,5%, un 61,44% eran DUE,s y un 38,55% TCAI,s.

El 53,57% no tenía experiencia en otros sistemas informáticos similares y la media de años de experiencia en el puesto de trabajo era de 11,8 años.

El tiempo de dedicación de los profesionales en cumplimentar los datos en el resto de módulos implantados previamente era de un 36,58% dedicaba más de 10' por turno, un 32,92% entre 11-15' y solo un 13,41% dedicaba 30'.

Tras implantación

En relación a la duplicidad de registros con la incorporación del IPA paciente el 62,23% está de acuerdo en que este sistema lo ha mejorado, el 84,61% de los encuestados opina que posibilita individualizar los cuidados del paciente.

Un 76,92% estaba de acuerdo en que los registros informatizados son fáciles de rellenar

El 68,67% está de acuerdo en la necesidad de la accesibilidad de los datos por parte de todos los profesionales y el 79,51% cree que este sistema producirá un cambio en la forma de trabajar de los profesionales.

La pregunta abierta respecto a las expectativas la contestó un 63,09% de profesionales del cual el 100% se basaban en expectativas de mejora.

Conclusiones

Podemos decir que las expectativas se han confirmado en relación a:

- Evitar duplicidades
- Visualizar desde un solo punto de acceso toda la información del paciente
- Acceder a esta información desde cualquier dispositivo informático conectado a la red del Hospital
- Unificar criterios de trabajo e individualizar planes de cuidados.
- Respecto a las expectativas con carácter negativo hemos de comentar que persisten las quejas sobre la lentitud del sistema pero que confiamos en que mejore progresivamente.

DEFINICIÓN DE UN CATÁLOGO DE DATOS ESTANDARIZADOS Y CONFORMACIÓN DEL SET DE DATOS DE ICHOM ALL.CAN

AUTORES

Carolina Varela Rodríguez¹; M Pedrera Jiménez²; M Alemany Durán³; D Pérez del Rey⁴; P Serrano Balazote⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario 12 de Octubre

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Historia Clínica Inteligente

RESUMEN

Justificación

Un hospital terciario, de alta complejidad, referencia autonómica y estatal para diversas condiciones clínicas, con una población asignada de unas 450.000 personas que se incorpora a los Proyecto Europeos e Internacionales de medición sistemática de resultados en salud como la iniciativa ICHOM en cáncer de mama y pulmón necesita para poder llevarlos a cabo una transformación organizacional y tecnológica acorde con la complejidad del proyecto. En este trabajo mostramos los primeros pasos llevados a cabo para definir un catálogo de elementos de datos que permita la extracción de los datos necesarios para conformar los conjuntos de datos requeridos en proyectos de investigación desde las fuentes primarias.

Objetivos

Definir un procedimiento de trabajo universal que permita una extracción estandarizada y protocolizada de los datos requeridos por proyectos de uso secundario de datos (pe. ICHOM all.can).

Material y métodos

Se utilizaron métodos cualitativos de investigación que incluyeron entrevistas semiestructuradas en profundidad y grupos de discusión. Se desarrollaron herramientas colaborativas online para favorecer el trabajo en equipo.

Resultados

Estudio detallado de los conjuntos de datos (Datasets) de cáncer de mama y cáncer de pulmón, se identificaron datos requeridos y el lugar de registro en la historia clínica electrónica. Se identificaron inconsistencias en la identificación de las mismas variables definidas en los diferentes conjuntos de datos ICHOM para cáncer de mama y para cáncer de pulmón. Las sesiones de registro se definieron e identificaron de acuerdo a las necesidades de los profesionales de salud y los datos se estandarizaron de forma agnóstica usando los modelos y la terminología de estándares internacionales validados como SNOMED CT. Desarrollo y definición de un catálogo estandarizado de elementos de dato en el dominio cáncer. Definición de las reglas de transformación desde el catálogo estandarizado de datos para conformar el conjunto de datos requeridos por ICHOM all.can.

Conclusiones

Los elementos de datos deben ser modelados en respuesta a las necesidades de los profesionales permitiendo una mejora en la asistencia sanitaria y la explotación de datos para investigación. Los elementos de datos deben representar al menos la información requerida por los modelos de ICHOM, como estándar internacional de conjuntos mínimos de indicadores de condiciones clínicas. Los elementos de datos deben estandarizarse tanto en cuanto la entidad observable como en cuanto al valor observado. Se deben usar estándares internacionales que permiten una estandarización agnóstica de los datos hacia las salidas, por ejemplo ICHOM. Existen inconsistencias dentro de los conjuntos de datos de ICHOM que en diferentes entidades clínicas codifican de manera distinta las mismas variables, así que las reglas de transformación pueden no ser uno a uno si no se corrigen las inconsistencias.

SISTEMA DE TELEMEDICINA MEDIANTE PORTAL DEL PACIENTE PARA CONTROL POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA UROLÓGICA SIN INGRESO

AUTORES

JOSE EMILIO HERNANDEZ SANCHEZ¹; L RUBIO CIRILO²; L ALFARO CADENAS³; C GONZALEZ ENGUIA⁴; M SALAZAR CALZADO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA¹; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA²; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA³; FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ⁴; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Historia Clínica Inteligente

RESUMEN

Justificación

La Telemedicina, definida por la OMS como “la prestación de servicios de salud por parte de profesionales sanitarios a través de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades con el objetivo de mejorar la salud de la población y de las comunidades”, se presenta como instrumento clave para hacer una sanidad más sostenible con el ahorro de costes y aumento de la eficiencia a nivel asistencial.

Objetivos

Mejorar el control postoperatorio domiciliario de los pacientes intervenidos sin ingreso en el Servicio de Urología del Hospital General de Villalba mediante un sistema de telemedicina (telecontrol postoperatorio domiciliario), evitando desplazamientos innecesarios al Servicio de Urgencia y al Área de Consultas Externas de Urología. La utilización de telefonía móvil permite la toma de imágenes de la zona operatoria y herida quirúrgica así como su envío a través del portal del paciente

Material y métodos

Se incluirán los pacientes intervenidos sin ingreso por el Servicio de Urología entre junio y octubre del 2019, identificando los procesos de mayor utilidad para la implantación del sistema de telemedicina en este contexto (vasectomía, circuncisión, frenulectomía). El sistema de telemedicina a implantar incluye un formulario que completa el paciente con preguntas acerca de la evolución de la cirugía y parámetros relacionados con la complicación de herida quirúrgica así como el envío de imágenes a través del portal del paciente. La enfermera del servicio de urología, analizará las imágenes remitidas por el paciente, así como los ítems recogidos en un formulario diseñado a tal efecto.

Resultados

Se tendrán en cuenta diferentes indicadores, tales como el nº de pacientes que hace uso del sistema y el nº de problemas identificados. Se estimará que pacientes caso de no haber dispuesto de este sistema de telemedicina, habría solicitado directamente la valoración presencial hospitalaria. Se valora la calidad de la imagen enviada, así como si ésta permite realizar la evaluación clínica de la situación y la adopción de una conducta a seguir. Se contabilizarán el nº de pacientes que pueden ser dados de alta, frente al nº de pacientes que precisan acudir al hospital para valoración. Esto nos permitirá definir la sensibilidad y la especificidad del sistema para detectar complicaciones. Se valora la sensación de seguridad del paciente en el postoperatorio domiciliario.

Conclusiones

Los resultados ponen de manifiesto que este sistema de telemedicina posee una probada capacidad y eficacia diagnóstica que le confiere una considerable utilidad para incrementar la seguridad y la calidad del control postoperatorio domiciliario en la cirugía sin ingreso realizada por el Servicio de Urología del Hospital General de Villalba, evitando desplazamientos innecesarios al hospital y aumentando claramente la satisfacción de los pacientes.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI) EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

ANTONIO JOSE DIAZ HOLGADO¹; JE VILLARES RODRIGUEZ²; J VAZQUEZ CASTRO³; JC ESTEVEZ MUÑOZ⁴; C CONTRERAS ALVARO⁵; JJ RUIZ MARTINEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Historia Clínica Inteligente

RESUMEN

Justificación

El 01/01/2018 se pone en marcha, dentro del PADI dirigido a niños y niñas de 6-16 años, un convenio de colaboración para el tratamiento de lesiones pulpares en dentición permanente y/o tratamiento del grupo incisivo-canino permanente. Este tratamiento es realizado por odontólogos/estomatólogos adheridos al convenio previa valoración y derivación por las Unidades de Salud Bucodental (USBD) de Atención Primaria (AP)

Objetivos

Diseñar las herramientas necesarias en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de AP para el registro y el seguimiento de las actividades derivadas del convenio de colaboración incluidas en el PADI. Diseñar un cuadro de mando específico con indicadores de resultado y seguimiento de las actividades derivadas del convenio de colaboración incluidas en el PADI

Material y métodos

Mediante un grupo de trabajo liderado por el Coordinador del programa de AP, referentes de las Unidades de Salud Bucodental (USBD) de las diferentes direcciones asistenciales y Técnicos en Sistemas de Información Sanitaria se diseñaron las siguientes herramientas en la HCE: Protocolo de registro: contienen los campos necesarios para realizar la valoración clínica de paciente, el tratamiento o tratamientos estimados a realizar (24 en total), pudiendo indicar el N° de dientes a tratar y la notación dentaria de cada tratamiento.

Hoja con información al paciente de la necesidad del tratamiento, motivo de la derivación y listado de los Odontólogos/Estomatólogos, adheridos al convenio, a los que podrán acudir los niños y niñas, concertando directamente con el profesional elegido la cita correspondiente. Hoja de derivación: Informe asociado al protocolo que incluye automáticamente los tratamientos indicados, así como los datos administrativos del paciente y profesional que presta la atención. Contiene tres copias: una para el paciente, otra para el centro de derivación y otra para el centro coordinador.

Diseño de un cuadro de mando mensual que contiene información agregada por Centro de Salud, USBD, Dirección Asistencial y Comunidad: N° de usuarios distintos vistos; N° de usuarios con protocolo de registro; N° de usuarios con hoja de derivación y N° tratamientos estimados a realizar

Resultados

De 01/01/2018 a 01/04/2019, se han valorado 265562 niños en las USBD, se han derivado 27573 a los colegiados adheridos al convenio realizándose un total de 80582 tratamientos, con una proporción de 2,92 tratamientos por usuario derivado

Conclusiones

La integración del PADI en la HCE normaliza el procedimiento de registro de los profesionales, facilitando la introducción de la información clínica, la emisión de la hoja de derivación de los pacientes y acercando la información necesaria a los profesionales en el momento de la atención sanitaria. Tener la información recogida de una manera normalizada, en la HCE, facilita la evaluación de la actividad y seguimiento del programa, monitorizando los indicadores específicos y poniéndolos a disposición de los coordinadores del programa para la toma de decisiones y planificación sanitaria.

UN CLIC PARA LA TOMA DE CONSTANTES EN AMSA

AUTORES

JOSE M^a GALLETERO LOPEZ¹; L ARTASO MORRAS².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital San Juan de Dios (AMSA).

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Historia Clínica Inteligente

RESUMEN

Justificación

En el marco de la estrategia de digitalización de IMQ AMSA-servicios de psiquiatría, y como acción dirigida a reducir los posibles errores en la transcripción de información clínica, se ha implementado una aplicación de móvil que permite al personal asistencial de la planta de hospitalización de AMSA en el HSJD de Santurtzi, realizar la toma de constantes de cada paciente con esta aplicación: ISALUS, que a través de la voz pueden volcar los datos de las constantes en el historial del paciente directamente. Esto ha supuesto una revolución que de manera muy sencilla ha impactado en la eficiencia y satisfacción de los trabajadores, y en sobre todo en la seguridad clínica de los pacientes. Este aplicativo garantiza la seguridad de la información, ya que funciona únicamente con la red wifi de AMSA.

Objetivos

- Agilizar el trabajo diario del personal asistencial en la toma de constantes y registro de los datos en el historial médico de cada paciente.
- Evitar errores de transcripción de información y datos.

Material y métodos

- Búsqueda de soluciones y proveedores digitales.
- Identificación de la aplicación ajustada a las necesidades reales.
- Contraste con los futuros usuarios de la aplicación
- Prueba piloto para verificar su utilidad
- Puesta en marcha en la planta de hospitalización

Resultados

- Mayor eficiencia en el día a día de los profesionales asistenciales en la planta de hospitalización
- Agilidad en el registro de los datos
- Reducción de errores en la transcripción de información
- Visualizar toda la información del paciente.
- Impacto en la satisfacción de los profesionales.

Conclusiones

La aplicación ha ayudado a mejorar sustancialmente tanto la operativa de los profesionales asistenciales como la seguridad clínica. El resultado ha animado a la dirección a valorar la posibilidad de extender esta aplicación a otros ámbitos asistenciales de la organización: consultas externas y unidades de día.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS REGISTROS DEL FORMULARIO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE.

AUTORES

JUAN ANTONIO LOPEZ GARCIA¹; M GOMEZ RUIZ²; A MARIN BUENDICA³; MJ PEREZ MARIN⁴; M IBORRA SANCHEZ⁵; TJ MARTINEZ ARAN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

AREA IV - NOROESTE.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Historia Clínica Inteligente

RESUMEN

Justificación

Según la evaluación de indicadores de Calidad del SMS, se observa baja cumplimentación de los registros de valoración de Enfermería al ingreso del paciente.

Objetivos

Mejorar la valoración del paciente al ingreso en planta de hospitalización

Material y métodos

En base a los resultados de la 1ª evaluación se deben centrar los esfuerzos por conseguir una valoración de enfermería que explore al menos los 5 primeros patrones funcionales:

1. Manejo Percepción de la Salud
2. Nutricional Metabólico
3. Eliminación
4. Actividad / Ejercicio
5. Sueño / Descanso

Probablemente una mejora en este indicador supondrá mejoras en el resto de indicadores.

Acción de mejora que combina actuaciones en tres aspectos, formación, información/retroalimentación y cambios organizativos en las unidades.

Formación:

- Competencias en valoración por patrones funcionales para enfermería. El equipo de mejora elaborará e impartirá un paquete de sesiones que se impartirán en el turno de trabajo de los profesionales. Se puede solicitar la colaboración de mandos intermedios y profesionales de las unidades para la preparación y/o impartición de dichas sesiones. En cuanto a la temática, se debe abordar aspectos relacionados con la valoración integral del paciente, uso de escalas de evaluación de riesgos, especialmente el riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados.
- Conocimiento del aplicativo de historia clínica (SELENE). Incentivar la inscripción al curso del plan de formación continuada del Área IV-Noroeste 'Gestión de Cuidados Mediante Aplicativo de Historia Clínica' [I-18-18852-01], de tal modo que haya profesionales referentes en cada unidad de hospitalización.

Herramientas de apoyo a la gestión para los supervisores:

- Listados de Openreport. Facilitar acceso a aquellos listados que puedan ofrecer información sobre la realización de valoraciones a pacientes ingresados en la unidad de hospitalización.
- Portal de Inteligencia de Negocio (PIN). Acceso o recepción de información sobre evolución de indicadores de calidad de cuidados hospitalarios incluidos en Acuerdo de Gestión 2018 relacionados con la valoración del paciente hospitalizado.

Reordenación de la actividad en los controles de enfermería:

- Incluir la revisión de los ingresos del día anterior entre las actividades a realizar en el turno de mañanas.

Resultados

Paciente ingresado más de 24 horas con valoración 53,33%

Registro de realización del Protocolo de Acogida 65,55%

Valorado el Riesgo de Caídas 82,22%

Valorado el Riesgo de Úlceras por Presión 71,11%

Valorado el Riesgo de Desnutrición 38,88%

Conclusiones

Que hay una mejora absoluta y relativa en todos los criterios.

Que la mejora no es homogénea en todas las unidades de hospitalización.

Que la mejora es significativa, es decir se debe a las acciones de mejoras implementadas.

ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA EN LA ATENCIÓN AL PROFESIONAL: UNA APUESTA POR EL FUNCIONAMIENTO Y LA GESTIÓN SIN PAPEL

AUTORES

CONCEPCIÓN LORENZO GARCIA¹; M BEDOYA CAÑEQUE².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS¹; HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS².

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

Desde su entrada en vigor, las leyes 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y 40/2015 del Sector Público obligan a relacionarse entre Administraciones y a éstas con los ciudadanos de forma electrónica, por tanto, para algunas de las gestiones realizadas en esta Unidad es necesario actuar de acuerdo con este mandato. Pero, además, hay una apuesta por una oficina sin papeles con un sistema de trabajo más eficaz apoyado en las nuevas tecnologías, y un compromiso con el medio ambiente minimizando el uso del papel, de dispositivos de impresión y sus consumibles y, por tanto, la reducción de residuos.

Objetivos

Facilitar las gestiones administrativas on-line y agilizar los trámites con los trabajadores y otras unidades del hospital. Comunicación por medios electrónicos con los servicios y unidades del centro. Reducción del uso del papel. Potenciar el archivo digital y suprimir los archivos físicos. Acceso directo a la información.

Material y métodos

Utilización de diferentes aplicaciones informáticas para tramitar las solicitudes de los trabajadores referidas a sus gestiones laborales:

EREG: Aplicación de la Comunidad Autónoma para el registro y digitalización de solicitudes, escritos y comunicaciones.

Portafirmas electrónico: donde se colocan, para su firma, los documentos y resoluciones relacionados con las solicitudes de los trabajadores. Los directivos los firman con certificado digital. Después se descargan y se comunica mediante SMS al trabajador su recepción para que acuda a recogerlo. En algunos casos la entrega se hace mediante el correo electrónico institucional.

NOTE: para realizar las notificaciones de forma electrónica si el empleado ha elegido este sistema de notificación.

Uso del escáner como herramienta para digitalización. El archivo de documentos escaneados en carpetas compartidas por los trabajadores de la Oficina de Atención al Empleado, alojadas en un servidor del hospital, lo que permite un entorno de trabajo colaborativo. Formularios alojados en la intranet para que el trabajador los pueda rellenar desde su puesto. Uso del correo electrónico y del Whatsapp como herramientas de comunicación.

Resultados

Con todas las acciones emprendidas se ha conseguido una importante reducción en el gasto de papel, una mayor comodidad y agilización en los trámites para el trabajador, cercanía con los profesionales por el empleo de la aplicación Whatsapp y el correo electrónico, reducción de las llamadas telefónicas, comunicación en tiempo real con otras unidades del hospital, en especial con los Servicios de Personal y Nóminas, y rapidez en los tiempos de respuesta en las gestiones.

Conclusiones

La Oficina de Atención al Empleado es pionera dentro del hospital, en la implantación de la Administración electrónica y la gestión sin papel, por el uso generalizado que hace de las TIC, de distintas herramientas y aplicaciones informáticas para su funcionamiento, habiendo conseguido la confianza de trabajadores y Dirección.

RESULTADOS OBTENIDOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO EN TIEMPO REAL

AUTORES

SERGIO POLITE DELFA¹; P ARLANDI SANCHEZ²; MT CASTELLO DEL PINO³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

La gestión de un centro sanitario es compleja y dificultosa. Una de las barreras existentes es que la toma de decisiones no siempre se basa en datos actualizados. Por suerte, los sistemas actuales de información permiten ya disponer de muchos de estos datos de forma inmediata y en tiempo real, permitiendo de esta forma obtener una mayor eficiencia en la gestión gracias a la toma de decisiones fundamentadas en valores reales.

Objetivos

El objetivo es observar si disponer de un cuadro de mando con indicadores de actividad que muestren datos en tiempo real permite mejorar la eficiencia de gestión de un centro sanitario.

Material y métodos

El proyecto tuvo varias fases:

- Selección de indicadores a mostrar. De todos los indicadores de actividad existentes se realizó una selección de los que se consideraron mejores para mostrar. La selección se realizó en un grupo de trabajo multidisciplinar donde participaron gerente, dirección médica, dirección de enfermería, Jefes de Servicio, Supervisiones de enfermería y Responsables administrativos.
- Validación de indicadores seleccionados. La validación de los datos mostrados se realizó por el área de TIC y Calidad.
- Desarrollo de plataforma de consulta en dispositivo móvil. Se desarrolló una App para móvil donde se visualizan de forma sencilla, clara y gráfica los indicadores seleccionados.
- Implantación del cuadro de mando para la toma de decisiones en las reuniones diarias de gestión. La App es consultada de forma periódica por los responsables del centro, usando los datos que muestra para la gestión diaria del centro. Es consultada de forma diaria en la reunión inicial de la mañana, donde se usa como guion de la misma para observar el estado actual del centro y obtener una visión en perspectiva de lo que sucederá en las próximas 24-48 horas.
- Medición de resultados obtenidos. Se comparan datos de eficiencia de gestión del centro pre y post intervención.

Resultados

Tras 4 meses de trabajo con esta herramienta se observan las siguientes mejoras de indicadores de actividad y eficiencia respecto al mismo periodo del año anterior:

- En urgencias, con un aumento de actividad del 7,37% se mejora el tiempo medio de permanencia en un 19,56%; el índice de ingreso hospitalario en un 2,66% y la tasa de abandono en un 60,88%.
- En hospitalización, con un aumento de las altas de un 8,41% se mejora el % de altas antes de las 12h en un 68,03% pero no se observa mejora de la estancia media.
- En el bloque quirúrgico, con un aumento de las intervenciones del 7,33% se mejora la ocupación en un 2,59% y el índice de sustitución en un 1,01%.

Conclusiones

Podemos observar que trabajar con una herramienta como un CM en tiempo real favorece la mejora de la gestión de un centro sanitario.

TELEDERMATOLOGIA: DEL MÓVIL DEL MÉDICO DE PRIMARIA AL DERMATÓLOGO

AUTORES

YOLANDA CAULES TICOULAT¹; P PASQUALI²; M ALVAREZ LUY³; A MURISCOT FORTET⁴; JM DE MAGRINYÀ CALRAMUNT⁵; N ORTEGA MENDIBLE⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CAP SARRÓ ROSET VALLS.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

La implementación de la Teledermatología (TD) en nuestra zona se inició en Junio 2011 y ha generado una mejora sustancial en el manejo del paciente con patología dermatológica en nuestra región. Entre los beneficios está el diagnóstico precoz del cáncer de piel y la mejora habilidades diagnósticas de los médicos de familia. Para lograr el diagnóstico de lesiones malignas en fases iniciales es fundamental contar con dermatoscopio. El uso del móvil para la toma de las imágenes clínicas y dermatoscópicas (usando un adaptador para móvil) simplifica el envío de consulta TD habida cuenta que los médicos de familia tienen una alta presión asistencial.

Objetivos

Se desea mostrar como las listas de espera del Hospital omo centro de referencia de la región, han disminuido desde la implementación de la TD. Asimismo, mostrar el impacto de la telefonía móvil para toma de imagen clínicas y dermatoscópicas en el número de consultas por TD. Por otra parte, se desea mostrar número de lesiones malignas diagnosticadas en el Hospital y su relación con la TD y el tiempo de espera desde la consulta TD hasta la resolución médico quirúrgica del tumor.

Material y métodos

En el año 2011 se nos formó y facilitó una cámara con dermatoscopio. Se creó una plataforma externa a la historia clínica informatizada vinculada al programa informático del centro de salud. El proceso se inicia con detección en consulta de lesión dudosa, fotografía (desplazarse hasta donde se encontraba cámara), envío por plataforma. Se confirma la recepción de la imagen y en plazo de 7 días responde a través de la plataforma el dermatólogo. Debido a la gran acogida por parte de todos los profesionales (atención primaria y dermatólogo) de este procedimiento, desde hace un año los médicos de familia tenemos un dermatoscopio que se adapta a nuestro móvil, lo que permite, ante una lesión sospechosa realizar una foto sin tener que desplazarse ni perder tiempo en buscar la cámara.

Resultados

En estos 7 años, se han respondido más de 9000 TD reduciendo el número de visitas presenciales de aproximadamente un 70%. Con ahorro correspondiente. En paralelo, el número de casos de cáncer de piel (no-melanoma y melanoma) y daño actínico han aumentado debido a la facilidad de acceso y el uso de imagen clínica y dermatoscopia

Las lesiones malignas son diagnosticadas y tratadas entre 1-7 días del envío de la TD.

Conclusiones

Vemos una disminución de las listas de espera y mejora el pronóstico del paciente al lograr diagnosticar las lesiones en sus fases iniciales. La TD y la implementación de telefonía móvil con adaptador para dermatoscopio han mejorado la atención de pacientes, disminuido las listas de espera, permitido un mejor manejo de la patología cutánea maligna.

La TD ha servido asimismo como formador: el médico de familia que recibe una respuesta a los pocos días de ver el paciente y conoce el diagnóstico que se asocia a la imagen, va generando reconocimiento de patrones que le permiten mejorar sus propias habilidades diagnósticas.

CREANDO NUEVAS VÍAS DE COMUNICACIÓN: PROFESIONAL -PACIENTE CON LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

AUTORES

YOLANDA CAULES TICOULAT¹; JM DE MAGRINYÀ CLARAMUNT²; A GONZALEZ GARCES³; M ESTEVE CASAS⁴; I HOSPITAL GUARDIOLA⁵; N AGUILERA PEREA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CAP SARRÓ ROSET VALLS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

En nuestra comunidad existe un sistema de Consulta entre paciente y profesional sanitario (médico o enfermera) que se encuentra integrado dentro de un espacio digital, personal e intransferible, donde el paciente puede acceder a su información personal de salud , hacer trámites electrónicos y consultas.En nuestro centro de salud implantamos este sistema en junio de 2017.

Objetivos

Valorar porcentaje de profesionales y pacientes que utilizan este sistema de consulta

Describir el tipo de paciente que realiza las consultas.

Valorar si existe una disminución de las visitas presenciales.

Material y métodos

Se realizaron sesiones clínicas para todo el personal (2 en 2017 y 1 en 2018) para explicar funcionamiento del sistema de consulta. También se proporcionó apoyo individual para dudas,incidentes,..

Des de consultas y atención al ciudadano se informa de la existencia del espacio digital con la posibilidad de realizar consultas con los profesionales sanitarios de referencia.

También se publicita en el blog del centro Se realiza una entrada con la información de la existencia del espacio digital y del sistema de consulta cada 4 meses. Después de dos años Hemos decidido realizar un estudio descriptivo para poder analizar la situación y realizar acciones de mejora pertinentes

Resultados

En junio de 2017 empezamos con 60% de médicos y un 26,67 de enfermeras. En diciembre de 2018 había aumentado a 93.75% de médicos (28 de 31)y un 86,67 (13 de 15)de enfermeras. En abril 2019 100 de médicos y un 86,67 de enfermeras.

Por lo que hace referencia a los pacientes:

En junio de 2017 empezamos con 41 pacientes que representan 0.25%. En diciembre de 2018 había aumentado a 180 (1.09). En abril 2019 264 (1,59).Nos encontramos con datos superiores a nuestro territorio 1.35.

El porcentaje de pacientes que utilizan el sistema de consulta más de una vez ha aumentado del 0.69 en diciembre 2018 a 0.89 en abril 2019.

Al hacer una descripción del tipo de paciente: Lo utilizan más mujeres 62%. Edad media de mujeres 51 años (rango 17 a 92 años) y hombres 39 años (rango 20 a 96). Si comparamos las visitas realizadas en periodo enero - abril de 2018 vemos que las visitas espontáneas fueron 58694 en médicos y 19040 en enfermeras y en mismo periodo pero en 2019 observamos que fueron 33241 en médicos y 21034 en enfermeras.

Conclusiones

Vemos que existe un mayor porcentaje de médicos que de enfermeras. Debemos valorar como aumentar porcentaje de uso en enfermería: recordando campañas de vacunación,controles....

Podemos ver que existe un aumento progresivo del número de pacientes que utilizan este sistema de consulta. Siendo más mujeres las que realizan consultas con una edad media superior a la que esperábamos.

Por último,creemos que mejora la accesibilidad al profesional de referencia y puede disminuir el número de visitas presenciales.

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA A TRAVES DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

AUTORES

José Martínez Gómez¹; MJ Medrano Martínez²; R Solano Lopez³; NM Rodríguez Rodil⁴; P Fernán Pérez⁵; P Busca Ostolaza⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

Unas 8 de cada 10 urgencias atendidas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios de la Comunidad de Madrid (CM) pueden ser resueltas en los servicios de urgencias extrahospitalarios (SUE). Mejorar el conocimiento de éstos facilita que sean utilizados por la población.

Objetivos

Desarrollar una herramienta (app) que transmita al ciudadano la información necesaria para poder elegir el centro más adecuado según sus necesidades.

Mejora la calidad percibida facilitando la accesibilidad (cercanía y menor demora) a través la información suministrada.

Material y métodos

Grupo multidisciplinar que especifica requisitos de información (ubicación de centros, servicios, demoras a tiempo real, transporte) y selección del marco de referencia de buenas prácticas SCRUM.

Cronograma (finalizar aplicación 1er trimestre 2019, difusión 2º trimestre).

1.- Desarrollo de la aplicación en forma cíclica hasta completar los requisitos: Reuniones periódicas donde se definen objetivos a alcanzar en siguiente entrega, Spring, Entrega y revisión del progreso global del proyecto.

2.- Determinar difusión e indicadores de resultados:

- La propia aplicación.
- % de centros sanitarios a los que se ha difundido en el trimestre
- % de pacientes que han utilizado la APP
- Porcentaje interanual de variación de pacientes que acuden al SUAP
- Porcentaje interanual de variación de resolución

4-APP plenamente desarrollada: el ciudadano puede descargarse en sus dispositivos móviles con las siguientes funcionalidades:

- Información de los SUE: horarios de apertura, ubicación, cómo llegar, etc.
- Mediante selección de un centro en cuestión muestra los datos generales del mismo y los tiempos de espera en ser atendido por médico o por enfermero a tiempo real.
- Búsqueda de los SUE más cercanos a su ubicación y se muestra ordenados de dos formas diferentes: según su distancia al punto donde se encuentre el paciente y por los tiempos de espera, comenzando por el menor.

Se puede elegir estar en la aplicación en modo general, donde los datos son únicamente referentes a los Centros de Urgencias, o en modo localizado, donde se obtiene la ubicación del usuario y los datos son referenciados a dicha ubicación.

b) En fase de difusión en el momento actual (mayo 2019)

c) Se presentarán resultados del tercer trimestre (actualmente pendientes de la implantación)

Resultados

Conclusiones

Proyecto de mejora asociado al uso de una nueva herramienta basada en las nuevas tecnologías (APP) para toda la población de la CM. Conceptualmente está basado en la autorregulación de la demanda sanitaria ecomunicación y empoderamiento del paciente, como parte activa del modelo organizativo, aprovechando los recursos ya existentes,

Fomenta la calidad percibida ofertando un nivel de competencia y efectividad clínica similar al medio hospitalarios pero con mayor accesibilidad por la cercanía al domicilio y la menor demora.

Aborda un proceso asistencial de gran impacto, la atención sanitaria urgente; siendo un proyecto reproducible y fácilmente exportable.

IMPACTO DE LA TRANSVERSALIDAD EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

ELENA ANA LOPEZ JIMENEZ¹; D PARRAGA GARCIA²; C VARELA RODRIGEZ³; P RUIZ LOPEZ⁴; L PARES POLLAN⁵; C VARGAS GALLEGO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

H.U.12 DE OCTUBRE⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

La transversalidad en el entorno hospitalario pretende abordar retos innovadores que la estructura clásica por Servicios no es capaz de abordar como son, las demandas que implican a toda la organización y la necesidad de disponer una visión integral e integradora capaz de llevar a cabo procesos de cambio.

En el año 2012, los seis Servicios de Laboratorios del hospital (Genética, Bioquímica y Análisis Clínicos, Hematología, Inmunología, Alergia y Microbiología) se reorganizan para constituir un modelo centralizado de laboratorios integrados que compartan procesos y herramientas.

Objetivos

Evaluar el impacto de la creación de tres áreas transversales, destinadas a desarrollar competencias comunes a todos los servicios y el reforzamiento de una visión compartida de la organización.

Material y métodos

Se constituyen tres áreas transversales gestionadas por un facultativo por área:

- Área de recepción y gestión de muestras.
- Área de sistemas de información.
- Área para la gestión de la calidad.

Resultados

Tras 7 años de funcionamiento, áreas y profesionales transversales han supuesto para los laboratorios un verdadero cambio de cultura organizativa permitiendo, entre otros, los siguientes logros compartidos:

- Creación de un catálogo unificado con más de 3000 pruebas normalizado al estándar terminológico LOINC, dotando a los laboratorios de interoperabilidad semántica y, estableciéndose la estandarización como regla y tema de salud (Metodología HIMSS).
- Implantación de un sistema informático común, con gobernanza propia, que ha facilitado la transformación digital, conectado a 66 plataformas analíticas, 21 equipos analíticos a cabecera de paciente e integrado con 22 sistemas.
- Gestión integral de 4000 peticiones/día y 9000 muestras/día en un espacio único, garantizando la trazabilidad completa del proceso.
- Establecimiento de metodología de gestión de costes para cálculo del coste unitario por prueba y adecuación de la demanda.
- Elaboración y puesta en marcha de Planes de Contingencias.
- Establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad global que culmina con la acreditación ISO 15189 de todos los laboratorios.

Conclusiones

La transversalidad de procesos y profesionales ha impactado positivamente en nuestro hospital, permitiendo abordar ambiciosos retos, proporcionando una nueva forma de entender la organización y su funcionamiento, mejorando la eficiencia de los procesos y resultados operativos.

EU MHEALTH HUB: EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN MULTIACTORAL PARA EL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN EN SALUD MÓVIL EN EUROPA

AUTORES

BELÉN SOTILLOS GONZÁLEZ¹; M VÁZQUEZ VÁZQUEZ²; J FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA³; V SANTANA LÓPEZ.

CENTRO DE TRABAJO

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

A partir de la experiencia adquirida en la iniciativa “Be He@lthy, Be Mobile” (BHBM), las organizaciones internacionales OMS e ITU iniciaron en 2017 un proyecto conjunto (EU mHealth Hub) para compartir conocimiento de forma transfronteriza y potenciar la construcción de redes en el ámbito de la salud móvil.

Este proyecto está financiado por Horizon2020 y ha comenzado con el desarrollo de una licitación internacional para designar un “Host” o sede de ese Hub para el desarrollo de sus actuaciones.

Objetivos

Recoger y difundir conocimiento y experiencia sobre la implantación a gran escala de programas de salud móvil, más allá de experiencias piloto, convirtiéndose en un centro de referencia.

Construir capacidades de forma que el Hub sea una herramienta de apoyo a países y regiones para la integración de iniciativas de salud móvil en los sistemas sanitarios. el establecimiento de programas de salud móvil a gran escala.

Contribuir al impulso de la innovación y el desarrollo del Mercado Digital Único en Europa.

Con esta comunicación, el Host del Hub quiere dar a conocer de forma más detallada esta iniciativa, de interés para múltiples actores, entre ellos los gestores y profesionales sanitarios.

Material y métodos

Publicación de licitación internacional en 2017, seguido por selección de la entidad y periodo de negociaciones (2018-19) para resolver aspectos técnicos y administrativos, con actividades financiadas hasta 2021. Desarrollo de Plan de Trabajo con metodología basada en consenso y trabajo colaborativo presencial y online, seguido de proceso de revisión por la Comisión Europea.

Resultados

Se ha resuelto la fase de selección del Hub, siendo seleccionada una entidad con amplia experiencia en salud móvil, que desarrollará actividades junto a ITU, OMS y los 19 socios asociados pertenecientes a 12 países europeos, procedentes de diferentes sectores: gobiernos, sistemas sanitarios, sector tecnológico, Academia, organizaciones del tercer sector y sociedades científicas.

Entre las actividades a realizar, destacan: elaboración de guías y otras herramientas (evaluación de herramientas digitales, integración de éstas en los sistemas sanitarios, intervenciones sanitarias específicas); realización de documentos que ayuden al desarrollo de políticas públicas innovadoras en salud; apoyo individualizado a la implantación en países/regiones; desarrollo de un porfolio de servicios, así como plan de sostenibilidad, alianzas y modelos de negocio para hacer sostenible esta iniciativa más allá del periodo financiado, y protocolos éticos.

Conclusiones

El EU mHealth Hub viene a cubrir necesidades y demandas no cubiertas hasta ahora, como: el impulso a iniciativas a gran escala en salud móvil, el aprendizaje entre pares, el trabajo basado en metodología multiactoral, y en general el impulso de la digitalización de la salud en Europa, que actualmente tiene un ritmo y alcance desigual.

LA CALIDAD DE LOS MENSAJES COMO FACTOR DE ÉXITO EN SALUD MÓVIL: GUÍAS INTERNACIONALES ORIENTADAS A LA IMPLEMENTACIÓN

AUTORES

BELÉN SOTILLOS GONZÁLEZ¹; M VÁZQUEZ VÁZQUEZ²; V SANTANA LÓPEZ³; J FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional de Telecomunicaciones (ITU) han desarrollado conjuntamente en los últimos años diversos recursos capacitadores a disposición de los actores encargados de diseñar e implementar programas de salud móvil en cualquier país o región del mundo. Estos recursos cubren el ciclo integral de la intervención, desde la gestión de operaciones, el desarrollo y adaptación del contenido, la promoción del programa y el reclutamiento de participantes, las especificaciones técnicas y los aspectos de seguimiento y evaluación. No obstante, estas herramientas no son suficientemente conocidas en el entorno hispanohablante, lo cual está limitando su impacto y potencial. La organización que presenta esta comunicación tiene un notable recorrido en salud móvil en los últimos años, con experiencia en los diversos temas apuntados por estas herramientas, con una especial preocupación por la calidad del contenido (ej. mensajes de las apps de salud), en cuanto a su desarrollo y adaptación al ámbito donde se va a implantar dicha solución de movilidad.

Objetivos

Concienciar sobre la importancia del desarrollo del contenido y su adaptación, para el éxito de las intervenciones en salud móvil.

Describir los diversos elementos contemplados en el análisis del contenido que rodean a una solución móvil.

Destacar la importancia de estos elementos en el contexto de una organización que trabaja en la implantación de la salud móvil dentro de un sistema sanitario.

Material y métodos

Las organizaciones internacionales ITU y OMS han desarrollado hasta el momento 5 herramientas para ayudar al diseño, implantación y evaluación de iniciativas de salud móvil en los campos de: deshabituación tabáquica, diabetes, cáncer de cérvix, enfermedades respiratorias y envejecimiento saludable. Otras tres herramientas están en proceso de elaboración. Revisión documental de estas herramientas -que están redactadas íntegramente en inglés- en lo relativo a la sección sobre desarrollo del contenido y adaptación del mismo.

Resultados

A la luz de estas guías, para un desarrollo y adaptación adecuada del contenido en intervenciones de salud móvil hay que tener en cuenta:

- La trayectoria y aprendizaje obtenido en programas anteriores
- Adecuada redacción de los mensajes (ej. léxico, tono, combinación de motivación e información)
- Los mediadores de significado y las asunciones implícitas que conllevan
- Normas y logísticas en el desarrollo del programa (ej. línea de base, interacción uni o bidireccional)
- Los expertos locales como facilitadores para la adaptación de los mensajes
- Pre-test con público objetivo
- Revisión y actualización
- Requerimientos funcionales

Conclusiones

Para que el contenido de una intervención de salud móvil sea efectivo y de calidad, hay que involucrar y alinear a todos los actores (ej. programadores, diseñadores, gestores). El contenido no es un elemento neutral ni sencillo al implantar iniciativas de salud móvil, sino repleto de dimensiones e implicaciones.

HUMANIZACION VS NUEVAS TECNOLOGIAS EN CMA. ¿ES COMPATIBLE?

AUTORES

IMMA PRAT BORRAS¹; T BAEZA RANSANZ²; M. TORRA FEIXAS³.

CENTRO DE TRABAJO

ALTHAIA RED ASISTENCIAL Y UNIVERSITARIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

En CMA la llamada telefonica postop. es esencial para saber el estado de salud del paciente a las 24h de la intervencion, detectar complicaciones y dar seguridad al paciente.

En el 2017 el registro de esta llamada se realizaba en papel y las variables se transferian a una base de datos, pero no permitia que el facultativo pudiera conocer la evaluacion postoperatoria del paciente.

Las TIC son la nueva revolucion, agilizan y optimizan muchas de las actividades de nuestro dia a dia y ayudan a monitorizar resultados. Sin embargo, en CMA creemos que no se puede perder la vision mas humana (la comunicacion directa con el paciente)

En Althaia, nuestro hospital, se planteo informatizar el proceso mediante una APP para CMA, pero el equipo sugirio la necesidad de mantener la llamada telefonica para seguir con esta atencion centrada en el paciente, lo que nos llevo a plantear otras alternativas ya que bibliograficamente solo 1 de c/4 pacientes utilizan una APP en salud

Objetivos

Disponer de un sistema informatico, integrado a la historia clinica, para el registro y monitorizacion de los datos, manteniendo la llamada de seguimiento a las 24h de la intervencion

Material y métodos

Del trabajo conjunto e interdisciplinar del equipo conseguimos, en el 2018, poner en marcha la informatizacion, con un sistema similar a la programacion de visitas dentro de nuestro programa informatico, se inserto una carpeta con los cuestionarios telefonicos adaptados quedando integrados como un pdf abierto para poder insertar las variables respondidas por el paciente. Este PDF, una vez finalizado, queda cerrado como informe telefonico e integrado a la historia clinica del mismo

Resultados

Este sistema ha facilitado a todos los profesionales saber el estado del paciente, lo que permite un mejor seguimiento, evitando visitas a urgencia, derivadas de complicaciones, y reingresos no deseados por situaciones detectadas en el contacto directo con el paciente.

La informatizacion tambien ha facilitado un registro inmediato de variables que se pueden analizar y evaluar para mejorar los procesos, teniendo en cuenta el aumento progresivo de la actividad en la UCMA en los ultimos 3 años.

(2016-2018) n(2016)=2042; n(2017)=2299; n(2018)=2515

Otro resultado es el alto indice de respuestas, n=2016 (88,34%) n=2017 (93,17%) y n=2018 (88,91%), gracias, sin duda, al seguimiento personalizado del equipo a traves de la llamada telefonica.

En relacion a las visitas a urgencias hemos tenido, en el primer trimestre y en las primeras 24 horas postop: 2016=1,28% de n=700; 2017=2,07% de n=483; 2018=0,99% de n=806

Conclusiones

Se logro un sistema informatico que ha facilitado los registros, el posterior analisis, asi como el seguimiento por parte de todos los profesionales implicados sin perder el contacto y seguimiento personalizado, humanizando el proceso y la experiencia del propio paciente. Conclusion que se sustenta con el indice de satisfaccion del paciente, valorado en respuestas ¡Y8 sobre 10, n(2016)=100%; n(2017)=100%; n(2018)=100%.

GRÁFICA INFORMATIZADA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA. BENEFICIOS Y RETOS PENDIENTES.

AUTORES

José Eugenio Martínez Abril¹; ML Alcaraz Escribano²; M Baeza Mirete³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

En nuestro país, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), los registros tanto de Medicina como de Enfermería se llevan a cabo fundamentalmente a través de la gráfica y de la Historia del paciente. Estos registros pueden ser en papel o bien a través de Gráfica e Historia informatizadas. Existen aplicaciones específicas de UCI que posibilitan los registros de manera informatizada.

Se trata de conocer la distribución geográfica de los registros en papel e informatizados de las UCIs de España de los hospitales con mayor número de camas. Por otra parte qué programas utilizan las UCIs informatizadas, qué beneficios aporta la informatización frente al papel según la evidencia y finalmente los retos pendientes en los casos que sí está informatizada.

Objetivos

Los objetivos son:

- Conocer la distribución geográfica de la gráfica informatizada en las UCIs españolas.
- Conocer los beneficios que aporta la informatización en las UCIs frente al papel según la evidencia.
- Describir que funcionalidades y retos quedan pendientes en las UCIs en referencia al tema en cuestión.

Material y métodos

Se seleccionaron las UCIs de los hospitales con mayor número de camas por provincias, en algunas provincias más de uno, en base al Catálogo Nacional de Hospitales 2018, publicado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

La información se recopiló a través de entrevista telefónica con 1 enfermera que estaba trabajando en las UCIs seleccionadas en ese momento, la encuesta se hizo durante el mes de Mayo de 2019. En la encuesta se preguntaba:

¿Gráfica informatizada o papel? Si era informatizada ¿qué programa específico?

¿Uso de programas informatizados de hospitalización? Si era afirmativa ¿qué programa?

Si gráfica informatizada ¿tiene el plan de cuidados de Enfermería integrado?

Se hizo una búsqueda bibliográfica a través de Pubmed para determinar los beneficios de la gráfica e historia clínica informatizadas en UCI frente a las de papel en aquellos trabajos que así lo evidenciaban.

Resultados

De las 68 UCIs encuestadas 36 trabajaban con papel y 32 tenían gráfica informatizada.

De las 36 con gráfica en papel, 22 aplicaban algún programa de hospitalización no específico de UCI y 14 trabajaban en papel todo, desde peticiones a registros de constantes.

Los principales programas específicos de UCI en las UCIs informatizadas eran ICCA de Philips SA y Metavision de iMDsoft.

Conclusiones

Los beneficios de la gráfica informatizada frente a la de papel según la evidencia son un aumento de eficiencia del equipo asistencial, un registro superior, una opinión favorable por parte de la enfermería frente al registro bolígrafo-papel, un tiempo igual de atención directa al paciente, una mayor productividad y un aumento del tiempo destinado a los registros de Enfermería.

Como retos pendientes estaban la implantación generalizada, desarrollo de las potencialidades reales de los programas en procesos estandarizados, informes de calidad y plan de cuidados. Preparación para investigación e Internet de las cosas.

USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA

AUTORES

Elena Regaira Martínez¹; A Ojer Perea²; A Arregui Azagra³; L Lecumberri Lanz⁴; M Vázquez Calatayud⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Clínica Universidad de Navarra.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 2. Transformación digital del sistema sanitario

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Luces y sombras de la transformación Digital

RESUMEN

Justificación

El uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) entre los profesionales de enfermería supone un impulso en relación al uso de registros electrónicos de pacientes y otros recursos institucionales y clínicos digitales. A pesar de ello, existe un vacío en la literatura acerca de cómo ven y utilizan las TIC los profesionales de enfermería y el impacto en su vida laboral.

Objetivos

- Describir el uso que hacen los profesionales de enfermería de las TIC
- Identificar los factores que pueden influir en su uso

Material y métodos

Estudio descriptivo prospectivo. Encuesta online de 15 preguntas (14 cerradas y 1 abierta). Muestra: todos los profesionales de enfermería del hospital con al menos 1 año de antigüedad laboral. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS 20.0, empleando estadística descriptiva e inferencial. Además, se realizó análisis de contenido de la pregunta abierta acerca de las preferencias de difusión en las redes sociales a nivel profesional.

Resultados

Respondieron a la encuesta 264 profesionales (24%). La mayoría estaban entre los 35-44 años (30,4%) y los 45-54 (31,9%). El 61,4% de los encuestados refirió saber manejar el ordenador y navegar por internet y el 37,1% sabía incluso instalar un programa y manejar nuevas tecnologías. Los dispositivos más utilizados para conectarse a internet fueron el móvil (86%), el ordenador (64,4%) y la tablet (47,7%). No hubo diferencias significativas entre la edad y el nivel de informática ($p=0,566$) o el dispositivo utilizado habitualmente ($p=0,263$). Sin embargo, las hubo entre el nivel de informática y la profesión ($p=0,009$).

Entre los usos más habituales se encontraban el WhatsApp (89,8%), consulta de noticias en internet (80,7%), correo electrónico (78,8%) y Formación online (87,5%). Por el contrario, 55,3% nunca había utilizado Instagram, 67,8% Twitter y 78,4% los blogs relacionados con la profesión. El 92,8% utilizaba herramientas digitales en el trabajo. Destacaban: la intranet (93,6%) y el correo corporativo (93,2%). El 41,2% utilizaba bases de datos electrónicas y 26,9% la biblioteca virtual. Más de la mitad no conocía el nuevo perfil de Twitter de enfermería del hospital. Del 43% que sí lo conocían, lo seguían el 17,6%.

Las ventajas destacadas fueron que las TIC permiten acceder a la información de manera rápida (82,8%), estar más actualizado de lo que sucede en el hospital (80,4%) y facilita la comunicación entre los profesionales (71,6%).

Entre los temas sugeridos a difundir en las redes sociales estaba el trabajo diario y la aportación en la atención al paciente, los logros y acontecimientos en la profesión y temas relacionados con congresos, investigación, becas.

Conclusiones

Potenciar el uso de las TIC entre los profesionales de la salud y el apoyo institucional es fundamental, ya que estas herramientas son cada vez un recurso más utilizado y valorado en la práctica clínica.

Es necesario desarrollar estrategias para solventar los obstáculos de los profesionales de enfermería en el uso de las TIC.

PLAN FORMATIVO DE SIMULACIÓN EN LA FORMACIÓN EIR DE PEDIATRÍA: DOCENCIA CON DISTINTIVO PROPIO

AUTORES

NEREA RUIZ GARCIA¹; M DELGADO SAN MARTÍN²; I ARAGÓN GOMEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ¹.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

La formación especializada, pilar estratégico de nuestro centro, de larga tradición docente, nos invita a adoptar los mejores métodos que distingan nuestro modelo formativo.

La simulación se postula como la gran aliada de la formación especializada. Por ello, estructuramos un plan de formación basado en simulación técnica y talleres teórico prácticos, como complemento a la formación EIR reglada, en la especialidad de Enfermería Pediátrica, bajo la supervisión y el apoyo de nuestra dirección de docencia especializada y de los profesionales de enfermería de la unidad pediátrica y neonatal.

Objetivos

- Optimizar el proceso de aprendizaje del EIR
- Ofertar una propuesta docente con distintivo propio
- Implicar al equipo asistencial en la colaboración docente especializada
- Priorizar la seguridad del paciente ante toda actividad docente
- Actualización constante de conocimiento teórico- práctico tanto para los profesionales en formación, como para la plantilla

Material y métodos

Estructuramos un plan formativo dinámico, calendarizado de forma paralela y coordinada con las diferentes rotaciones en los dos años de la especialidad: talleres de conocimientos teóricos fundamentales para enfrentar cada rotación, y talleres de simulación de técnicas. De este modo, conseguimos experiencia y destreza previas a la labor asistencial, priorizando la seguridad del paciente.

Los talleres son impartidos por especialistas del equipo de enfermería pediátrica, implicados en docencia, y se evalúan por el tutor y/o supervisor de enfermería de la unidad, en simulacros guiados (paciente estandarizado) en los que participan representantes de cada grupo asistencial, y en una prueba objetiva final cada curso.

Resultados

- Integración rápida del EIR al equipo asistencial
- Capacidad autocrítica y reconocimiento de las propias limitaciones por parte del EIR
- Adquisición de iniciativa y seguridad en técnicas
- Implicación del equipo, tanto como colaboradores docentes, como profesionales con necesidades formativas, consiguiendo un modelo dinámico en cuanto a contenido, técnicas y participantes
- Nota media 9.8 en el primer año de residencia con el plan implantado

Conclusiones

Todo aquello que suma conocimiento y destreza técnica, bajo la máxima de la seguridad del paciente, es un extra en un plan formativo. Si además contamos con un equipo implicado, de gran tradición docente, que asume sus fortalezas y debilidades formativas, obtenemos un plan que repercute positivamente tanto en los residentes, como en el resto del equipo asistencial, mejorando la calidad de nuestra labor profesional.

La implicación docente del equipo, la mejora de la seguridad a la hora de abordar técnicas y la propia satisfacción del residente al respecto, nos animan a mejorar nuestro plan cada día, para ofertar un modelo formativo en enfermería pediátrica, más competitivo.

TRABAJO EN EQUIPO PARA LA GESTIÓN DEL APRENDIZAJE A TRAVÉS DE DISCREPANCIAS EN LOS INFORMES RADIOLÓGICOS

AUTORES

Marta Serrallonga Mercader¹; N Fullerton².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari de Vic¹; INS - Queen Elizabeth Hospital².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Aceptando que las discrepancias existen, y que no siempre son errores, el hecho de reconocerlas y de indagar sobre el porqué de las mismas puede ser útil para categorizarlas, fomentar el trabajo en equipo y evitar que se repitan. Una cultura de aprendizaje compartido, con reflexión personal sobre nuestros actos cotidianos y los de los demás, debería ser un punto importante para mejorar nuestro desarrollo y competencia profesional, y así garantizar mejoras en la calidad asistencial.

Objetivos

Aceptar que, como seres humanos, los radiólogos nos equivocamos, y que las discrepancias en los informes son inevitables.

Entender que no todas las discrepancias son errores y evitar culpabilizar.

Considerar las opiniones distintas a la nuestra.

Tomar consciencia del valor ético de minimizar errores y su repetición, aprendiendo de los mismos.

Mostrar la organización de la gestión periódica de Sesiones Clínicas de Aprendizaje a través de Discrepancias (SCAD).

Material y métodos

Presentamos la metodología de trabajo en equipo para la gestión de discrepancias en los informes radiológicos basado en los estándares del Royal College of Radiologists (RCR).

Para el desarrollo de las mismas los pasos son: recogida de datos, clasificación de los distintos tipos de discrepancias, organización y roles de los participantes, obtención de consenso, elaboración del acta y acciones a tomar después de cada sesión.

Resultados

Lo que este sistema consigue es fomentar el trabajo en equipo para la gestión de las discrepancias. A través del aprendizaje compartido, en el anonimato, evitando culpabilizar y sin centrarse en la opinión discordante, se categorizan las distintas opiniones y se analizan las situaciones que producen los desacuerdos. Se emite feedback confidencial tanto a quienes firmaron los informes como a los facultativos responsables de los pacientes. Además, se envía el acta

RESUMEN de la sesión a la sección docente del RCR, que tendrá en cuenta su contenido para la revisión periódica de las Líneas Guía de temas de calidad.

Conclusiones

Aceptando que las discrepancias existen, y que no siempre son errores, el hecho de reconocerlas y trabajar en SCAD para indagar por qué se producen puede ser útil para categorizarlas, fomentar el trabajo en equipo y evitar que se repitan. Una cultura de aprendizaje compartido, con reflexión personal y colectiva sobre nuestros actos cotidianos y los de los demás, debería ser un punto importante para mejorar nuestro desarrollo y competencia profesional, y así garantizar mejoras en la calidad asistencial.

DISMINUIR EL TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD DE LA ANALÍTICA Y LA TOMA DE LA MUESTRA SANGUÍNEA EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES

PURIFICACIÓN MAGÁN TAPIA¹; M MARTÍNEZ PIÉDROLA²; MJ ALFONSO FUERTES³; AB MELGAR BORREGO⁴; M GARROTE GARCÍA⁵; S GACRÍA MADROÑAL⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CS.PAVONES¹; Dirección Técnica de Docencia e Investigación. GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA²; CS. PAVONES³; CS. PAVONES⁴; CS. PAVONES⁵; CS. PAVONES⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

En octubre del 2015, mediante grupo nominal se seleccionó como oportunidad de mejora disminuir el tiempo de demora en la citación de analíticas en un centro de salud (CS). La media de analíticas solicitadas al mes en el CS era de 736 frente a 618 del Área Sanitaria y de 636 en la Comunidad Autónoma. El porcentaje de pacientes citados que no acudían a la cita era del 15%. El tiempo de demora en la extracción era 12,76 días naturales en marzo de 2015

Objetivos

Disminuir el tiempo de espera entre la solicitud de la prueba y la extracción a 10 días naturales. Secundario: reducir el porcentaje de ausencias al 10%

Material y métodos

se formó un grupo de mejora multiprofesional y se aplicó la metodología de mejora continua (PDCA). Se realizó un análisis causa-raíz, que evidenció los principales problemas. Se identificaron 13 causas modificables. Se propusieron 18 acciones de mejora las cuales todas fueron priorizadas, si bien 7 fueron consideradas como recomendaciones y se agruparon para poder obtener un indicador que permitiese su medición; se estableció un cronograma a desarrollar en 6 meses. Se estableció un Plan de Acción con 15 intervenciones: en el primer mes se realizó: formación a la auxiliar de enfermería sobre el etiquetado de las muestras y tubos; para médicos y enfermeras se trabajó en la mejora del conocimiento de los servicios de la cartera de atención primaria a pacientes crónicos y los criterios de buena atención relativos a controles analíticos (3 sesiones formativas y diseño de un díptico con la información más relevante); se elaboró un cartel recordando a los pacientes la necesidad de anular la cita si no podían acudir; se diseñó y difundió una hoja para pacientes indicándoles las condiciones para realizarse la analítica y la necesidad de anular la cita si no pudieran acudir. Aquellas acciones que tardaron más en implantarse fueron las que no dependían de los profesionales del CS: recibir un nuevo ordenador, validación de los documentos que debían ser entregados a los pacientes, etc

Resultados

Se produjo una reducción gradual en la demora en la citación de analíticas siendo de 14,11 días naturales en marzo de 2016 (había aumentado respecto al año anterior pero incluía la Semana Santa), de 10 días en marzo de 2017 y de 9 días en septiembre de 2017. Durante tres años consecutivos, en septiembre, se ha monitorizado el objetivo de disminuir el porcentaje de ausencias al 10%: en 2015 fue del 12,40%, en 2016 del 10,28% y en 2017 del 11,5%.

El proyecto ha sido reconocido, en nuestra Comunidad Autónoma, pasando a formar parte del banco de proyectos de calidad de Atención Primaria Q_AP

Conclusiones

Abordar un proyecto de mejora, con metodología de calidad, por un grupo interdisciplinar con un alto grado de participación y trabajo, de forma continua, favorece la consecución del objetivo fijado. Es importante formar y motivar a los profesionales sanitarios para que aborden, con metodología de calidad, problemas diarios de sus centros de trabajo

ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS EN ACCESOS VENOSOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES, MODELO FORMATIVO UNIFICADO DE ENFERMERÍA

AUTORES

MONICA DELGADO SAN MARTIN¹; N RUIZ GARCIA²; I ARAGON GOMEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

La terapia intravenosa es la administración de sustancias líquidas directamente en una vena a través de un catéter permitiendo el acceso inmediato al torrente sanguíneo. Es el medio más rápido para aportar soluciones y fármacos, siendo además, la única vía de administración para algunos tratamientos. Es imprescindible en el manejo del paciente pediátrico y neonatal hospitalizado, sobre todo en los pacientes críticos, crónicos, agudos y cada vez más, en el manejo del paciente ambulante. Para ello es imprescindible conocer y manejar los diferentes tipos de catéteres venosos existentes de corta, media y larga duración así como su inserción, mantenimiento y cuidados. Para ello es imprescindible unificar protocolos de actuación en todas las unidades pediátricas y neonatales.

Objetivos

Unificar los cuidados para conseguir tener los mismos criterios en todas las unidades de pediatría y neonaología del la red de hospitales del grupo con la finalidad de trabajar de la misma manera. Utilizar en su desempeño profesional los conocimientos necesarios y aplicar la mejor práctica clínica, basada en la evidencia, a los pacientes pediátricos y neonatales que necesiten un acceso vascular de cualquier tipo. Actuar conforme a los criterios y los procedimientos vigentes para la administración de la Terapia Intravenosa, utilizando como base fundamental las diferentes recomendaciones de instituciones y sociedades científicas creadas para tal fin. Prolongar la permanencia del catéter en el tiempo en las mejores condiciones posibles y detectando precozmente las posibles complicaciones derivadas de la terapia intravenosa

Material y métodos

FORMATO: presencial, en jornadas de 5 horas donde 1 hora es teórica y 4 horas prácticas.

AFORO: 20 alumnos.

HORARIO: Adecuado al centro (sesión de mañana o tarde).

PERFIL DOCENTE: 4 enfermeras de equipo de terapia intravenosa pediátrica de 2 hospitales del grupo, 2 de cada centro.

DESTINATARIOS: enfermeras de unidades de hospitalización, UCIs y hospital de día de pediatría y neonatos.

DURACIÓN: Inicio: junio 2018 y fin junio 2019.

Resultados

Sesiones: 42 talleres

Centros: 31 hospitales del grupo

Alumnos: Aunque la estimación fue de 840 enfermeras la asistencia en algunos centros fue menor de la esperada y finalmente se ha formado a 723 personas.

Evaluación: mediante encuestas validadas de satisfacción. Se han recogido 321 encuestas. EVA 9/10.

Conclusiones

Mediante estos cursos hemos conseguido poner a disposición de la enfermería pediátrica una herramienta que sirva para sistematizar las cuestiones más habituales que se les presentan a los profesionales sanitarios cuando se encuentran ante una terapia intravenosa con un niño. Los alumnos son capaces de recoger el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, la canalización, los cuidados de mantenimiento y el manejo de las complicaciones; de esta forma, se facilita su consulta individual, y sobre todo el conocimiento colectivo respecto de cada fase de la terapia intravenosa.

IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO DE UN PROTOCOLO DE NUTRICIÓN PARENTERAL NEONATAL

AUTORES

MARINA SÁEZ BELLÓ¹; D GÓMEZ HERRERO²; J MIRANDA MALLEA³; S MARTÍNEZ ARENAS⁴; A FERNÁNDEZ LÓPEZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

VITHAS Hospital NISA 9 de Octubre.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

En recién nacidos pretérmino (RNPT) la nutrición parenteral neonatal (NPN) precoz (en las primeras 24 horas) se indica con grado de evidencia 1, según la Sociedad Española de Neonatología, a fin de evitar la desnutrición temprana. En este contexto, en el que las NPN se relacionan con una elevada incidencia de errores, así como con un elevado riesgo de contaminación microbiológica y de inestabilidad físico – química, la protocolización resulta fundamental.

Objetivos

Evaluar el impacto asistencial y económico de un protocolo de NPN, en pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Intensiva Neonatal (UCINEO) en un hospital general privado.

Material y métodos

Tras la revisión bibliográfica y en consenso con la UCINEO, se diseñó un algoritmo de tratamiento con NPN en el que, entre otros condicionantes, se recogió la disponibilidad de facultativo especialista en farmacia hospitalaria en el centro. En dicho algoritmo se recogieron las siguientes presentaciones:

- NPN estandarizadas disponibles en stock en el SF: a) de preparación externalizada; b) preparada en el Servicio de Farmacia (SF), ante falta de disponibilidad de la NPN de preparación externalizada; y c) tricameral comercial (Numeta G13%E®), con indicación en recién nacidos prematuros.
- NPN individualizada: a) de preparación externalizada, siempre y cuando la dosificación de la NPN pudiera anticiparse con >24 horas de antelación de días laborables; y b) preparada en el SF, siempre y cuando no pudiera anticiparse.

Las variables recogidas fueron las unidades administradas y desechadas de cada presentación en el periodo del 11/17 al 04/18, así como los costes unitarios de cada una de ellas. En el caso del cálculo del coste de la NPN preparada en el SF se estimó según el concierto entre la Generalitat Valenciana y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Resultados

- Estandarizadas.
 - a) NPN de preparación externalizada (50,96€/unidad): 50,7% (70/138) unidades administradas (3.567,20 €) y 49,3% (68/138) desechadas (3.465,28 €).
 - b) NPN preparada en el SF (41,90€/unidad): 100% (10/10) de unidades administradas (419 €).
 - c) NPN tricameral comercial (81,12€/unidad): 100% (14/14) de unidades administradas (1.135,68 €).
- Individualizada.
 - a) NPN de preparación externalizada (61,36€/unidad): 88,8% (301/339) de unidades administradas (18.469,36 €) y 11,2% (38/339) desechadas (2.331,68 €).
 - b) NPN preparada en el SF (46,77€/unidad): 95,5% (150/157) de unidades administradas (7.015,50 €) y 4,4% (7/157) desechadas (327,39 €).

Conclusiones

La combinación de NPN individualizada y estandarizada, externalizando o no la preparación de la misma, cubre el 100% de las necesidades nutricionales de pacientes ingresados en UCINEO, aportando flexibilidad en cuanto a la disponibilidad de tratamiento de forma ininterrumpida. Sin embargo, la externalización de los servicios supone desechar un 17% de las presentaciones (113 unidades) con un incremento del 17% del gasto (6.124 €).

¿NECESITO UN PROTECTOR DE ESTÓMAGO?

AUTORES

YOLANDA CAULES TICOULAT¹; S RODRIGUEZ ARIZA²; N BRIZZOLA ANDREINI³; J LEON CASTRO⁴; J DE MAGRIÑÀ CARAMUNT⁵; C RAMBLA VIDAL⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CAP SARRO ROSET.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El consumo de IBP en nuestro entorno tiene una tendencia creciente y supera en un 50% la mediana Europea. Tanto en la atención primaria de salud como en la atención hospitalaria se ha producido un aumento de la prescripción de medicamentos antiulcerosos en los últimos años, principalmente a costa de los inhibidores de la bomba de protones (IBP).

La utilidad de los IBP no se centra solo en el tratamiento de ciertas patologías sino en la gastroprotección como prevención secundaria. Es conocido el inadecuado uso de estos tratamientos en la gastroprotección que actualmente se puede medir a través del Estándar de calidad asistencial (EQA indicador sintético que mide la calidad de la atención a la población asignada de una área básica de salud)

Objetivos

Evitar el tratamiento inadecuado con IBP en pacientes sin indicación de gastroprotección.

Ayudar en la desprescripción de aquellos pacientes sin indicación.

Implicar a pacientes en su seguridad.

Material y métodos

Se creó un equipo de mejora, después de realizar un análisis ishikawa donde se determinaron las posibles causas, se realizó un análisis de matriz de soluciones para priorizar las intervenciones y crear un plan de acción.

A nivel de Profesionales: deberíamos trabajar la Codificación diagnóstica correcta, Correcta indicación de IBP y Pauta retirada ibp si no están bien indicados .., Mediante una sesión clínica general y sesiones individuales (lo que mejor valoraron los profesionales) para dar apoyo a los profesionales y ver donde podían mejorar. .

A nivel de pacientes: información al paciente sobre indicaciones y efectos adversos de la medicación mediante actividades comunitarias: Sesión comunitaria: 2 sesiones fuera del centro, Entradas en el blog de nuestro cap, trípticos en sesión, centro de salud y para dar des de consulta,..fomentando una actitud activa del paciente al conocer su tratamiento y así ayudándonos en su seguridad.....

Resultados

Se determinó Indicador asistencial del EQA (inadecuación de la prevención de la gastropatía con IBP)Partíamos del basal: en junio del 2018, en nuestro centro 535 pacientes (50,66%) no tenían indicación correcta de gastroprotección, del total de 1056 pacientes que tenían prescrito el IBP como gastroprotección.

Después de nuestra actuación: enero 2019 había bajado a 45.68%. (492 tenían prescrito el Ibp como gastroprotección.)

Conclusiones

Al mejorar indicador evitamos el tratamiento inadecuado con IBP en pacientes sin indicación de gastroprotección.

Se debería insistir en las actuaciones y volver a evaluar para analizar si realmente se trataba de una falta de codificación o un incorrecta indicación También deberíamos seguir ayudando a los profesionales en la desprescripción del tratamiento (No toda la medicación que tiene el paciente es para siempre, debemos preguntar lo necesita,).

Y hemos seguir con la implicación de los pacientes para que tengan una actitud activa en su seguridad; conociendo su tratamiento(hasta cuando lo debo tomar, tiene efectos secundarios,).

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN OPERACIONAL DE LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA.

AUTORES

ELENA ALTARRIBAS BOLSA¹; I BARRASA VILLAR²; MP FUSTER DIESTE³; P IBAÑEZ TENAS⁴; A GUIJARRO CASADO⁵; MP CASCAN HERREROS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

La gestión de la información en los hospitales es un reto debido a la gran cantidad de información y al gran número de personas que participan en las funciones organizativas. La gestión de la información desempeña un papel importante en la prestación de atención y puede mejorarse con la tecnología de la información y la comunicación. La toma de decisiones directivas ocurre en niveles estratégicos, tácticos y operativos. Según Murtola et al (2013) los principales hallazgos que se han desarrollado son sistemas diferentes de información y comunicación para respaldar la gestión de la información de los directivos de enfermería; sin embargo, estos sistemas se centran principalmente en los niveles de decisión estratégicos y tácticos sin soporte de información en tiempo real y, además, la toma de decisiones operativas está débilmente apoyada.

En el mismo sentido, Peltonen et al, 2019, explican que los sistemas de información no apoyan suficientemente la toma de decisiones directivas enfermeras y que la información necesaria en la gestión operacional, del día a día en las unidades hospitalarias es desconocida. En los hospitales una decisión se toma normalmente sin mucho tiempo para buscar información o consejos. Por lo tanto, es imperativo que la información importante sea fácilmente accesible y en tiempo real.

Por estas razones y ante la falta de sistemas de información para la gestión operacional de enfermería en el Hospital Clínico Lozano Blesa nos planteamos desarrollar e implantar un sistema de información y comunicación para los directivos de enfermería (supervisores) que respalden su toma de decisiones.

Objetivos

Desarrollar e implantar un Sistema de Información para la Gestión Operacional de las Unidades de Enfermería.

Material y métodos

1. Definición de los componentes del sistema de información: Comunicación y resolución de incidencias "on-line", Contratos de Gestión en Unidades de Enfermería, Cuadro de mandos: Indicadores de Cuidados, Farmacia, Materiales, Personal, normativa RRHH y Reuniones de supervisión con equipo directivo

2. y estrategia de implantación.

Resultados

Logros: 1) Gestionar las incidencias diarias de forma accesible, inmediata en todas unidades de gestión enfermera (2018 N= 5.246); 2) Facilitar el conocimiento y aprendizaje a través del sistema de incidencias; 3) Difundir y alinear el trabajo enfermero con los objetivos del hospital; 4) Proporcionar información operativa para la gestión diaria enfermera; 5) Mejorar el trabajo en equipo y coordinación entre las unidades; 6) Unificar criterios sobre política de personal;

Indicadores de medida: a) Tiempo ganado por eliminación de tareas innecesarias $\hat{=}$ 700h/año; b) N° de unidades con cuadro de mandos online (suministros, farmacia, personal) 38/38=100%; c) 100% unidades con manual de normativa RRHH; y d) N° reuniones /año con cada equipo de supervisión y Dirección enfermería = 10.

Conclusiones

Desarrollo de un Sistema de Información para la Gestión Operacional de las Unidades de Enfermería.

PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA?

AUTORES

Albert Alum Bou¹; E Avellana Revuelta²; E Fages i Masmiquel³; F German Rebull⁴; S Rodriguez Requejo⁵; M Canet Ponsa⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Dirección Atención Primaria.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El aumento de la esperanza de vida conlleva también el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, así como un aumento de pacientes que debido a sus condiciones, necesitan ser atendidos en su domicilio, hecho que además nos facilita una valiosa información sobre el propio paciente y su entorno.

En 1996 surge en Cataluña el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM), cuyo documento se revisa y actualiza en 2010. Las actividades del programa deben dirigirse a la consecución de objetivos específicos establecidos para cada paciente, incorporar actividades asistenciales y también de prevención y promoción de la salud, así como de mejora funcional.

La frecuencia de las visitas domiciliarias viene determinada por el tiempo máximo establecido para la consecución de los objetivos del paciente y por la situación de salud.

Al analizar los indicadores incluidos en el programa ATDOM en 2017, detectamos que constituía una clara oportunidad de mejora en nuestros equipos, tanto por la baja prevalencia de pacientes en ATDOM, como por los resultados obtenidos en los indicadores de calidad asistencial relacionados con dicho programa.

Objetivos

- Optimizar la prevalencia de los pacientes mayores de 74 años incluidos en el programa ATDOM.
- Mejora de la calidad asistencial de las visitas incluidas en el programa ATDOM.

Material y métodos

Para conseguir los objetivos mencionados se incluyó en el contrato de gestión de nuestros Equipos de Atención Primaria (EAP) una acción de mejora alrededor de la mejora asistencial de este programa. Cada EAP debía redactar su plan funcional respecto al ATDOM, donde debía constar como se llevaría a cabo la atención de los pacientes incluidos en el programa, garantizando unos criterios mínimos de calidad (mínimo una visita anual por parte de su referente asistencial (médico de familia, enfermera o gestora de caso) y la elaboración y correcto registro de una valoración geriátrica integral, o bien un plan de curas, o bien un Plan de Intervención Individual Compartido (PIIC).

Resultados

La prevalencia de pacientes incluidos en el programa ATDOM pasó del 8,8% en diciembre del 2017 a 9,7% en diciembre de 2018.

Hemos mejorado la mayoría de los indicadores incluidos en el programa ATDOM desde el 2015:

- valoración geriátrica de 85,1% a 94,1%
- valoración del riesgo de úlceras por presión de 77,5% a 70,9%
- conseguir un ambiente seguro en el hogar de 71,7% a 78%
- valoración de la sobrecarga del cuidador del paciente ATDOM de 58,1% a 72,5%

El porcentaje de pacientes asignados y atendidos, mayores de 74 años, incluidos en el programa ATDOM y que son atendidos con criterios de calidad, han pasado de 8,4% de mediana en el 2017 a 95,5% en el 2018.

Conclusiones

La formación, junto con el trabajo en equipo para diseñar como llevar a cabo la atención domiciliaria y la participación de todos los profesionales referentes del paciente, y la inclusión de objetivos en el contrato de gestión mejoran los resultados incluidos en el programa ATDOM.

PLAN DE MEJORA DE ACTIVIDAD DOMICILIARIA (ATDOM) DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) SANT FELIU DE GUÍXOLS

AUTORES

SORAYA VENTURA MUÑOZ¹; J GRIÑON TOLEDO²; M VERGÉS COSTA³; R FITÓ TARRAGÓ⁴; J LLENAS MOURE⁵; R TENA RODRÍGUEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ABS SANT FELIU DE GUÍXOLS.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El aumento de la esperanza de vida, ha supuesto un progresivo envejecimiento de la población, con necesidades de salud crecientes y cada vez más complejas, que hay que satisfacer desde la Atención Primaria. Si a eso les sumamos que nuestro equipo en 2015 mostraba uno de los índices de actividad domiciliaria más bajos de la provincia, se hacía imprescindible abordar una línea de trabajo específico para mejorar la calidad de la atención domiciliaria.

Objetivos

Conocer las principales causas que justifican el bajo número de visitas domiciliarias.

Aumentar la detección de los pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa ATDOM.

Aumentar el número de domicilios programados y disminuir el número de incidencias en relación a los domicilios espontáneos.

Material y métodos

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinario que trabaja con una metodología estructurada de calidad. Se realiza un Brainstorming para elaborar una lista inicial de posibles causas. Se elabora un diagrama de Ishikawa, una posterior priorización simple de las causas, y una segunda priorización utilizando el método de Hanlon. El grupo de trabajo concluye que los dos problemas sobre los que hay que incidir son: crear una rueda de enfermería domiciliaria más funcional, y promover una cultura proactiva en relación a la atención domiciliaria.

Finalmente se plantean acciones de mejora relacionadas con estos dos problemas contando con la participación de todo el equipo:

Se revisó el procedimiento del circuito de la demanda aguda.

Se presentó en reiteradas reuniones de EAP los registros de actividad domiciliaria, para fomentar la atención domiciliaria del equipo.

Se realizaron cambios en las agendas de trabajo diario, dividiéndolas en dos tramos iguales: domicilios y visitas presenciales.

Se impartió por parte la Universidad de Vic, un curso de cronicidad y decisiones complejas.

Se revisó el procedimiento de gestión de la demanda domiciliaria, donde se incorporó un cuadro organizativo funcional.

Se realizaron sesiones conjuntas de trabajo entre las enfermeras gestoras de casos y los diferentes equipos para tratar a los pacientes ATDOM.

Las Referentes de Calidad realizaron una infografía que se presentó al equipo directivo y que está pendiente de evaluación y aprobación.

Resultados

En la comparativa realizada entre 2015 y 2018, el porcentaje de atención domiciliaria respecto al total de visitas en las consultas de Medicina de Familia se ha incrementado discretamente, pasando de un 0.8% a un 1% del total de las visitas realizadas. En el caso de enfermería también se observa un incremento, pasando en este caso 4,8% a un 5.27%.

Conclusiones

Con éste plan de mejora hemos abierto una línea de trabajo que nos debe llevar a aumentar la actividad domiciliaria y a propiciar un cambio de la mentalidad del equipo en relación a la atención domiciliaria. Los resultados muestran una ligera mejoría en este sentido, será necesario seguir planificando acciones para solidificar y dar continuidad a las mejoras implementadas.

EVOLUCIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA (CA)

AUTORES

Carmen Ruiz-Tuñón¹; A Lopez-Romero²; S Ruiz-Alonso³; N Pertierra-Galindo⁴; P Cañones-Garzón⁵; JL Sánchez-Suarez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Uno de los retos principales de los sistemas sanitarios procede del nuevo papel del ciudadano que solicita más información sobre su estado de salud, ejercer su autonomía y elección, poder disponer de la mayor calidad asistencial y prestaciones. El modelo de implantación de ecografía en AP en una CA, como instrumento innovador de gestión clínica, involucrando a gestores, clínicos y usuarios, refleja dicha transformación aumentando la capacidad resolutoria del profesional para acercar la asistencia y los adelantos tecnológicos al punto de atención de la prestación del servicio

Objetivos

Describir la evolución de la gestión del modelo de implantación de ecografía en AP en una CA

Material y métodos

La gestión clínica de este modelo dinámico de implantación de la ecografía, impulsado por la Consejería, liderado por la Gerencia AP y respaldado por una Comisión de Ecografía, equipo multidisciplinar de profesionales de las sociedades científicas (SSCC), asistenciales y de Direcciones Técnicas, permite integrar a todas las partes implicadas para compartir conocimientos, ideas y abordar los principales problemas que surgen con mayor garantías de éxito

Resultados

Periodo de análisis 2009-2018:

- Adquisición 238 equipos; 80% centros sanitarios (CS) de AP están dotados de ecógrafos
- Disponibilidad de ultrasonografía en AP para más de 4 millones de usuarios
- Utilización ecografía en las consultas AP por casi 1400 médicos
- Gestión centralizada itinerario formativo en ecografía: más de 100 horas formación acreditada teórico-práctica; valoración global 8,5
 - Formación reglada: 227 cursos de diferentes modalidades dirigidos a médicos y residentes; 4.941 alumnos participantes
 - Formación complementaria: 313 actividades rotaciones por CS de AP, 148 rotaciones por hospitalaria y 114 programas de autoformación
- Gestión equipo 65 docentes de los grupos de ecografía de las SSCC y de hospitales
- Realización de casi 2000.000 estudios ecográficos en AP; la ecografía resolvió en 88% de los casos el motivo de consulta del paciente, requiriéndose otra prueba o confirmación diagnóstica en el 12% restante
- Detección de patología en un 40% de las ecografías realizadas; 60% carecen de alteraciones o no son significativas
- Organización seis Jornadas Ecografía de AP: más de 2.000 inscritos, 300 comunicaciones defendidas, 200 publicaciones; valoración global 8,6 y recomendación evento > 98%
- Creación Espacio Ecografía de AP formativo e informativo con más de 12.000 accesos anuales.

Conclusiones

La ecografía técnica segura, sencilla y rápida da respuesta a las necesidades de atención del paciente de AP, poniendo a disposición de los profesionales una prueba de orientación diagnóstica que optimiza el manejo y la derivación al siguiente nivel asistencial

La evolución de la implantación de la ecografía en esta CA pone de manifiesto que un modelo de gestión clínica debe ser dinámico, participativo, con representación de los actores implicados para obtener resultados en salud y conseguir la mayor satisfacción del usuario.

GESTOR INTEGRAL DE PROGRAMAS EN OSAKIDETZA. MODELO DE GESTIÓN AVANZADA DE RUTAS ASISTENCIALES

AUTORES

MAITE MADRID CONDE¹; M OGUETA LANA²; A ETXAGIBEL GALDOS³; JA SANCHO ESTERAS⁴; D SANTANO GARCÍA⁵; S RESINO SANTAMARÍA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSAKIDETZA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Osakidetza impulsa la atención sanitaria integrada a través de rutas asistenciales basadas en la evidencia, buenas prácticas y expectativas de los pacientes

Objetivos

Facilitar la continuidad y la toma de decisiones conjuntas entre todos los actores del proceso asistencial. Mejorar la calidad y seguridad a lo largo del continuo de atención en las rutas asistenciales. Empoderar al paciente y disponer del Plan individualizado de Tratamiento. Optimizar el uso de recursos

Material y métodos

Se desarrolla el Gestor Integral de Programas (GIP) como herramienta clave para la puesta en marcha de las rutas asistenciales. Se basa en la planificación de tareas, define las condiciones previas a generar la actividad, actividades a realizar y equipo que debe realizarlas y establece el momento, la periodicidad y el orden de ejecución de las mismas. Da cobertura a rutas para el abordaje asistencial a pacientes con patologías crónicas, incluido la gestión de programas ICHOM, de forma integral, consensuada y sistemática, a la Telemonitorización domiciliaria gestionando la información biomédica obtenida de forma automatizada en el entorno familiar y a programas de cribado y actividades preventivas como el Programa Poblacional de Cribado de Cáncer de Cérvix desde la perspectiva de reducción de las desigualdades sociales. Se integra con la Historia Clínica del Paciente, con la Carpeta de Salud del ciudadano y dispositivos de Telemonitorización. Permite trabajar con las mismas reglas. Genera avisos, automatismos y secuenciación de actividades que reducen la variabilidad clínica. Facilita la comunicación entre los miembros del equipo multidisciplinar a través de nuevos roles profesionales y con los pacientes a través de vías de comunicación no presencial

Resultados

El GIP permite una atención centrada en el paciente, aportando una visión global y compartida en cualquier nivel asistencial y desde cualquier punto del País Vasco. Incorpora en riguroso online la actividad presencial y no presencial de todos los profesionales, facilitando a los pacientes/cuidadores herramientas de empoderamiento, adaptando los circuitos y recursos asistenciales a las necesidades y generando el Plan Individualizado del Paciente. Potencia el papel de la Atención Primaria como elemento de integración y gestión del proceso asistencial en colectivos con mayores necesidades, refuerza el papel de la Atención Hospitalaria como referente de patologías complejas y procesos asistenciales que requieren alta especialización, impulsa el papel de la enfermería como gestora del seguimiento del paciente facilitando la atención en su lugar de residencia, mejora la seguridad en aquellos puntos críticos en la continuidad de la atención a la persona (ingreso, alta, traslados, etc.) y facilita al paciente la autogestión de su enfermedad

Conclusiones

Las rutas asistenciales a través de la gestión integral de programas dentro de la Historia Clínica Electrónica suponen el mayor avance en coordinación y continuidad asistencial en Osakidetza en las últimas décadas

CONTROLAR EL DOLOR: ¿UN RETO INALCANZABLE? CICLO DE MEJORA: DOLOR CERO EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

Maria Lucrecia Roca Oñate¹; T Bueso López²; S Navarro Condeminas³; M Ros Vilanova⁴; S Vizcaíno López⁵; O Monclús Pagès⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital de Sant Celoni.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El dolor es el síntoma más frecuente en las unidades de hospitalización.

Los profesionales sanitarios sin duda nos preocupamos por ofrecer a nuestros pacientes una atención de calidad, pero con frecuencia olvidamos un aspecto de la calidad percibida muy importante para el paciente: controlar su dolor.

Objetivos

Evaluar y mejorar el control del dolor en pacientes hospitalizados mediante la implementación de un ciclo de mejora.

Material y métodos

Estudio prospectivo con dos cortes observacionales: pre y post intervención, en pacientes ingresados en un hospital de 40 camas. Se observaron los 3 turnos diarios con un intervalo de 10 días entre observaciones.

Variables analizadas:

1- Encuesta al paciente:

- Presencia de dolor
- Nivel de dolor (escala EVA)
- Interrogatorio del profesional acerca del dolor
- Aviso del paciente sobre el dolor

2- Datos extraídos de la Historia Clínica:

- Constancia del registro del dolor
- Registro por turnos y servicios
- Administración de analgesia en las últimas 3 horas
- Tipo de analgesia pautada (fija, móvil, mixta)

Acciones del Plan de Mejora:

Grupo multidisciplinar de trabajo

Implicación de todos los profesionales (médicos, enfermeros, farmacéuticos, auxiliares)

Implicación de pacientes y familiares

Revisión y aplicación de protocolos

Creación de paquetes de prescripción analgésica

Distribución y utilización de la escala EVA

Campaña de difusión: sesiones, carteles y trípticos para pacientes

Resultados

Se estudiaron 101 pacientes en el 1º corte y 118 en el 2º con los siguientes

Resultados

1. La prevalencia del dolor pasó del 48 % (45 pacientes) en el 1º corte, al 29% (34 pacientes) en el 2º y el nivel del dolor > igual a 3 pasó del 75 % al 18%.
2. También mejoró el registro del dolor en la Historia Clínica (89% al 93%).
3. Los profesionales interrogaron más acerca del dolor (54% al 71%)
4. Los pacientes en cambio avisaron menos cuando tenían dolor (41 a 35%)
5. El turno noche registró más dolor (38%) y los servicios médicos más que los quirúrgicos en ambos cortes.

Conclusiones

Hemos detectado que la falta de control del dolor en nuestro hospital es multicausal: pautas analgésicas insuficientes, infravaloración del dolor por parte de los profesionales y la interpretación errónea de los pacientes de que no deben avisar al ser el dolor parte de su enfermedad.

Un abordaje integral y multidisciplinar que incluyó no solo a profesionales de diferentes áreas sino a pacientes y familiares, nos permitió bajar los niveles de dolor de manera significativa, mejorar los registros y la anamnesis de los profesionales más sensibilizados con el tema en especial en el ambiente médico probablemente menos habituado que el quirúrgico a evaluar y tratar el dolor en general.

Nuestro lema: Todos somos pacientes. El trabajo continúa.

¿PUEDE LA METODOLOGIA LEAN AUMENTAR EL VALOR EN NEONATOLOGÍA?

AUTORES

Mayte Izco Urroz¹; E Sánchez Ortiz²; MD Salvia Roigés³; A Llupià García⁴; R Cortés Albuixech⁵; A Arranz Betegón⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínic de Barcelona.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

La metodología Lean es una filosofía que persigue la perfección, identificando todo lo que aporta valor para las personas y eliminando lo innecesario. Tiene sus orígenes en la firma Toyota, pero Lean Healthcare se puede aplicar a la sanidad para mejorar la calidad asistencial, producir mejores resultados y mejorar la calidad de vida de los profesionales de la sanidad. Lo que busca Lean es crear circuitos fluidos, flujos de trabajo que funcionen y eliminar actividades que no añadan valor.

En nuestro hospital de nivel III, en el 2017 y 2018, se realizaron 3083 y 3052 partos respectivamente. El servicio de neonatología dispone de 27 camas y en estos años tuvo un índice de ocupación del 86,6 % y 87,7 %.

Tras un brote de infección nosocomial por *Serratia marcescens* en el año 2017, se pensó que se podría aplicar algunas herramientas Lean para la mejora de procesos.

Objetivos

Reducir las infecciones nosocomiales en neonatología y mejorar procesos asistenciales.

Material y métodos

En marzo de 2018 reclutamos un equipo multidisciplinar con personas de diferentes áreas del hospital, que recibieron formación Lean. Se analizó el problema de la unidad mediante un A3 (herramienta de resolución de problemas). Se diseñó un mapa de flujo (VSM) del paciente desde que nace e ingresa en la unidad hasta que se va de alta para identificar los problemas y esperas del proceso. Se pidió a todo el personal del servicio que hicieran aportaciones al VSM. Se utilizaron otras herramientas como espaguetti para analizar las distancias recorridas y 5S para reorganizar el almacén. Tras analizar los datos recogidos, priorizamos puntos de mejora. También se incluyó al personal de limpieza en el equipo Lean, como parte fundamental para conseguir los objetivos, como el resto del personal recibieron formación. Se creó un protocolo específico de medidas de aislamiento en neonatología y se estandarizaron las tareas del personal de limpieza de la unidad.

Resultados

En el año 2017 se detectaron 24 casos de infección nosocomial por *Serratia marcescens*, 22 conjuntivitis y 2 sepsis, una de ellas muy grave, se acompañó de meningitis y el resultado final fue exitus; durante 2018 hubo 9 casos de infección por este germen, uno de ellos fue una sepsis sin inestabilidad hemodinámica y con resultado final de curación sin secuelas. En 2019 de momento no ha habido ningún caso de infección ni sepsis por esta bacteria.

Aplicando espaguetti en un proceso de enfermería para eliminar desperdicios, se ahorró tiempo (de 61,5seg a 7,2seg) y distancia recorrida antes de iniciar la preparación de la medicación (de 51,25 a 6 m). Empleando 5S para reorganización del almacén, se consiguió ganar espacio y que el material estuviera más accesible.

Conclusiones

El proyecto se encuentra en fase de desarrollo. Con las herramientas utilizadas (A3, VSM, espaguetti y 5S) se resolvieron problemas y se eliminaron desperdicios. En el caso concreto de transmisión de *Serratia marcescens* disminuyeron el número de casos, pero aún nos queda mucho camino por recorrer.

ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA VS. INTRAVENOSA. PREFERENCIA DE LOS PROFESIONALES E IMPACTO ECONÓMICO.

AUTORES

Maria Dolores Canales Siguero¹; S Cortijo Cascajares²; MP Goyache Goñi³; F Martínez de la Torre⁴; ML Ibarra Mira⁵; JM Ferrari Piquero⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital 12 de Octubre⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

La incorporación de formulaciones subcutáneas a la terapéutica de fármacos antineoplásicos administrados por vía intravenosa, requiere un análisis para comprobar cuál es la mejor en cuanto a la satisfacción del personal y el impacto económico.

Objetivos

Analizar la satisfacción del personal responsable de la preparación y administración de las formas subcutáneas (SC) de anticuerpos monoclonales respecto a intravenosas (IV).

Evaluar el impacto económico de las formas SC y el ahorro de tiempo de preparación y administración.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de dos años (mayo 2017-mayo 2019) en el que se incluyó a todos los pacientes tratados con rituximab SC (1400mg/11,7ml) y trastuzumab SC (600mg/5ml) a dosis fijas en un hospital de clase 5.

Para evaluar la satisfacción de los profesionales sanitarios, se encuestó al personal encargado de la preparación y administración.

Respecto al impacto económico se consideraron costes directos de adquisición del fármaco; comparándose el gasto en anticuerpos SC de los pacientes tratados, con el gasto hipotético si la administración hubiera sido IV. El cálculo se realizó a partir del PVL (sin IVA) de ambos, teniendo en cuenta la dosificación por superficie corporal (375mg/m² para rituximab) o peso (6 mg/kg para trastuzumab) y el aprovechamiento de viales para el cálculo de las dosis IV. Para evaluar el ahorro de tiempo de enfermería, se tuvo en cuenta el tiempo de administración según ficha técnica y se calculó el tiempo medio de preparación de las formas SC e IV.

Resultados

Se evaluó un total de 2881 administraciones en 394 pacientes, 195 tratados con rituximab SC y 199 con trastuzumab SC.

Se encuestó a 24 enfermeros, 14 encargados de la administración y 10 de la preparación. En cuanto a la preparación, el 90% preferían la formulación SC de trastuzumab y el 70% la preparación del rituximab SC, justificado por menor manipulación y no ser necesaria la reconstitución. Respecto a la administración, el 70% preferían la administración SC de trastuzumab debido al ahorro de tiempo y solo el 25% preferían la administración SC de rituximab debido a que se debe ejercer presión mantenida durante cinco minutos para administrar al elevado volumen (11,7 ml) de la formulación SC.

El gasto total en rituximab SC fue de 1.399.955,04€. Si la administración se hubiera realizado por vía IV, el gasto hubiera sido 1.308.395,02€. En cuanto al tiempo empleado enfermería, se ahorraron 1874,5h. El gasto total en trastuzumab SC fue de 3.289.209,76€. Si la administración se hubiera realizado por vía IV, el gasto hubiera sido 3.316.770,50€. En cuanto al tiempo empleado por enfermería, se ahorraron 1185,5h.

Conclusiones

Respecto a la satisfacción del personal de enfermería, en el caso de la preparación siempre se prefieren las formas SC pero en la administración solo cuando el volumen a administrar es pequeño.

La incorporación de las formas subcutáneas supuso un aumento del gasto pero un gran ahorro de tiempo de personal de enfermería.

ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS ASISTENCIAL Y ESTRUCTURAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN

AUTORES

Alicia Del Cura Bilbao¹; H López-Mendoza²; MD Zapatero González³; R Marrón Tundidor⁴; A Misiego Peral⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital U. Miguel Servet¹; Hospital Clínico U. Lozano Blesa²; Centro de Gestión Integrada del Proyectos Corporativos, Servicio Aragonés de Salud³; Centro de Gestión Integrada del Proyectos Corporativos, Servicio Aragonés de Salud⁴; Servicio Aragonés de Salud⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El análisis de los tiempos asistenciales es fundamental para realizar una correcta gestión de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH).

Objetivos

- Analizar la variabilidad del Tiempo Asistencial (TA) y Tiempo Estructural (TE) en función de hospital y mes.
- Analizar estos tiempos en el subgrupo de pacientes que ingresan.

Material y métodos

Se ha estudiado el total de las atenciones realizadas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) de Aragón en 2018 (600.512). Los tiempos del proceso se han agrupado en dos tramos: Tiempo asistencial (TA), desde la llegada al SUH hasta la decisión clínica (alta o ingreso) y el tiempo estructural (TE), desde la decisión clínica hasta el abandono físico del SUH. El análisis se ha realizado con el Data Ware House de Urgencias. Se han calculado los tiempos medios, por centro y mes. Realizando un análisis más exhaustivo en el grupo de pacientes a los que se les solicita ingreso.

Resultados

De las 600 512 atenciones en los SUH en 2018, el TA ha obtenido una media de 3,27 h y el TE de 0,87 h. Ambos se mantienen estables en los diferentes centros con pequeñas variaciones estacionales. Cuando la población analizada es la de pacientes que requieren INGRESO, el TA es 5,33 h con pocas variaciones y el TE, 4,82 h de media con variaciones relevantes en épocas epidémicas (aumento en los meses de invierno) y con picos en verano en algunos hospitales (Royo Villanova de Zaragoza, San Jorge de Huesca y Barbastro).

Conclusiones

El análisis del TA y el TE en el TOTAL de las atenciones realizadas objetiva que estos tiempos se mantienen estables, tanto a nivel estacional como por centro. Es en el análisis del grupo de pacientes que requieren ingreso donde se observan las variaciones más relevantes, alargándose ambas medidas, el TA se alarga, 2,06 horas con respecto al global, y el TE, 3,95 horas. Estos datos revelan que los pacientes que requieren ingreso hospitalario, por su mayor complejidad y consumo de pruebas, requieren un tiempo de decisión clínica mayor, y que el TE está sujeto a variabilidad estacional, siendo muy sensible a las dinámicas internas de funcionamiento del hospital, como es la disminución en la oferta de camas funcionantes y los cambios poblacionales como el desplazamiento de unas áreas de salud a otras de pacientes en época vacacional.

La gestión de los tiempos es uno de los pilares de la gestión en los SUH. La agrupación de tramos propuesta en este trabajo, permite optimizar la gestión de los SUH, especialmente el grupo de pacientes que van a requerir ingreso. Una de las causas fundamentales de la saturación de los SUH es el drenaje deficiente de estos pacientes. Tener herramientas que permitan monitorizar estos tiempos ayuda a la toma de decisiones y puesta en marcha medidas para prevenir disfunciones. En 2015 el Servicio Aragonés de Salud implementó un sistema de monitorización de estos tiempos, diario con dos cortes, que ha permitido monitorizar la situación de los SUH con el objetivo de implementar medidas correctivas.

ANÁLISIS DE LOS FLUJOS HORARIOS DE DEMANDA Y CENSO DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN

AUTORES

Héctor López-Mendoza¹; A Del Cura Bilbao²; R Marrón Tundidor³; MD Zapatero González⁴; A Misiego Peral⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico U. Lozano Blesa¹; Hospital U. Miguel Servet²; Centro de Gestión Integrada del Proyectos Corporativos, Servicio Aragonés de Salud³; Centro de Gestión Integrada del Proyectos Corporativos, Servicio Aragonés de Salud⁴; Servicio Aragonés de Salud⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El desarrollo de los sistemas de información (TIC) permite disponer de nuevas medidas e indicadores para la gestión de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Las causas de la saturación de los SUH son diversas e implican aspectos tanto intrínsecos, como externos. Uno de los factores que más influye en la saturación es la dificultad en el drenaje de los pacientes que requieren un ingreso hospitalario. Analizar los flujos de entrada y drenaje de los pacientes es fundamental para realizar una buena gestión del SUH.

Objetivos

- Analizar la demanda media horaria (DMH) y censo medio horario (CMH), y la relación entre ambas medidas de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), por centro y día de la semana.
- Proporcionar los estándares para un sistema de monitorización de los flujos.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo durante 2017 y 2018 en los SUH del Servicio Aragonés de Salud. Se ha calculado la demanda media horaria (DMH) y el censo medio horario (CMH), en general y en cada hospital. La DMH mide los pacientes que, en una hora determinada, acceden a los SUH. El CMH mide los pacientes que, en una hora determinada, están pendientes de alta.

Resultados

La DMH presenta 2 picos diarios, uno a las 12 y a las 5 pm. El CMH muestra un patrón similar pero con un rango de valores más amplio. Todos los hospitales presentan 2 picos de CMH a partir de las 12 pm; el pico máximo es a las 6 pm en la mayoría de ellos. El rango del CMH es 3 veces mayor que el de DMH (337 y 111 respectivamente), de forma general y en cada hospital.

El patrón difiere en función de si se trata de pacientes adultos, gestantes o niños. En niños, DMH y el CMH mantienen el patrón en 2 picos de forma similar a adultos. En 2017, la DMH y el CMH se solapan mientras que en 2018 presentan una razón de rangos similar a adultos.

El día de la semana con mayor DMH es el lunes de forma general.

Conclusiones

Para gestionar correctamente los SUH, es necesario tener en cuenta tanto el CMH como la DMH. La dificultad de ingreso, además de incrementar la ocupación, genera disfunción, que a su vez enlentece los procesos de atención iniciales. Es necesario estimar la proporción de pacientes del CMH que están a la espera de ingreso, y que, por tanto, presentan mayor dificultad de drenaje.

Este trabajo proporciona las bases de un sistema de monitorización de flujos que permita un mecanismo de alerta temprana de situaciones de saturación y una gestión óptima del personal de los SUH, y así evitar períodos de personal insuficiente cuando el censo medio horario suele ser elevado.

Son necesarias nuevas planificaciones en los SUH para afrontar con mayor volumen de personal los momentos con mayor CMH y así disminuir los momentos de saturación sostenida que dificultan la asistencia. Esto disminuiría los días con personal insuficiente para el CMH de los SUH y los días con picos de CMH. En este análisis es fundamental considerar los tiempos, asistencial y estructural, que los autores han desarrollado.

PROYECTO DE MEJORA DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

AUTORES

Gerardo Garzón González¹; A Diaz Holgado²; LM Parra Ramírez³; E Bartolomé Benito⁴; I Mediavilla Herrera⁵; M Hernández Pascual⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El Dolor crónico no oncológico (DCNO) afecta aproximadamente al 12-25% de la población española, con repercusiones negativas sobre la calidad de vida de los pacientes. En el 2015 se elaboró un protocolo clínico y un formulario en la Historia Clínica Electrónica en la CM. Se realizó un pilotaje previo y se generalizó a todos los centros. La medición de la utilización del protocolo a lo largo del 2018 sugiere una implantación mejorable,

Objetivos

Mejorar la implantación del protocolo de atención al dolor crónico no oncológico en AP.

Material y métodos

Se trabajó en tres líneas: 1. Actualización del protocolo clínico y priorización de actuaciones clínicas 2. Definición detallada de las intervenciones no farmacológicas y 3. Mejora de la implantación Cada línea fue trabajada por un grupo que tuvo entre 3-5 reuniones y utilizó herramientas para facilitar el acuerdo (votación múltiple, matriz de priorización por criterios). Se realizó una reunión final conjunta.

El grupo de la línea 1 definió un decálogo de actuaciones clínicas clave, así como las escalas, roles y seguimiento.

El grupo de intervenciones no farmacológicas trabajó en los circuitos de coordinación con fisioterapia y en las intervenciones básicas y avanzadas en consulta de enfermería;

El grupo de implantación, identificó en primer lugar las actuaciones clínicas que siendo prioritarias tenían baja implantación (clasificación del dolor, seguimiento proactivo en consulta de enfermería, valoración periódica de calidad de vida, funcionalidad e intensidad, adecuación del tratamiento al tipo e intensidad, intervenciones no farmacológicas y abordaje del dolor primario). Identificó las principales barreras y dificultades que explicasen esa baja implantación y generó acciones de mejora de la implantación centradas en un programa de autoformación "precocinada" en los centros y píldoras formativas periódicas sobre las actuaciones mencionadas, programas de educación para la salud, implantación en mancha de aceite, cambios y facilitadores en el formulario de HCE....

En el segundo trimestre de 2019 se están llevando a cabo las acciones para la implantación.

Se realizará una evaluación de la implantación durante los meses de julio a septiembre de 2019.

Resultados

Previos al proyecto: En el 2018, 457 pacientes tenían realizado y registrado el protocolo de atención al DCNO.

Posteriores a la puesta en marcha de las acciones de implantación: pendiente la medición en julio-septiembre.

Conclusiones

Según los resultados disponibles a final del verano.

MEDICAMENTOS PELIGROSOS: ARMONIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL

AUTORES

Xavier Teixidó Huertas¹; CJ Chiapella Mico²; M Guinovart Alemany³; M Vuelta Arce⁴; L Rebollo Canalejo⁵; E Rodríguez Gias⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El Sistema Nacional de Salud estableció seis líneas estratégicas para la seguridad del paciente para el período 2015-2020, entre las que se incluyen las prácticas clínicas seguras. Estas se definen como las intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo publicó en 2016 el primer documento sobre medicamentos peligrosos registrados en España, que define como aquellos que por su naturaleza pueden tener efectos nocivos en la salud de los trabajadores y por ello necesitan medidas específicas de prevención en su manejo. A partir de dicha publicación, se realizó una adecuación e implantación de dichas recomendaciones a nuestro entorno con el fin de conseguir una manipulación más segura de estos medicamentos. Se hace imprescindible alinear las prácticas clínicas seguras con las medidas preventivas en el uso de medicamentos peligrosos con el fin de garantizar tanto la seguridad del paciente como la del profesional y así evitar que las medidas de protección individual interfieran en procesos como la prevención y el control de la infección.

Objetivos

Describir el proceso de armonización de prácticas relacionadas con la seguridad del profesional y del paciente en la administración de medicamentos peligrosos.

Material y métodos

Se estableció un comité multidisciplinar (Riesgos Laborales, Medicina Preventiva, Farmacia y Enfermería) que definió y realizó las líneas de trabajo a desarrollar:

- Adecuación del proceso de administración de medicamentos peligrosos a las medidas de seguridad para el profesional.
- Adecuación del nuevo proceso a las recomendaciones de diversas organizaciones tanto nacionales como internacionales sobre seguridad del paciente en prevención y control de la infección asociadas a la asistencia sanitaria.
- Definición del espacio y el material necesario para realizar las tareas previas a la administración.

Resultados

Se redefinió el proceso de administración estableciendo:

- Un nuevo procedimiento normalizado de trabajo con soporte de vídeos tutoriales donde se visualiza paso a paso la forma de proceder para cada una de las situaciones posibles en las diferentes vías de administración.
- Alineación de la seguridad del profesional y del paciente trasladando, algunos procesos preparatorios de la administración, a pie de cama de paciente:
 - Higiene de manos.
 - Reforzar la importancia de la desinfección de conectores.
 - Colocación de EPI necesario según procedimiento.
 - Acondicionamiento de medicamentos con dispositivos de seguridad según procedimiento.

Conclusiones

El modelo de administración propuesto nos ha permitido simplificar procesos y alinear la seguridad del paciente con la seguridad laboral, al promover un uso correcto y más seguro de los dispositivos y equipos de seguridad, sin interferir en la prevención de la infección nosocomial.

GESTIÓN DE LA ESPERA HASTA TRIAJE: METODOLOGÍA LEAN Y AUDITORÍA MANCHESTER

AUTORES

MERCEDES ALBUERNE SELGAS¹; C PRIETO ANTON²; A SUAREZ FERNÁNDEZ³; MT DEL ARCO SOUSA⁴; T GARCIA RODRIGUEZ⁵; MI RODRIGUEZ RODRIGUEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTIN DE AVILES.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El triaje es un proceso que permite una gestión efectiva del riesgo clínico. Disponer de un sistema de triaje en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) es un criterio de calidad básico y un punto estratégico en los requisitos de acreditación y certificación.

El Sistema de Triage Manchester (MTS): método de triaje basado en algoritmos que en función de la queja del paciente, mediante unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas asigna un nivel de prioridad en consonancia con la urgencia clínica.

En el triaje la enfermera deber:

- identificar y colocar la pulsera identificativa
- Averiguar alertas (alergias, aislamientos y riesgos)
- Seguir el algoritmo adecuado al motivo de consulta. Temporalizarla.
- Elegir el diagrama acorde a la queja, el discriminador y la prioridad.
- Cumplimentar la escala del dolor y resto de ítems
- Asignar un circuito y un médico responsable
- Dar a los acompañantes las instrucciones para acceder con el paciente o esperar en la sala.

La aplicación informática del MTS, Alert/Manchester (AM) además de atribuir la prioridad de atención permite realizar auditorías de calidad y estudiar los tiempos y demoras en el proceso.

Objetivos

Conocer de los tiempos de Admisión-Triage y el cumplimiento de los estándares.

Valorar el tiempo medio empleado en el triaje y estudiar su correlación con la calidad auditada.

Identificar puntos de mejora.

Material y métodos

Alert-Manchester permite seleccionar aleatoriamente cinco episodios de cada triador en el periodo a auditar. La aplicación ofrece resultados estadísticos de los tiempos admisión-triage y triaje (medias). Las modas y desviaciones se obtienen del DATA de gestión del centro. Se realiza comparativa de los últimos 3 años para el análisis de tendencias.

Mediante un Value Stream Mapping (metodología LEAN) se visualiza el proceso para identificar las acciones sin valor añadido.

Resultados

Cuatro auditores acreditados (Grupo Español Triage Manchester) analizaron 395 episodios de 40 profesionales.

El tiempo medio de admisión-triage fue de 07'28" (mejora desde 10'en 2016, 9'52"en 2018), con desviaciones de hasta 50'. Recomendación de seguridad: no exceder 5

Los tiempos medios de triaje : 1'41"(estables: 1'47"-1'46" en años previos).

El VSM confirma que el triaje realizado por enfermería está altamente estandarizado y no se identifican acciones sin valor añadido.

38,4 % de los triadores: 100% de aciertos (22.5% en 2017)

Conclusiones

El proceso está bien estandarizado, realizándose por debajo del tiempo máximo exigido (3').

Esta celeridad no implica pérdida de calidad (mejora del 15,9% anual de forma mantenida), lo que atribuimos a la mayor experiencia y fidelización de la plantilla, y al trabajo del grupo de mejora del servicio.

Existe un importante riesgo de seguridad en las esperas de admisión a triaje.

El único margen de mejora, pasa por la instauración de doble triaje durante los picos asistenciales dotando de RRHH esta iniciativa.

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITÉ DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN AP: NECESIDAD DE PACIENTES, CUIDADORES Y PROFESIONALES

AUTORES

Aurora Barberá Martín¹; MA Díaz Sotero²; R Gómez Crego³; L Sevillano Palmero⁴; I García Ferradal⁵; ML Tello García⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Dirección Técnica de Procesos y Calidad/Gerencia Asistencial de Atención Primaria¹; Servicio de Prevención de Riesgos Laborales/ Gerencia Asistencial de Atención Primaria²; Servicio de Prevención de Riesgos Laborales/ Gerencia Asistencial de Atención Primaria³; Servicio de Farmacia Dirección Asistencial Sureste/Gerencia Asistencial de Atención Primaria⁴; Directora Asistencial Sur/ Gerencia Asistencial de Atención Primaria⁵; Gerente adjunta de Gestión y Servicios Generales/Gerencia Asistencial de Atención Primaria⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

En 2018 se produce en nuestra comunidad autónoma un cambio normativo en relación con la seguridad en la manipulación de Medicamentos Peligrosos (MP). Los medicamentos considerados como peligrosos son los antineoplásicos, carcinogénicos, teratogénicos, y los que pueden producir toxicidad reproductiva y toxicidad orgánica. En este contexto se detecta la necesidad de establecer medidas comunes en todos los centros sanitarios para minimizar la exposición a estos MP y garantizar unas condiciones óptimas de trabajo y de seguridad en el caso de su uso. La exposición puede darse tanto en la preparación, administración, eliminación, como en otras actividades de manejo de MP, por lo que puede afectar tanto a cuidadores, convivientes o acompañantes y profesionales. El ámbito de exposición puede ser un centro sanitario o el propio domicilio del paciente en el contexto de atención primaria. Todas estas variables requieren un abordaje integral para su manejo y una normalización de los procedimientos en los centros de AP. Para abordar este tema se estima necesaria la existencia de un comité en la Gerencia de Atención Primaria en el que estén representados los diferentes perfiles profesionales implicados.

Objetivos

Crear un comité estable y específico, y diseñar, elaborar e implantar el procedimiento de utilización y administración de medicamentos peligrosos en AP de una Comunidad.

Material y métodos

En enero de 2019 se constituye el Comité constituido por Gerente Adjunta de Gestión y Servicios Generales, Directores Técnicos y Asistenciales, farmacéuticos, técnicos de calidad, y representantes de los servicios de prevención de riesgos laborales. Se programan reuniones periódicas en las que se realiza un análisis de situación de todo lo relacionado con los MP y se inicia la elaboración de un procedimiento para proponer las actuaciones necesarias para garantizar la seguridad en la manipulación de MP en AP.

Resultados

Tras 6 meses de trabajo "online" y 5 reuniones presenciales, se elabora el Procedimiento Normalizado para Garantizar la Seguridad en la Manipulación de Medicamentos Peligrosos en AP que actualmente está en fase de revisión. En él se contemplan aspectos normativos, organizativos y materiales, además de establecer recomendaciones generales y de procedimientos específicos. Para el funcionamiento operativo del comité se elabora un Reglamento de Régimen Interno estableciendo la función de coordinar, impulsar y evaluar actividades relacionadas con recomendaciones en el manejo de MP.

El Procedimiento se implantará a lo largo del verano, estando prevista una línea formativa de la que esperamos tener resultados una vez se concluya.

Conclusiones

La constitución de un Comité que aglutina a perfiles profesionales relevantes de la organización junto a perfiles técnicos y asistenciales, supone un éxito al permitir alinear objetivos y asegurar la operatividad de las actuaciones. La elaboración del procedimientos normalizados homogeniza la actuación y aporta seguridad a profesionales sanitarios, pacientes y familiares.

MEJORA DE LA CODIFICACION DE LA ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA

AUTORES

Julio Rodenas-Checa¹; RM Alonso-Parra²; JA Bernal-Soto³; M Fernández-Carrascosa⁴; CM González-Herrera⁵; MM Vera-Lasheras⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Complejo Hospitalario Universitario Cartagena.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

La edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE-10-ES) del 2018, ha cambiado la forma de codificar la Hipertensión y enfermedad cardíaca respecto a la edición anterior.

La categoría I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva es código de combinación para las enfermedades cardíacas clasificadas bajo: I50 Insuficiencia cardíaca; I51.4 Miocarditis, no especificada; I51.5 Degeneración miocárdica; I51.7 Cardiomegalia; I51.81 Síndrome Takotsubo; I51.89 Otras enfermedades mal definidas cardíacas o I51.9 Enfermedad cardíaca, no especificada. Estas afecciones deben codificarse como relacionadas incluso en ausencia de documentación explícita que las asocie. Las mismas enfermedades del corazón (I50, I51.4-I51.9) con hipertensión, se codifican de forma separada si el clínico ha documentado específicamente causas diferentes para ellas.

La categoría I13 Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva, engloba los códigos de combinación para la presencia conjunta de cualquier trastorno clasificable en la categoría I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva, con otro clasificable en la categoría I12 Enfermedad renal crónica hipertensiva.

Objetivos

Mejorar la codificación de la Enfermedad cardíaca hipertensiva.

Material y métodos

Revisión de los registros codificados durante los 6 primeros meses de 2018 y recodificación según normativa vigente.

Búsqueda de registros codificados con I10 Hipertensión esencial (primaria) y (I50., I51.4-I51.9), y corrección de los errores según normativa vigente.

Resultados

Sobre 980 registros con cardiopatía hipertensiva, detectamos 244 posibles errores que tras revisarlos y recodificarlos, recuperamos 197 casos que estaban mal codificados. Un 18,98 % de errores.

149 casos de I10 Hipertensión esencial (primaria) se recodificaron a I11.0 Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca. 61,07 % de errores.

22 casos a I11.9 Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca. 9,02 % de errores.

16 casos a I13.* Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica. 6,56 % de errores.

En 6 casos sobraba un código de I10 ya que se había codificado además otro de cardiopatía hipertensiva. 2,46 % de errores.

En 54 casos ha habido además, un cambio de Diagnóstico Principal lo que supone un 22,13 % de errores.

Ha habido 48 casos en que la causa de la Insuficiencia cardíaca estaba explicitada debida a otra causa distinta a la hipertensión. Supone un 19,67 %. 18 a enfermedad coronaria, 16 debido a arritmias, 5 a miocardiopatía, 3 a sobrecarga de líquidos, 2 a patología valvular y 1 a hiperdinamia por hipoxemia, 1 a derrame pericárdico, 1 a anemia y otro a reducción de diuréticos.

Conclusiones

Es necesario hacer un control de calidad de la codificación, sobre todo cuando hay algún cambio de normativa.

Es conveniente explicitar la causa de la Insuficiencia cardíaca, si no es hipertensiva. De no explicitarse, se codificará como debida a hipertensión arterial.

¿PODEMOS IDENTIFICAR PACIENTES EN FINAL DE VIDA HOSPITALIZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN LA CAPACIDAD FUNCIONAL?

AUTORES

GALA SERRANO BERMÚDEZ¹; S LLORENS-TORROMÉ²; M LARRAZ SERRANO³; CP CUIDADOS PALIATIVOS⁴; A VIDAL MILLA⁵; J TRELIS NAVARRO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Nuestro instituto es un centro monográfico de cáncer que abarca: prevención, asistencia, docencia e investigación. El modelo de atención del Servicio de Cuidados (SCP) está centrado en el paciente, realizando una evaluación multidimensional. Como parte de esta evaluación se encuentra la de su capacidad funcional, que impacta directamente, tanto en su calidad de vida como en la atención requerida por su entorno socio-familiar. Actualmente, la mitad de los pacientes que atendemos en la Unidad de agudos fallecen durante el ingreso. Los profesionales que les atienden precisan de herramientas de fácil medida que les ayuden en la toma de decisiones y en la adecuación del nivel de intervención diagnóstico y terapéutico, sobretodo en situaciones de final de vida. Es por ello que nos ha parecido pertinente explorar la relación entre la capacidad funcional y la situación de final de vida de los pacientes ingresados en la unidad.

Objetivos

Identificar los pacientes ingresados en una unidad de agudos de Cuidados Paliativos que se encuentran en situación de final de vida a través de los índices de capacidad funcional.

Material y métodos

Material: Índice de Barthel, Palliative Performance Scale, Papscore, mortalidad, historias clínicas de pacientes hospitalizados en 2016. Método: Se selecciona una muestra aleatoria de 50 pacientes ingresados en la UCP. Se realiza una revisión del registro en el curso clínico durante el ingreso, incluyendo: una valoración multidimensional, con registro, entre otros, de los índices de funcionalidad del paciente (IB, PPS) y, adicionalmente de medida pronóstica (Papscore) al ingreso y de los casos de mortalidad durante el ingreso. Se realiza análisis multivariante de variables cualitativas y cuantitativas y un test de Pearson para valorar la relación entre las dos variables de funcionalidad.

Resultados

En relación a los índices de funcionalidad (IB, PPS) se observa que los pacientes hospitalizados presentan alto grado de dependencia, y que todos aquellos con IB < 60 fallecen durante la hospitalización. Además se observa una clara relación lineal entre los IB y PPS. En relación al Papscore, se confirma la valoración pronóstica de los grupos A y B favorables, no habiendo ningún éxito en estos grupos, y el grupo C de valor pronostico desfavorable, siendo el 100% de los pacientes de este grupo éxito durante la hospitalización.

Conclusiones

Introducir una metodología de trabajo basada en la evaluación sistemática de la capacidad funcional de los pacientes oncológicos ingresados mediante herramientas validadas nos permite identificar los pacientes en situación de final de vida. Como consecuencia se actuará de forma más adecuada tanto en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico como en la toma de decisiones

MEJORANDO LA GESTIÓN DEL PROCESO REHABILITADOR DESDE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

AUTORES

BEATRIZ VILLAREJO ANGULO¹; S FAMILIAR CAMBRONERO²; MT SANCHEZ RODRIGUEZ³; P DE GUSTÍN HERNANDEZ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO, MADRID

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

A través de la escucha activa sobre la experiencia de los pacientes en su proceso de Rehabilitación se nos pidió mejorar la gestión del procedimiento, con el fin de optimizar los recursos, mejorar los tiempos de espera y fomentar su participación activa en los procesos. Se definieron unos protocolos sobre patologías del Aparato Locomotor con una entrada directa del paciente a Fisioterapia y/o Terapia Ocupacional desde COT.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo se basa en definir unos protocolos derivados desde COT directamente a Fisioterapia-Gimnasio sin pasar por Primera Consulta del médico Rehabilitador con el fin de optimizar recursos y mejorar la gestión de procesos.

Definimos protocolos específicos para cada patología estableciendo de forma consensuada número de sesiones, tipo de terapia y objetivos a conseguir.

Material y métodos

Se determina: momento en el que desde COT se solicita el tratamiento, día de inicio del tratamiento en gimnasio, fecha en la que será visto el paciente en las revisiones de COT y/o RHB al finalizar. Es decir, desde la primera visita a COT el paciente sabe las diferentes fases por las que pasará su proceso.

Todos los pacientes que cumplan los objetivos establecidos al finalizar las sesiones (consensuados por el Servicio de Rehabilitación, Servicio de Traumatología y Dirección) serán dados de alta del gimnasio. Continuarán con las revisiones médicas establecidas, hasta cerrar el proceso. En casos de signos de alarma, signos de tórpida evolución o falta de objetivos durante la fisioterapia se solicitará intervención del médico especialista en Rehabilitación por parte del Fisioterapeuta o Terapeuta Ocupacional, quien gestionará el proceso.

Algunos de los protocolos a desarrollar son los siguientes (Capsulitis, DSA, Ligamentoplastia, Rizartosis, PTR....)

Resultados

Tras unos meses trabajando con esta nueva sistemática, el Servicio de Rehabilitación ha recogido datos sobre los pacientes que han entrado a tratamiento con estos protocolos, porcentaje de pacientes que han finalizado con éxito y porcentaje de pacientes en los que ha sido necesario la intervención por parte del Médico Rehabilitador en algún momento de su tratamiento en gimnasio.

Se recogen también los datos de la encuesta de satisfacción de los pacientes que se realiza mensualmente en Gimnasio.

Conclusiones

Los resultados obtenidos reflejan una mejor gestión del proceso, con mayor implicación de los pacientes, una reducción de consultas médicas sucesivas y de sesiones con mayor satisfacción de los profesionales .

Debemos seguir trabajando en esta línea para mejorar la coordinación entre los profesionales que participamos en el proceso con el fin de mejorar nuestra calidad asistencial. De igual manera debemos seguir empoderando al paciente para que sea miembro activo del proceso tanto en la toma de decisiones como en la implicación activa de su recuperación.

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COMO SEGUIMIENTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN

AUTORES

AMALIA VALVERDE RUTE¹; D VILA ALSINA²; M REDONDO HERNANDEZ³; R PORTA CASAJUANA⁴; S GONZALEZ GAYOSO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Las mutuas laborales realizan actividades de evaluación sanitaria dirigidas al seguimiento de las incapacidades laborales que tienen origen laboral (tratamiento y evaluación) o que son enfermedades comunes. La evaluación de la incapacidad tiende progresivamente al uso de sistemas formalizados (guías y fichas) basados en la mejor evidencia disponible.

El colectivo de enfermería que trabaja en el ámbito de la evaluación de incapacidades laborales (Enfermería evaluadora) precisa de herramientas técnicas específicas, tanto para sus visitas evaluadoras, como para la realización de informes valoradores de incapacidad temporal. Se presenta un sistema de evaluación que permite analizar los requerimientos laborales de las fichas ocupacionales según INSS, desde la perspectiva de las actividades que realiza un individuo en su día a día (AVD) mientras se encuentra en situación de Incapacidad Temporal por Contingencia Común (ITCC).

Objetivos

Describir las AVDs en las consultas de enfermería como herramienta de valoración de incapacidad laboral por Contingencia Común. Homologar la realización de AVDs con los requerimientos laborales de un trabajador en ITCC.

Material y métodos

Estudio que describe el análisis de las actividades de la vida diaria como herramienta de valoración de la incapacidad laboral. Se aplica en la entrevista de enfermería evaluadora a las personas en situación de ITCC, mediante la formulación de preguntas abiertas y con el objetivo de obtener la máxima información posible de la actividad diaria que el paciente realiza durante su situación de baja. Los datos obtenidos de AVD se clasifican y homologan con los requerimientos laborales del individuo evaluado de manera que, tras este análisis, se puede inferir la capacidad que tiene para reincorporarse al trabajo.

Resultados

La valoración de las AVDs como un instrumento de revisión de la incapacidad laboral, es contrastado con los resultados en duración de las incapacidades que se producían anteriormente. Tras la formación realizada sobre esta herramienta a todo el colectivo de enfermería evaluadora de ITCC en una mutua, se observa que los equipos sanitarios han aumentado en un 12,8% la detección de procesos con ausencia de limitaciones y utilizando las AVDs como herramienta de valoración. También se ha reducido en tres días de mediana el GAP de presentación de informes valoradores de la capacidad laboral en candidatos a propuestas de alta.

Conclusiones

Este sistema de evaluación de las AVDs con finalidad de Atención Evaluadora incorpora metodología de soporte para consolidar las funciones específicas de enfermería, y para que aumente su autonomía en la realización de la función evaluadora, permitiendo analizar la capacidad laboral de un individuo desde la perspectiva del funcionalismo diario durante su ITCC.

GESTION POR PROCESOS EN PATOLOGIA MACULAR

AUTORES

GONZAGA GARAY ARAMBURU¹; A LARRAURI-ARANA²; A GOMEZ-MORENO³; D RODRIGUEZ-FEIJÓ⁴; M ALDABAL-ECHEVESTE⁵; Z DEL BARRIO LOPEZ DE IPIÑA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI ARABA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El tratamiento de la patología macular se ha convertido en el procedimiento más frecuente en la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología de la OSI Araba.

Objetivos

Explicar el proceso de gestión desde su planificación, implantación, obtención de resultados y actualización del proceso a lo largo de estos 6 años.

Material y métodos

Tras la planificación e implantación del proceso, se procede a la recogida de datos mediante 4 estudios: 1) Número de pacientes atendidos y gasto en fármacos desde enero del 14 hasta marzo de 2019 2) Estudio retrospectivo para determinar la eficacia del tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) exudativa tras dos años de tratamiento. 3) Estudio retrospectivo de los pacientes con edema macular secundario a oclusión venosa retiniana tratados mediante dexametasona intravítrea desde mayo de 2010 a mayo de 2018 para determinar la eficacia del tratamiento y buscar factores predictivos de las mejoras y de las complicaciones mediante análisis de regresión logística. 4) Estudio ambispectivo multicéntrico para determinar la eficacia del tratamiento de la DMAE desde 2014 hasta marzo de 2019 promovido por ICHOM y comparar estos resultados con el resto de los participantes.

Resultados

1) Se realizaron un total de 2806 consultas en el 2014, 3954 en 2015, 4834 en 2016, 5627 en 2017 y 5988 en 2018. Se gastaron 773.102 euros en 2015, 910880 en 2016, 888450 en 2017 y 1005250 en 2018. 2) Se incluyeron 112 pacientes en el segundo estudio con una AV media de 0.34 que pasó a 0.46 de forma estadísticamente significativa (ES). La actividad de la lesión pasó del 100% a el 31,25% a los 2 años, requiriendo una media de 15.75 inyecciones. La ceguera legal disminuyó de 14,29% a 13,3% no siendo este descenso ES ($p=0.89$), la baja visión descendió de manera ES ($p < 0.00$) de 41.96% a 25% y los pacientes con Av mejor de 0.5 pasaron de 18,75% a 39. 29% de forma ES ($p < 0.00$) 3) Se incluyeron 84 pacientes a los que se inyectaron 341 implantes. La AV media, el grosor macular central y el volumen macular central pre inyección mejoraron de forma ES ($p < 0,01$) tras el tratamiento. Se obtuvieron los factores demográficos basales que determinaban las mejoras anatómicas, funcionales y las complicaciones. 4) en el periodo 2014- 2019 se computaron 2990 visitas con 2768 inyecciones. El porcentaje de acto único varió desde 47.2% en 2014 al 90.6% en 2019. 121 pacientes completaron 12 meses de revisiones con una variación en la media de inyecciones desde el 6.5 en 2014 a 11 en 2018, una variación de ganancia de letras desde el -14.5 en 2014 al 5.7 en 2019.

Conclusiones

La gestión por procesos en la patología macular de la UGC de Oftalmología de la OSI Araba requirió un cambio organizacional profundo con cambio cultural importante, pero aportó estandarización del proceso con disminución de la variabilidad en la práctica clínica y beneficios visuales a los pacientes. La recogida de datos en salud debe integrarse en la practica clinica habitual.

EVALUACIÓN DEL FORMULARIO DE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIA DE ÁREA EN 2018

AUTORES

ANDRES CONESA HERNA¹; JA CRUZADO QUEVEDO².

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO CARTAGENA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

La atención a la violencia de género (VG), es prioritaria para el servicio.

Están implementadas medidas para agilizar y mejorar esta asistencia:

En triage, la categorización sintomática, la sitúa en un apartado de situaciones especiales, asignando una prioridad mayor.

El formulario lleva ítems de carácter obligatorio para cerrar la historia clínica.

La paciente es acompañada por la auxiliar de información, hasta su alta.

Difusión de la Guía de actuaciones ante la VG en el ámbito sociosanitario de la Comunidad Autónoma.

Se han detectado incumplimientos en el formulario específico de VG.

Objetivos

1. Estudio descriptivo de la atención a la VG.

2. Valorar el cumplimiento de los ítems del formulario de VG, cuantificar su peso en la historia clínica. Obtención de opciones de mejora y actuaciones que incidan en la calidad de la asistencia

Material y métodos

Explotación del formularios de VG: demografía, situación socioeconómica, aspectos clínicos, maltrato previo, intención de denunciar, relación y peligrosidad del agresor y valoración del riesgos y seguridad.

Resultados

Atención de 106 pacientes, cuya edad media es 37 años, siendo entre 31 a 40 años la mayor frecuencia 33%. En un 62% el domicilio es urbano y el 20% rural. La agresión es en domicilio en un 75% de los casos. Un 64% son españolas, sudamérica y marruecos tienen porcentajes similares. 75% de ellas no tienen trabajo remunerado.

Hay sensación de peligro de muerte en un 13% y 22% no dispone de ayuda.

En 82% el agresor es la actual pareja. 19% tienen comportamientos violentos previos.

El maltrato previo existe en un 90%, y la intención de denunciar solo en 49%.

El 57% se derivan a su médico. Hubo situación de riesgo en un 29%.

Las lesiones más frecuentes fueron las policonusiones (35%) y ansiedad en un 42%.

Los ítems: motivo de consulta, descripción de lesiones, estado emocional, tratamiento tienen un cumplimiento superior al 90%.

Omisiones en: peligrosidad del agresor (81%), valoración de seguridad (62%), intención de denunciar (42%), valoración de riesgo (31%) y destino al alta (28%)

Conclusiones

La década más frecuente está entre 30 y 40 años. El mayor número de atenciones es en zonas urbanas. La nacionalidad predominante es española. El agresor suele ser la pareja actual y hay dependencia económica. Hay mayoritariamente un maltrato previo. Menos de la mitad de las víctimas manifestó su intención de denunciar.

Las lesiones más frecuentes son las contusiones múltiples y la ansiedad emocional.

Los ítems clínicos, se rellenan con un cumplimiento superior al 90%. Las omisiones guardan relación con las características del agresor, el riesgo de las pacientes, y la orientación hacia la denuncia.

A pesar del cumplimiento del formulario de VG, las acciones deben actuar sobre apartados relacionados con la seguridad y el destino del paciente.

Se aprecian oportunidades de mejora en la implicación y sensibilización del profesional.

ANÁLISIS Y MODELO PREDICTIVO DE LA FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ CARREIRA¹; M ALVAREZ GARCÍA²; MT SUÁREZ MUÑIZ³; M LÓPEZ VENTOSO⁴; B GONZÁLEZ DE CANGAS⁵; B MORAN PEREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL DE JARRIO.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El aumento de la frecuentación y el uso inapropiado de las Unidades de Urgencias Hospitalarias (UUH) son fenómenos internacionales compartidos en otros sistemas sanitarios. La calidad asistencial de la UUH, tiene un amplio margen de mejora.

Conocer los patrones cuantitativos y cualitativos de la frecuentación a la UUH es la base para optimizar los recursos asistenciales anticipando situaciones de sobrecarga.

Objetivos

Conocer los patrones temporales de frecuentación de la UUH. Determinar el perfil cualitativo de las urgencias en relación a variables demográficas, triaje y tipo de patología. Desarrollar un modelo predictivo basado en series temporales.

Material y métodos

Se estudiaron episodios de urgencias desde 2/2006 a 5/2019 que acudieron al Hospital de Jario (Area Sanitaria I de Asturias 44833 habitantes). Se obtienen los datos desde el DataWeareHouse del HIS Selene. Se utilizó Excel y SPSS 24 para estadística general y Eviews 10 para análisis de series temporales.

Resultados

Se analizaron 282484 episodios de 72218 pacientes diferentes. Los 20 pacientes más frecuentadores suman 1470 episodios. El promedio diario fue 64,71 en 2016 y 57,20 en 2019. Incremento los meses de julio (+5) y agosto (+15). Pico semanal se produce los lunes alcanzando 84 pacientes. Pico horario a las 11 de la mañana.

Mayor frecuentación a partir de los 75 años (69% en hombres, 57% en mujeres) y de 95 a 99 años, de 105% y 68,94% en hombres y mujeres respectivamente

El % de pacientes que acuden a UUH por iniciativa propia fue 25,19% en 2008 y 72,0% en 2019. Un 86,7% de los pacientes fue dado de alta a domicilio en 2006, y un 83,3% en 2019. Un 12% fueron hospitalizados en 2006 frente a un 14% en 2019.

Tipo de patología: enfermedad comun: 81,4%, accidentes casuales:13%, accidentes laborales: 2,4%, accidentes de tráfico: 1,8%. Reducción en accidentes de tráfico desde el 2,4% de 2006 hsta 1,5% en 2019

El periodo Julio Agosto presenta mayor número de accidentes de tráfico y accidentes casuales y disminución de accidentes laborales y patologías relacionadas con enfermedades comunes.

Los varones acuden más por accidentes laborales 86,0% (14% mujeres), por accidentes deportivos 83,3% (16,7% mujeres), por agresión 70% (30% mujeres). Un 78% de mujeres son atendidas por violencia de género (21,4% varones).

Dentro del triaje rojo, 67,6%, son enfermedades comunes 14,6% accidentes casuales, 9,7% accidentes laborales, 2,4% autolesiones y los accidentes de tráfico.

Se diseño un modelo predictivo basado en alisado exponencial de Holt Winters multiplicativo. Se obtuvo una serie prospectiva a 1 año desde la ultima observación. Se analizó el error como la diferencia entre la series observada y predicha en el periodo restrospectivo. La media de error fue de 0,0033 (DT: 6,8).

Conclusiones

Es posible establecer modelos predictivos de la frecuentación de urgencias en términos cuantitativos y cualitativos. Este modelo contribuye a ajustar los recursos asistenciales de forma prospectiva anticipando situaciones de sobrecarga asistencial.

INCORPORACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DEL APARATO LOCOMOTOR COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

MAURICIO SAINZ-MAZA APARICIO¹; AG PLANET CONDE²; G VAZQUEZ SALADO³; N RUIZ HOMBREBUENO⁴; MC MINGUET ARENAS⁵; MS RUA SANZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El Plan de Implantación de la Ecografía en Atención Primaria (AP) en una Comunidad Autónoma (CA) en 2009, se centró al inicio en la exploración ecográfica abdominal básica. Posteriormente, se han ido incorporando a la formación de los profesionales exploraciones más avanzadas y localizaciones anatómicas distintas, como la cervical, vascular, abdominal avanzada y de aparato locomotor.

La exploración del aparato locomotor tiene unas peculiaridades ecográficas, fundamentalmente en cuanto a técnica exploratoria y el empleo de sondas de alta frecuencia a las que no suele estar familiarizado el ecografista, ya que su formación inicial se centró en la exploración abdominal.

Objetivos

Analizar la implantación de la Ecografía en AP durante 2010-2018 y describir la tendencia progresiva del uso de esta técnica desde la implantación del Plan en la Comunidad.

Evaluar la usabilidad de las ecografías de AP relacionadas con el aparato locomotor y el porcentaje de las mismas respecto al total durante el mismo período de tiempo.

Evaluar la sensibilidad de la ecografía de aparato locomotor en relación con al menos un resultado patológico.

Material y métodos

A partir de los indicadores de actividad ecográfica de AP, extraídos del Protocolo de registro de Ecografía de la historia clínica informatizada, que aporta información global (toda la CA), por Direcciones Asistenciales y Centros de Salud pertenecientes a las mismas. Se analizan los datos desde el año 2010 al 2018, desglosados por año y por grupo de episodios siguiendo la clasificación CIAP (Clasificación Internacional de la Atención Primaria), englobando todos los episodios relacionados con el epígrafe "L" (Aparato Locomotor).

Resultados

El porcentaje de ecografías del aparato locomotor ha ido incrementándose a lo largo de los años. En 2010 se realizaron 3152 ecografías totales, y 180 del aparato locomotor (5.71%). En 2018, estas cifras fueron 40129 totales, con 7807 (19.45%) respectivamente.

La tendencia es claramente ascendente, en torno al 1-2% anuales, pasando del 5.71% en 2010; 15.46% en 2015, al 19.45% en 2018.

Dentro de las ecografías del aparato locomotor, un porcentaje importante presenta hallazgos patológicos (en torno al 58%).

Las exploraciones de aparato locomotor más frecuentes son las de hombro (13%) y rodilla (5%).

Conclusiones

A la práctica ecográfica del médico de familia, se han ido incorporando exploraciones de diferentes localizaciones, entre ellas la del aparato locomotor. Esto facilita la orientación terapéutica más adecuada para cada paciente, en función de los hallazgos y la concordancia clínica.

La rentabilidad diagnóstica de esta técnica permitiría al clínico reducir el número de derivaciones a otro nivel asistencial.

El elevado hallazgo de resultados patológicos podría indicar una alta sensibilidad de la técnica en manos del médico de familia.

La ampliación de oferta formativa en ecografía a otras localizaciones, como el aparato locomotor ha favorecido que los profesionales se impliquen más en la utilización de esta técnica diagnóstica.

APLICACIÓN DEL SISTEMA LEAN PARA MEJORAR EL FLUJO DE PACIENTES EN EL INGRESO HOSPITALACION

AUTORES

RAMON HERNANDO ORTUZAR¹; E IDOIAGA URIBE²; I BILBAO UNIBASO³; E IZARZUZAGA ITURRIZAR⁴; C SANCHEZ SANCHEZ⁵; I GALLEGO CAMIÑA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

LEAN es un modelo de gestión enfocado a adaptar el proceso al ritmo de la demanda para conseguir un flujo sin interrupciones innecesarias y poder entregar el máximo valor a los clientes. Se pretende conseguir una reducción del tiempo entre la demanda y la oferta del servicio. Tras el periodo de implantación del modelo en 4 Servicios del Hospital, es el momento de evaluar los resultados.

Objetivos

Organizar el trabajo y la asistencia ofrecida en 4 Servicios del Hospital apoyándose en la comunicación con el servicio de admisión, y utilizando el concepto de pre-altas para permitir un traslado ágil de pacientes desde Urgencias.

Analizar la satisfacción de los profesionales afectados por el proyecto

Aumentar el promedio de % pre-altas/altas totales (por Servicio)

Agilizar los ingresos en los Servicios

Monitorizar tendencia de pacientes desplazados y ectópicos

Material y métodos

Definición del flujo de valor: secuencia ordenada de actividades en cada uno de los Servicios.

Adaptación del proceso al ritmo de la demanda para conseguir un flujo sin interrupciones

Aplicar mejoras

Evaluar resultados

Mejora continua.

Resultados

Creación y formación de un equipo lean, por cada uno de los Servicios implicados con reuniones de seguimiento quincenales.

Realización de una reunión diaria en los Servicios: pre pase de visita, uso de la pizarra de seguimiento de pacientes, comunicación de altas del día, comunicación de las pre- altas el día anterior, organización del área de enfermería.

Creación de un equipo de seguimiento lean en la Unidad de Calidad del Hospital

Creación de una aplicación informática de registro y gestión de los distintos documentos asociados al proyecto, así como, la definición de un panel de indicadores que debe permitir el seguimiento de las acciones de mejora y la comunicación con los grupos.

Conclusiones

Se mejora la coordinación y la comunicación interprofesional en los Servicios. Mejorando el clima laboral.

Se agilizan los ingresos en los Servicios por la mejora de la coordinación con la admisión del Hospital.

Se dispone de una monitorización de los pacientes desplazados y ectópicos.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ALTA INTENSIDAD DE CUIDADOS (UAIC)

AUTORES

Marcos Sergio Jurado Suarez¹; A Alibalic²; MP Barberan Oliet³; R Campiña Batalla⁴; N Lopez Estela⁵; R Trancon Lopez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

La necesidad de organizar a los pacientes según su complejidad e intensidad de cuidados asistenciales; así como el ratio enfermera/paciente en una Unidad de Hospitalización convencional precisan de la creación de una unidad específica de cuidados estandarizados en criterios de mejora de la eficiencia y calidad en la atención del paciente médico y quirúrgico.

Objetivos

Mejorar la calidad asistencial de los pacientes médicos y quirúrgicos según complejidad de cuidados con el fin de optimizar la recuperación postoperatoria y clínica.

- Garantizar los cuidados que cada paciente necesita según su patología y complejidad.
- Asegurar un ratio enfermera/paciente adecuado

Material y métodos

- Diseño dentro del mapa de proceso hospitalización convencional, la unidad de alta intensidad de curas (UAIC) como subproceso asistencial.
- Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo que incluye el diagrama de flujo presentándose en el correspondiente comité para su aprobación.
- Introducción de la nueva Unidad de Tratamiento en programa informático SAP y Gacela que identifique pacientes ingresados en la UAIC, según los siguientes indicadores: ocupación, ingreso, estancia hospitalaria, complejidad, recursos materiales y humanos y otros según especialidad.
- Consensuar criterios de ingreso y alta interna con todas las especialidades implicadas en la unidad.
- Habilitación de cuatro habitaciones en la Unidad de Medicina Interna con disponibilidad de dos camas cada una, provistas de recursos humanos y materiales.
- Establecer circuitos de comunicación con las distintas especialidades implicadas en el proceso.
- Realización de la correspondiente formación continuada de los profesionales implicados en la unidad.
- Establecer protocolos y procedimientos estandarizados de cada una de las especialidades y soporte de los ya existentes.

Resultados

Los datos que referiremos a continuación corresponden a la prueba piloto que se inició el día 08 de abril de 2019.

De los 31 pacientes ingresados en la UAIC, en un periodo de 47 días y con una ocupación del 47,57%, los ingresos de cirugía general y hepato-pancreática representan 45,1%; un 41,9% de medicina interna; el 6,45% neumología y un 3,2% neurología y 3,2% de cirugía maxilo-facial respectivamente. La estancia media fue de 5,77 días. Los destinos de alta de la unidad fueron un 16,1% a domicilio habitual; el 70,9% cambio de unidades específicas según especialidad de ingreso; un 3,2% a agudos; con atención hospitalaria a domicilio un 6,4%; un 3,2% socio sanitario.

Conclusiones

Una gestión intermedia en modelos organizativos de unidades asistenciales específicas de pacientes que requieren cuidados de mayor complejidad y con un ratio de enfermería adecuado; permiten una disminución del riesgo de eventos adversos durante su ingreso.

Esta nueva distribución asistencial establece que las unidades de hospitalización convencional, acojan aquellos pacientes con menor riesgo de complicaciones.

ARGOS – SISTEMA DE MONITORIZACIÓN Y HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

JUAN MANUEL LACALLE MARTÍNEZ¹; J LÓPEZ SUNDH²; A MOROTE CABALLERO³; R GOMEZ-FERRER CAYROLS⁴; B FORTUNY ORGANS⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL DE DENIA⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Una de las premisas del Chronic Care Model (CCM) en lo que respecta a los Sistemas de Información Clínica (Clinical Information Systems), es la de utilizarlos con un “enfoque poblacional para mejorar la efectividad y eficiencia de la atención, permitiendo el acceso y la gestión de la información de pacientes individuales y de conjuntos de pacientes, así como de toda la población, proporcionando notificaciones, recordatorios o alertas en momentos puntuales en los que éstos requieren determinados servicios (planificados o no, pero que deberían haberlo sido), utilizando la explotación de datos al servicio del seguimiento y monitorización de la ejecución de los planes de cuidados”.

Con este enfoque y para proporcionar al clínico una herramienta para la mejora de la gestión de su población asignada, basada en la definición de criterios de calidad previamente consensuados, en el Departamento de Salud de Denia se está implementando el Sistema de información ARGOS.

Objetivos

El objetivo del Sistema de Información ARGOS es proporcionar al clínico una herramienta para mejorar, a través de la monitorización de los pacientes de su cupo, el cumplimiento de unos criterios de calidad definidos con un enfoque poblacional para la mejora de la calidad asistencial global del Departamento de Salud de Denia.

Material y métodos

Las bases de la metodología son las siguientes:

1. Definición de criterios de calidad basados en objetivos de mejora Departamentales sobre grupos de pacientes concretos según el Sistema de Clasificación Poblacional de la Comunitat Valenciana (SCP-CV), que se apoya en la utilización de los Clinical Risk Groups (CRG), como son por ejemplo criterios para la mejora del seguimiento de la Diabetes Melitus de tipo 2 (DM2), Cardiopatía Isquémica, adecuación del gasto farmacéutico según la morbilidad, seguimiento de pacientes incluidos en Programas de cuidados, etc,
2. Ajuste del sistema de notificación y alerta para la detección y gestión de casos que incumplen uno o varios criterios (casos outlier), de forma que su utilización sea manejable y proporcionada (distribución normal), añadiendo valor.

Resultados

Se mostrará el funcionamiento del Sistema ARGOS y el resumen de evolución del cumplimiento de los criterios definidos a nivel Departamental, por Zonas Básicas de Salud y por cupo, en especial el funcionamiento de la gestión de casos outlier.

Conclusiones

Se establece la hipótesis de que este tipo de herramientas pueden convertirse en catalizadores en la transición hacia un mayor volumen de asistencia concertada en Atención Primaria, frente al modelo de asistencia a demanda, en especial en aquellos grupos de pacientes que requieren mayor atención materializada en la definición de criterios concretos de monitorización, y que a consecuencia de ello los resultados globales del Departamento de Salud de Denia mejorarán.

ABORDAJE EFICIENTE DEL DOLOR CRÓNICO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

AUTORES

Antonio José Carrascosa Fernández¹; B Aranda Zamora²; R Gómez Margarida³; R Saldaña Casado⁴; M Samper Herrero⁵; P Sanz Ayan⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital 12 Octubre.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

La mejora del abordaje del dolor y la seguridad de los pacientes es una prioridad reconocida por los sistemas sanitarios. No obstante, la puesta en marcha de un programa de gestión del dolor se enfrenta a grandes retos porque un óptimo tratamiento implica (a) manejar información de fuentes de datos dispersas y heterogéneas, (b) necesidad de integrar un conjunto de actividades ejecutadas de forma transversal en un contexto vertical como el de los hospitales y (c) la coordinación entre niveles de atención

Objetivos

Crear un modelo de referencia para incorporar los datos relevantes para la gestión del dolor, utilizando estándares técnicos, sintácticos y semánticos, que permita al profesional sanitario acceder a aquellos datos que son relevantes para el proceso de forma ágil y comprensible facilitando así el seguimiento del paciente de una forma global, el apoyo a la toma de decisiones rápidas, seguras y con mayor objetividad para aplicar procedimientos intervencionistas y por último, y no menos importante, contribuir a la valoración de la adherencia al tratamiento pautado al facilitar el seguimiento del paciente con dolor

Material y métodos

- 1.-Diseño y validación de un modelo de trabajo para una Unidad de Dolor (UDO) que provea la infraestructura necesaria para el análisis de la prestación de la asistencia sanitaria.
- 2.-Creación de un sistema integrado de intercambio de la información determinante en el área del dolor que sirva de canal de comunicación y coordinación entre los profesionales y permita consolidar los datos desde los distintos repositorios en uno único garantizando su calidad e integración entre los diferentes sistemas asistenciales y del espacio sociosanitario, disponible para todos los agentes implicados, dando soporte a una cartera de servicios global e integral.
- 3.-Implementación de las tecnologías de la información que promuevan la explotación de la información del sistema de salud con fines de mejora de la calidad, eficiencia, planificación, salud pública, investigación, desarrollo e innovación

Resultados

Implantación de un SGC en una Unidad de Tratamiento del Dolor apoyado en herramientas colaborativas que garantizan la continuidad asistencial de cuidados y el trabajo colaborativo multidisciplinar que permiten al profesional sanitario: 1) acceder a aquellos datos relevantes para el alivio del dolor de una forma ágil y comprensible, 2) la toma de decisiones rápidas, seguras y con mayor objetividad para aplicar tratamientos intervencionistas, 3) la implantación de la gestión por procesos según la Norma ISO 9001:2015 como modelo a seguir para lograr una mayor productividad y una mejor organización interna, incrementando nuestra rentabilidad y eficiencia

Conclusiones

El desarrollo de una UDO adoptando un modelo de gestión basado en procesos en el que se incluya la medición y el análisis periódico de sus resultados incrementa el valor y mejora la imagen de nuestra organización

INNOVACIÓN DE PROCESOS: CREACIÓN DE UNA UNIDAD PILOTO PARA EL PACIENTE FRÁGIL EN URGENCIAS. UN RETO PARA EL FUTURO

AUTORES

Raquel Benavent-Boladeras¹; A Aloy-Duch²; O Parramon-Costa³; M Vila-Senante⁴; M Botta-Santasuana⁵; A Fernández-Oliver⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital General de Granollers.

TIPO: ORAL MEJORES COMUNICACIONES

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Se denomina "paciente frágil" a aquel paciente vulnerable de edad avanzada, con una enfermedad crónica compensada, pluripatología y polifarmacia, que aún conserva la independencia para sus actividades básicas, si bien origina >15% de las consultas urgentes, sufren estancias más prolongadas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) y más ingresos.

A pesar de que el área de urgencias, ahora y en el futuro, es y será el ámbito con más impacto en la asistencia a estos pacientes, no se vislumbran nuevas líneas de actuación innovadoras que permitan augurar una mejora en la resolución del paciente frágil urgente.

Objetivos

Describir los primeros resultados del diseño y la implementación de un proceso piloto innovador, basado en la creación de una "Unidad del Paciente Frágil en Urgencias (UPFU)", para aumentar la capacidad de resolución (eficacia) en la asistencia a las urgencias de este tipo de pacientes.

Material y métodos

Nuestro hospital, universitario y de referencia comarcal, atiende anualmente 110.000 urgencias.

En la UPFU se ubicaron 6 camas próximas al SUH de lunes-viernes de 7:30-15:30, un geriatra, una enfermera y una auxiliar.

Se elaboró el flujograma de la UPFU para: captar y valorar médicamente a los candidatos en el SUH, optimizar la medicación, adecuar pruebas, realizar cuidados e interconsultas, y decidir el destino del paciente: 1) alta, con preaviso al responsable de Atención Primaria (AP); 2) los pacientes inestables se trasladaban al "Servicio de Observación de Urgencias (SOU)", a cargo del médico de guardia del Servicio de Geriátrica de Agudos (UGA); y 3) ingreso hospitalario en UGA.

Resultados

La UPFU inició su actividad en marzo-2019, describiéndose los siguientes resultados de 149 días de funcionamiento:

- Procedencia: 64% domicilio, 33% residencia, y 3% sociosanitario.
- Tipología: 52% crónicos complejos (PCC), 16% crónicos avanzados (MACA), y 32% otros frágils.
- Situación previa en el SUH: 49% pendiente de ingreso, 46% observación, y 5% en proceso SUH.
- Ocupación UPFU 100%.
- Estancia media global sobre 222 estancias: 2,3 días (9,8 días en UGA), no comparables; de 60 pacientes pendientes de ingreso en UGA, 40 se dieron de alta en la UPFU (reducción del 66% de los ingresos).
- Resolución/eficacia: 38% altas el mismo día, 32% con 1 día de estancia, y 30% > 1 día; un 62% fueron trasladados al SOU cuando no estaba operativa la UPFU.
- El destino al alta: 72% domicilio, 19% ingreso UGA, y 9% otros.
- Los recursos externos activados fueron: residencias 26%, AP 26% y otros 48%.
- Los reingresos en UPFU fueron del 1%, (en urgencias médicas un 1,1%).

Conclusiones

La creación e implementación inicial del nuevo proceso de la UPFU, pionero en el sector sanitario, ha permitido mejorar la capacidad de resolución de las urgencias en los pacientes frágiles, la mejora en su drenaje del SUH, la reducción del número de ingresos a la UGA, y asegurar más proactivamente la activación de los dispositivos extrahospitalarios al alta del paciente (continuidad asistencial).

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: UN ÁREA DE MEJORA PARA ENFERMERÍA.

AUTORES

Marcos José Muñoz Balsa¹; CJ Bermejo Caja²; M Hernández Pascual³; L Sánchez Perruca⁴; AB Domínguez Madueño⁵; JJ Ruiz Martínez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Adjunta de Procesos Asistenciales.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Los cambios demográficos y epidemiológicos están dando lugar a cambios en la organización de los servicios sanitarios y en el abordaje de las patologías crónicas. La atención domiciliaria tiene como objetivo mantener a las personas en su entorno para que alcance el mayor grado de autonomía posible y con la mayor calidad de vida. El domicilio es el entorno en el que las personas desarrollan su autocuidado de forma habitual y por lo tanto el lugar apropiado para desarrollar las intervenciones de cuidados enfermeros adaptándolas a las situaciones específicas de las personas y familia.

Objetivos

Analizar la atención domiciliaria de la enfermería en una Comunidad Autónoma

Material y métodos

Análisis descriptivo de la actividad asistencial a domicilio realizada por enfermería en el año 2018. Se incluyen toda la atención domiciliaria (AD) a demanda y concertada registrada. Se ajusta por el nivel de dependencia y el seguimiento al alta hospitalario en pacientes crónicos complejos. Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (AP) y cuadro de mando integral de AP.

Resultados

En 2018 se realizaron 730.332 AD, un 3,29% más respecto a 2017. Del total de AD, 74.713 fueron para la realización de extracciones sanguíneas (10,23%). Ajustando al número de enfermeras con modelo asistencial de Enfermería Familiar y Comunitaria y el de población adulta, el número de domicilios por día y enfermera ha sido de 0,96 visitas con una mediana de 0,85 domicilios por enfermería/día. Del total de 262 Centros de Salud (CS), 106 (40,4%) están por encima de la media y 92 CS (35,11%) realizaron una media de 1 domicilio o más por enfermera/día. Solamente tres CS alcanzan la cifra de 2 domicilios enfermera día.

Se identificaron 37.727 ciudadanos con deterioro funcional grave o total (Barthel < 60) durante el 2018, en el 68,64% consta registro de al menos una AD. También se analizó la AD a pacientes crónicos con niveles de intervención alto (NIA) a los que se les realizó seguimiento domiciliario tras un alta hospitalaria. En 2018, 18.915 ciudadanos tenían un NIA, de los cuales 6.443 (34%) fueron ingresados y dados de alta con un informe de enfermería al alta. De ellos, a 1388 (21,5%) se les identificó subsidiarios de continuidad de cuidados y en 613 (44,16%) casos el seguimiento fue en el domicilio.

Conclusiones

Existe un ligero incremento de la actividad de enfermería en el domicilio en el último año, siendo un 10% derivado de la realización de técnicas en el domicilio.

La cobertura de atención domiciliaria a pacientes con dependencia grave está en niveles altos, identificándose un área de mejora para obtener coberturas mayores, en aras a alcanzar el umbral de excelencia establecido por la Comunidad que se sitúa en el 77,78% de estos pacientes.

Otro área de mejora sería en las transiciones asistenciales de los pacientes con patología crónica.

PLAN DE MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN AREA DE SALUD INTEGRAL

AUTORES

AMPARO PRIETO LORENZO¹; L ALONSO GONZALEZ²; AI GONZALEZ ALONSO³; MM SALMERON ALVAREZ⁴; MY MARTINEZ LOPEZ⁵; MJ PORTELA GUIJO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTIN.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

En el Área Sanitaria III existen 27 centros sociosanitarios (CSS). De ellos, cinco dependen de la Consejería de Bienestar Social como Establecimientos Residenciales para Ancianos (ERA). Para lograr una buena atención y un buen cuidado hay que desarrollar mecanismos eficaces que coordinen las actividades realizadas en estos centros, en los equipos de Atención Primaria y en el Hospital. Para ello, se ha puesto en marcha este plan donde la Enfermera Gestora de Casos (EGC) y la Geriatra tendrán un papel primordial. Se inicia en febrero del 2018.

Objetivos

Objetivo General: Mejorar la atención y coordinación intersectorial en la atención a los pacientes residentes en establecimientos socio-sanitarios.

Objetivos específicos: Homogeneizar la atención. Desplegar metodología "gestión del caso". Seguimiento y evaluación de los reingresos. Valoración de fragilidad. Índice VIG. Seguimiento casos complejos y conciliación de medicación. Formación. Incorporar los elementos de gestión de la seguridad del paciente.

Material y métodos

La enfermera gestora de casos hará intervención de manera dirigida en todos aquellos pacientes ingresados que provienen de CSS. Se hace registro y se monitorizan diariamente determinados ítems.

La geriatra realizará su intervención en los CSS, registrándolo semanalmente.

El análisis diario nos facilita realizar intervenciones personalizadas y otras relacionadas con homogenización de protocolos, continuidad y formación, en un marco de una mejora continua.

Se hace así mismo, un análisis del programa en su primer año de andadura, obteniendo los siguientes resultados

Resultados

Durante este periodo 1306 personas provienen de CSS, el 37,8% provienen del ERA (402). El 79% estuvieron a cargo de Medicina Interna. La media de ingresos al día varía entre el 8 y 9 %. Motivos de ingreso: Infección respiratoria, ITU, IC. Reingresos, casi el 20% antes de un mes, 10% antes de 3 meses, 4% antes de 6 meses y 1% antes del año. Nivel de dependencia: el 51% son personas totalmente dependientes, 5,6% dependencia grave, 14% dependencia moderada, 8,5% dependencia leve y 2,5% independientes. Nivel de movilidad 7,9% son personas inmovilizadas, 50% muy limitadas, 21,2% limitadas y 2% escasas limitaciones. En relación a la seguridad y el cuidado: el 17% del total desarrolló Upps y cerca del 36 % tienen problemas en deglución. El 7% son portadores de Gérmenes Multirresistentes. Polimedicación: 26% de los pacientes en total toman más de 10 fármacos al día, 29% toman más de 7 fármacos al día y 18% toman más de 5 fármacos al día.

Conclusiones

La EGC mantiene un control diario de todos los pacientes provenientes del CSS y seguimiento al alta de casos especiales. Se han realizado diversos talleres formativos y acreditados para profesionales del ERA en relación al cuidado y la seguridad.

Coordinación con la médica geriatra para evitar el porcentaje de personas que llegan al Hospital mediante planes individualizados y mejorar polimedicaciones.

PROGRAMA HIPATYA: IMPACTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL EN PEPs.

AUTORES

Carmen Martín Requena¹; I Zorrilla Martínez²; MP López Peña³; AM González- Pinto Arrillaga⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Santiago.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El programa Hipatya es una intervención en primeros episodios psicóticos (PEPs), justificada en: los trastornos psicóticos tienen elevada incidencia; el desarrollo de estrategias terapéuticas específicas mejora su evolución; en España no existe un programa de ámbito nacional para el tratamiento de PEPs y se da una cobertura al 32% de la población; se detectan altas tasas de abandono de tratamiento y rehospitalización en meses posteriores al debut.

Objetivos

El objetivo es la estabilidad psicopatológica e integración sociolaboral del paciente. De forma indirecta, la modificación de indicadores de evolución de la enfermedad como tasa de reingresos tras episodio índice y tiempo hasta reingreso. Objetivo principal: evaluar si la implementación de un programa específico para el tratamiento de PEPs reduce las rehospitalizaciones en un área sanitaria. Objetivo secundario: tiempo transcurrido en meses hasta ingreso.

Material y métodos

Se estudia de forma protocolizada la evaluación y seguimiento a 3 años de todos los PEP que ingresan en el hospital. En 2003 se aplica un cambio en el seguimiento iniciándose el programa de intervención Hipatya. MÉTODO: reingresos hospitalarios a tres años tras un PEP de aparición en el período pre-instauración del programa Hipatya (entre 1997-2005) y del período posterior (entre 2006-2014). Para el desarrollo del objetivo primario se compararon los reingresos de ambos períodos. Para medir el tiempo hasta rehospitalización se compararon las recaídas de ambos períodos.

Resultados

En el período 1, 91 pacientes tuvieron un PEP; el 61,5% tuvo al menos una hospitalización. En el período 2, 67 pacientes tuvieron un PEP y 13,5% tuvo al menos una rehospitalización. El tiempo medio hasta la rehospitalización en el período 1 fue 10 meses y en el 2 de 26,2 meses. La OR de recaída del período 1 frente al 2 es 4.5. Por cada 10 pacientes que ingresaban en el primer período, en el segundo ingresarían 2 (80% de reducción).

En el programa se cumplen de forma sistemática la ejecución de distintos Indicadores de Calidad en Psiquiatría en trastornos psicóticos: 1. Indicadores de proceso: Valoración inicial completa (100%); Evidencia D. 100%. Psicoterapia de apoyo (100%); Evidencia D. Prescripción de antipsicóticos y eventos adversos (100%); Evidencia A. Medidas de peso e IMC (100%); Evidencia D. Gestión intensiva de casos y servicios de apoyo comunitarios (100%); Evidencia D. Entrenamiento en habilidades sociales (100%); Evidencia A. Terapia de rehabilitación cognitiva (100%); Evidencia A. Terapia de intervención familiar de tipo psicoeducativo (100%); Evidencia A. 2. Indicadores de resultado: Reingresos hospitalarios de pacientes con primer episodio psicótico (a los 3 años). Evidencia B. Programas psicoeducativos (100%) Evidencia A.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados del estudio, el abordaje de estos pacientes a través de estrategias de este tipo parece ser potencialmente coste-efectivo para los sistemas de salud, además de suponer una estrategia eficaz en la mejora del curso evolutivo de la psicosis.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE DE CIRUGÍA CARDIACA

AUTORES

Constanza Salazar Valdebenito¹; J Fernandez Morato²; I Javier Castro³; X Ruyra Baliarda⁴; E Permanyer Boada⁵; P Alonso Castells⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Centro médico Teknon.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Un 50% de los pacientes que se someten a una cirugía toman tratamientos crónicos no relacionados con la patología quirúrgica. Si la administración de estos fármacos no se concilia durante la estancia hospitalaria constituye un factor de riesgo de complicaciones durante el proceso asistencial, pudiendo afectar la seguridad del tratamiento.

Asimismo, la adherencia terapéutica al tratamiento domiciliario puede verse afectada si el paciente presenta dudas acerca del nuevo tratamiento al alta. En los países desarrollados, las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%.

Objetivos

Implantar y estandarizar un proceso multidisciplinar de conciliación de la medicación (CM) crónica al ingreso y al alta hospitalaria en pacientes de cirugía cardiaca de un hospital terciario, que incluya la atención farmacéutica (AF) en el momento del alta para prevenir errores de conciliación (EC), facilitar al paciente el entendimiento del tratamiento domiciliario y favorecer la adherencia al mismo.

Material y métodos

El proyecto se encuentra en fase de desarrollo y sólo se dispone de datos desde febrero de 2019 hasta la fecha.

Resultados

En el ingreso de un paciente, la enfermera realiza la entrevista para conocer la medicación crónica y registrarla en la pestaña de CM del programa de prescripción electrónica Farhos. Posteriormente el farmacéutico confirma esta información mediante entrevista con el paciente y procede a realizar la CM al ingreso junto con el cirujano para detectar potenciales EC y resolverlos.

Al alta, el cirujano y el farmacéutico se reúnen y elaboran conjuntamente el nuevo tratamiento mediante el proceso de CM. Con esta información el farmacéutico elabora el material educativo que incluye el (los) medicamento(s), horarios orientativos de las tomas y para qué sirve cada uno de ellos.

A continuación el médico da el alta médica y el farmacéutico realiza la AF donde le explica al paciente los cambios que ha tenido su medicación crónica y el nuevo tratamiento domiciliario. También se dispensa medicación para 24 horas, asegurando cobertura suficiente hasta la recogida en la oficina de farmacia.

Se conciliaron al ingreso y al alta un total de 158 pacientes quirúrgicos, con una media de edad de 72 años (37-89) y con una media de 5 medicamentos crónicos (0-12). Se detectaron un total de 76 EC al ingreso y 73 EC al alta. 42 pacientes al ingreso presentaron 1 o más EC, lo que supone 1,8 EC por paciente. Al alta 38 pacientes presentaron 1 o más EC, lo que supone 1,9 EC por paciente y que fueron resueltos antes de entregar el alta médica al paciente.

Conclusiones

El abordaje multidisciplinar en la CM de los pacientes de cirugía cardiaca permite detectar y corregir EC durante todo el proceso asistencial para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos. La AF en el alta consolida la información en el uso seguro del tratamiento domiciliario del paciente y favorece su adherencia.

ACCIDENTES DE RIESGO BIOLÓGICO EN ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERÍA DURANTE SUS PRÁCTICAS CLÍNICAS

AUTORES

JOSÉ ANTONIO SUBIELA GARCÍA¹; M MUÑOZ SÁNCHEZ²; C CONTESSOTTO SPADETTO³; MM JIMÉNEZ ANTÓN⁴; BF ROS MUÑOZ⁵; JA CASANOVA NIETO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

En el ámbito sanitario, casi la totalidad de los puestos de trabajo implican un riesgo potencial de accidente de riesgo biológico (ARB) y dentro de este ámbito, la Enfermería tiene el mayor porcentaje de accidentes por este riesgo. En el caso de los estudiantes de Grado de Enfermería este riesgo se multiplica de forma exponencial al combinarse varios factores muy importantes para calcular la gravedad de la exposición como son, la inexperiencia (al tratarse personal en formación), la repetitividad con la que se realizan determinadas técnicas (probabilidad de que ocurra) y el nivel de severidad (asociado al tipo de daño que puede producir en la persona).

Objetivos

El objetivo de este estudio es determinar el número de alumnos que han sufrido algún ARB en el periodo 2011-2019 así como analizar dichos accidentes (momento, mecanismo de producción, parte afectada, agente material, etc.) con el fin de establecer las directrices oportunas para diseñar una actividad formativa específica dirigida a los estudiantes de Grado de Enfermería.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los ARB ocurridos en los estudiantes de Grado de Enfermería entre el 15 de septiembre de 2011 y 15 de junio de 2019 en el Área VIII de Salud (Mar Menor) del Servicio Murciano de Salud. Los datos cumplen con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre.

Resultados

Durante estos ocho cursos académicos se han notificado al Departamento de Docencia y a la Unidad de Salud Laboral un total de 16 ARB, con una media de edad de 21,8 años, de los cuales 10 son mujeres y 6 son hombres. De los estudiantes accidentados solo 2 (12,5%) procedían de Atención Primaria y los otros 14 (87,5%) de Atención Especializada y se mantiene cierta proporcionalidad entre los cursos (2º, 3º y 4º). Por servicios, el más prevalente fue Medicina Interna con 5 ARB, seguido de la Hospitalización Quirúrgica con un total de 4 ARB. La totalidad de los accidentes reportados fueron accidentes percutáneos con un total de 14 pinchazos y 2 cortes, todos en las manos y 9 de ellos (56%) como agente material una aguja de insulina, 3 (19%) una aguja IV y 2 (12%) una hoja de bisturí. En cuanto al momento del ARB fue, durante la ejecución de una técnica donde se produjeron mayor número de ARB (14) y en sólo dos casos el ARB se produjo por reencapsular una aguja (subcutánea), uno de estos en el turno de noche siendo éste el único ARB que se dio en este horario (20:00 a 08:00 horas).

Conclusiones

Es habitual que los estudiantes de enfermería estén muy expuestos a sufrir ARB siendo la inoculación accidental la de mayor prevalencia. A pesar de que estos alumnos reciben nociones básicas de prevención de riesgo biológico en la Facultad de Enfermería es muy importante diseñar una formación específica adaptada a sus necesidades donde se incluya el manejo del material específico de bioseguridad que se emplea en los hospitales y en los centros de atención primaria al inicio de sus prácticas.

EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE ASISTIDO UNA PRESTACIÓN EN AUGE DE LA CARTERA DE SERVICIOS

AUTORES

JUAN ANTONIO PINGARRON LOPEZ¹; D ROBLEDO TIRADOR²; P FERNÁN PEREZ³; MJ FERNANDEZ CAMPOS⁴; A INFANTE RODRIGUEZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

El traslado sanitario es el que se realiza por problemas de salud del paciente que le impiden desplazarse por sus propios medios. Diferentes circunstancias determinan que precisen un traslado sanitario no urgente asistido (TSNU) intercomunitario de retorno.

Esta prestación, enmarcada en la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud en el RD1030/2006, disponiendo los pacientes el derecho a la prestación del TSNU cuando se recibe asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en centros propios o concertados. Conocer el volumen, distribución por CCAA, causas sanitarias, tiempo transcurrido y frecuencia es relevante para un dimensionamiento de los recursos para introducir las mejoras y garantizar una atención de calidad.

Objetivos

Conocer las características de los TSNU realizados, su tendencia y valorar la adecuación de la prestación.

Material y métodos

Estudio Observacional Descriptivo Retrospectivo de los TSNU interprovinciales realizados entre los años 2016-2018 en nuestra CA.

Material: Base de datos suministrados por el Sistema de Información:

- Fecha de recepción y realización
- Identificación del paciente
- Distancia (Km)
- Patología.

Método:

1_ Grupo de Mejora con la Mesa de TSNU y el Departamento de Calidad.

2_ Descripción de las variables, análisis y elaboración de informe.

Resultados

En los años 2016-18 se han realizado un total de 1326 TSNU intercomunitarios asistidos, constituyendo un 41,31% del total de TSNU intercomunitario en dicho período. El número total de traslados realizados ha sido 425, 443 y 526 respectivamente, variando de un 51,3% en el año 2016 a un 38,4% en el año 2018, frente al TSNU no asistido.

El Tiempo Medio de gestión (incluye valoración, autorización y asignación del recurso) desde que se recibe la petición del traslado hasta que el paciente es recogido por la ambulancia es de 1,08 días.

Por especialidades médicas: las más prevalentes en el período fueron Medicina Interna, seguido de Psiquiatría y Traumatología; con un perfil similar de paciente: varón con una media de edad 58,5 años.

El recorrido medio de retorno es de 480,07 (+/-169,44)Km.

Conclusiones

La tendencia en el período es decreciente viéndose la evolución del número de traslados asistidos frente a los no asistidos, lo que no se puede explicar con dicho estudio.

Tras la evaluación de las medidas implantadas de informatización del formulario de petición creado ad hoc, los nuevos pliegos de contratos, además de evaluar el impacto del traslado en el estado clínico del paciente, abre una nueva línea de mejora.

El perfil del paciente usuario de este servicio es un hombre pluripatológico, de mediana edad correspondiéndose con la especialidad más solicitada de Medicina Interna.

A pesar de que no es un indicador fijado para el TSNU asistido la realización de los traslados en menos de 24h tras la recepción de la solicitud, se demuestra como los tiempos de gestión del traslado, son asimilables a los establecidos para los TSNU no asistidos, siendo una mejora sobre el indicador.

CONSECUENCIAS DE LA AMPLIACIÓN Y CAMBIO DE LOCALIZACIÓN DE UNA CONSULTA DE VACUNOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

AUTORES

JOSE LUIS CARRETERO ARES¹; A ALVAREZ DIAZ²; M MARTINEZ SUAREZ³; S ALVAREZ HUERTA⁴; A GARCIA PÉREZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Dentro de la cartera de servicios de medicina preventiva en nuestro hospital, la consulta de vacunas se realiza orientada a pacientes con patologías complejas. Es una consulta de gran accesibilidad, a la que acuden pacientes derivados de Atención Primaria (AP) o bien por interconsultas que se hacen desde Atención Especializada, por diversos servicios hospitalarios (AE). Por su volumen, y por indicaciones de la dirección, en los tres últimos meses ha habido que ampliarla a un centro de especialidades de lunes a viernes, y cambiar la ubicación de la que se encontraba en el hospital siendo esta de lunes, miércoles y viernes.

Objetivos

Conocer si los pacientes con patologías complicadas que requieren ser inmunizados de forma activa artificial (vacunas) acceden adecuadamente a las citadas consultas, valorar las incidencias y el grado de satisfacción con la atención recibida.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal de un mes de duración, en el que se pasa un cuestionario heteroadministrado con consentimiento por parte del paciente analizando distribución por edad y sexo, las incidencias y sugerencias surgidas a raíz del cambio de localización, y el grado de satisfacción de 1 a 5, siendo 1 el peor, y 5 el mejor. Ámbito del Estudio: Consulta vacunología hospital de tercer nivel.

Resultados

Preliminares; hasta el momento 15 pacientes. Edad media: 48,46 (rango:15-66). Sexo:33,3% hombres. Declaran 7 pacientes incidencias, siendo el cambio de la ubicación (6/7) la queja más extendida, seguida en 2 casos por la espera en ser citados, y en 1 caso problemas con el aparcamiento. Contestaron 14/15 a la puntuación de calidad en cuanto a la atención, con una media de satisfacción de 4,78 puntos (alta).

Conclusiones

Pese al cambio de ubicación, existe una alta satisfacción en la calidad percibida de la consulta hospitalaria de vacunas. Como aspectos a mejorar la ubicación de la misma, que se incrementa en ocasiones por estar desdoblada con la de especialidades y la espera en ser atendidos en muy pocos casos.

GESTIÓN DE LA DEMANDA ENFERMERA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

AUTORES

MARIA ROSER PEDRET LLABERIA¹; R SAGARRA ALAMO²; M COTS MORENILLA³; MP DIEZHANDINO HERRERO⁴;
I EXPOSITO RODRIGUEZ⁵; N MORA GILABERT⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ABS MONT-ROIG DEL CAMP.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

Nuestra área básica de salud está formada por 2 Centros de Atención Primaria (CAP) y 3 consultorios.

Uno de los CAP tiene una población asignada de 6700 usuarios y un 16% de población no asignada. Durante los meses de verano esta población se ve aumentada en más de 60.000 personas.

La presión asistencial de visitas del día y de atención urgente es elevada durante el periodo de máxima afluencia existe un personal de refuerzo para esta atención. Una buena planificación a nivel organizativo y una formación adecuada a las enfermeras es imprescindible para conseguir una asistencia más segura.

Objetivos

Comparar el número de visitas urgentes atendidas por la enfermera y el número de visitas atendidas por la enfermera con carácter finalista durante los años 2016, 2017 y 2018 después de la formación estructurada de las enfermeras y de la organización específica de la atención urgente. Determinar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

Material y métodos

Estudio descriptivo. Durante el año 2018 se formó específicamente a las enfermeras de refuerzo para realizar una adecuada atención a las demandas de visita urgente. También se planificó específicamente la organización que debía tener la atención a las visitas urgentes, tanto en agendas como en número de profesionales.

Se recogen los datos mediante la estación clínica de Atención Primaria de las siguientes variables: nº visitas en agenda urgente años 2016, 2017, 2018, nº visitas atendidas por la enfermera en agenda de gestión enfermera de la demanda años 2016, 2017, 2018, nº de visitas en que la enfermera es finalista años 2016, 2017, 2018.

Los últimos 15 días del refuerzo del 2018, se pasó una encuesta para valorar el grado de satisfacción a todos los pacientes al finalizar la visita. La encuesta se realizaba anónima des del área de administración para no influir en la decisión del paciente. Valoración de las reclamaciones.

Resultados

2016: Visitas en agenda urgente 6434. Visitas atendidas por enfermera: 2 (0,03%)

Visitas atendidas por enfermera con resolución 0 (0,00%)

2017: Visitas en agenda urgente 6152. Visitas atendidas por enfermera: 2980 (48,44%)

Visitas atendidas por enfermera con resolución: 491 (16,48%)

2018: Visitas en agenda urgente 6041. Visitas atendidas por enfermera 4194 (69,43%)

Visitas atendidas por enfermera con resolución: 1545 (36,84%).

Encuesta de satisfacción: 98% MUY BIEN; 2% BIEN; 0% REGULAR; 0% MAL. No obtuvimos ninguna reclamación.

Conclusiones

Con una formación específica y una planificación de los recursos aumenta en un porcentaje importante la atención y la resolución de las demandas urgentes de los usuarios por parte de la enfermera. También podemos concluir que está muy bien aceptado por los pacientes. La Gestión de la demanda enfermera ayuda a Fomentar los autocuidados y mejorar la accesibilidad

MEJORANDO LA GESTIÓN DE CAMAS

AUTORES

MARIA LUISA CHECA AMARO¹; MT RODRIGUEZ MUÑOZ²; B GONZALEZ PIÑEIRO³; JL CAMACHO PASTOR⁴;
C NOGUERA QUIJADA⁵; V CASTILLA CASTELLANO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

En la encuesta de satisfacción de 2017, los usuarios mostraron insatisfacción con el tiempo de tránsito en la urgencia para ser ingresados. Se realizó un análisis causal, identificándose la dificultad de obtener información de las camas libres disponibles.

Objetivos

Visualizar la disponibilidad de camas en el Hospital con un cuadro de mando de reserva de camas y altas previstas.

Material y métodos

Ámbito: hospital de 400 camas del SERMAS. Periodo: 2016-2019.

En 2016 se identificó que la necesidad de información sobre gestión de camas del hospital para cada usuario (enfermería de planta, supervisores de enfermería y admisión) era diferente, y que no identificaba todas las necesidades para la gestión de camas.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con dirección asistencial, dirección de enfermería, sistemas de información y gestión de pacientes. Se definieron las necesidades de visualización de cada usuario, la responsabilidad de cada uno y la información necesaria para la toma de decisiones, se trasladó a un procedimiento de actuación.

Resultados

- Se centralizó la gestión en admisión de urgencias, a cargo del supervisor de guardia.
- Se reorganizaron los ámbitos del hospital en el mapa de camas: visualizando las camas de UCIC, ICTUS, etc.
- Se creó la posibilidad de ocupación de cama en Hospitalización por CMA de Hospital de Día.
- Se identificó en la orden del ingreso la estancia previsible (a partir de la estancia media del servicio) como alerta de pacientes que superan los días estimados de estancia.
- Se crearon marcas para identificar la situación del paciente: traslados, alta confirmada, alta física, alta física de fin de semana, alta anulada, exitus.
- Se mejoraron las vistas de camas libres:
 - De enfermería en los controles para conocer los pacientes con alta prevista, lo que permite realizar reservas para pacientes programados posteriores al alta
 - Supervisores información de los pacientes periféricos de las especialidades que gestionan, pendientes de traslado, pendientes de ingreso de programado o desde la urgencia
 - Admisión, visualiza las peticiones de reservas de camas y mapa de camas identificando las camas por control: instaladas, abiertas, cerradas, reservadas y libres. Identificando los pacientes que no tienen reserva de cama.
 - Aislamientos de todo tipo en el mapa de camas, para gestión de aislamientos por Medicina Preventiva, trabajo social, enfermería, etc.

Conclusiones

El nuevo mapa de camas permite visualizar las necesidades del usuario en la gestión de camas, identificando las camas libres.

En el primer trimestre de 2019 las camas están gestionadas en el 90% de los casos antes de las 15H, la reserva de camas de ingresos programados queda identificada antes de las 12:00H, aunque las altas confirmadas son identificadas en el 80% de los ingresos.

El mapa nos ha permitido agilizar la gestión y mejorar los tiempos de estancia de los pacientes en la urgencia.

ANÁLISIS DE DEMORA EN LA HORA DEL ALTA Y REPERCUSIÓN ASISTENCIAL Y ECONÓMICA.

AUTORES

FRANCISCO GARCIA GAMBIN¹; JL JIMENEZ MOLINA²; C MIRANDA LOPEZ³; M MARTINEZ CAÑADA⁴; A BAEZA ALCARAZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Gestión Clínica

RESUMEN

Justificación

La retraso en la salida del paciente tras el alta médica suma supone un coste asistencial y económico. En el presente estudio medimos el tiempo real del alta efectiva en cada una de los unidades y servicios, dependiendo del motivo de ésta, y la repercusión asistencial de la demora y el coste económico de la misma.

Objetivos

Medir el tiempo real del proceso del alta en cada una de las unidades de los hospitales. Análisis de las causas y propuestas de medidas de mejora.

Material y métodos

Material: Datawarehouse, His hospitalario y Excel.

Métodos: descarga de todas las altas producidas en un determinado intervalo de tiempo, y tratamiento estadístico.

Resultados

En el análisis del primer cuatrimestre de 2019 los resultados globales obtenidos han sido los siguientes:

Número de altas del periodo: 13.658

Hora media del alta: 15:04 horas

Demora en la salida del paciente sin transporte sanitario: 2:15 horas

Demora en la salida del paciente con transporte sanitario: 3:43 horas.

Conclusiones

Tras analizar los datos se detectan áreas de ineficiencia en el proceso del alta que provocan distorsiones en el circuito de hospitalización de los pacientes, como retraso del ingreso de los pacientes procedentes de urgencias y retraso en los traslados internos procedentes de UCI; además supone un incremento de incremento del número de menús que se sirven diariamente.

LICENCIA DE ESTERILIZACIÓN... AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

ANTONIO MARCIAL GARCIA HELLÍN¹; S RODRÍGUEZ SÁNCHEZ².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Las Centrales de Esterilización como pilar fundamental para el buen funcionamiento de los Hospitales, deben garantizar que todos los procesos están correctamente realizados.

Nuestro trabajo diario debe aportar calidad y seguridad a nuestros pacientes.

Objetivos

- Asegurar el correcto funcionamiento de la Central
- Certificar que todos los procedimientos cumplen con los estándares de calidad necesarios para garantiza la correcta ejecución de los mismos
- Realizar la correcta trazabilidad de todos los procesos de limpieza, desinfección, esterilización y almacenamiento del material
- Registrar y realizar seguimiento de los controles tanto ambientales como de funcionamiento del aparataje
- Inventariar todo el instrumental, contenedores
- Protocolizar todos los procesos y realizar la formación necesaria para que todo el personal se conocedor de ellos

Material y métodos

Imprescindible el apoyo recibido por parte de las Direcciones Médica y de Enfermería.

Reuniones con Supervisión del Bloque Quirúrgico y Esterilización, Técnico garante, Servicio de Preventiva y Unidad de Calidad del Hospital Universitario Infanta Elena (HUIE).

Relación de productos que se van a procesar, esterilizar y almacenar.

Definiciones de:

- Estructura organizativa, memoria y planos
- Instalaciones procedimientos, equipamientos y dotación de personal
- Técnico Garante
- Archivo documental
- Sistemas de vigilancia y respuesta a los incidentes y reclamaciones

Resultados

La cumplimentación de todos los ítems marcados por la Agencia Española del Medicamento y el correcto desarrollo de todos los procesos nos aseguró la obtención de la Licencia de Funcionamiento de nuestra Central de Esterilización en el HUIE.

Conseguir la Licencia, ha sido y es un orgullo para todo el personal, que disponiendo de protocolos y formación necesaria y constante, está altamente motivado para seguir trabajando correctamente.

Conclusiones

La Licencia nos confirma el buen funcionamiento de nuestra Central de Esterilización, garantizando la seguridad y calidad de nuestros procesos y por ende la mejora en seguridad para nuestro pacientes.

DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA A PARTIR DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INTERNA

AUTORES

CARMEN TERESA GONZALEZ-MARTIN¹; AM MOLTO-LLARENA².

CENTRO DE TRABAJO

UNIDAD DE CALIDAD GERENCIA ATENCION PRIMARIA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La implantación de un Sistema de Gestión de Calidad incluye entre sus objetivos la seguridad y satisfacción del cliente, tanto externo como interno.

Objetivos

Realizar una encuesta de satisfacción dirigida al cliente interno, para identificar áreas de mejora.

Material y métodos

La encuesta, anónima y voluntaria, se realizó a todos los profesionales del ámbito asistencial de la Gerencia de Atención Primaria (GAP), a través de la Intranet corporativa. Se utilizó una modificación de la 'Organization Assessment Guide' de Canadá. La encuesta consta de tres partes:

- 39 preguntas cerradas sobre 4 áreas temáticas: gestión de equipos y personas, liderazgo, política y estrategia, procesos. Se contestaban en una escala de valoración de 5 niveles: casi nunca valor 1, casi siempre valor 5.

- Áreas prioritarias de mejora: uso racional del medicamento, actividades preventivas y de educación sanitaria, capacidad de resolución de urgencias extrahospitalarias, tiempo de atención por paciente, capacidad de resolución en Atención Primaria (AP), coordinación entre AP y Atención Especializada (AE).

Se puntuaba con el valor comprendido entre 1 máxima prioridad y 6 mínima prioridad.

- Una pregunta abierta sobre áreas adicionales de actuación: coordinación con AE, gestión de la GAP y de los Directores de Centros de Salud (CS), condiciones y lugar de trabajo, formación.

Resultados

El nivel de respuesta fue del 17% (348 contestadas/2115 enviadas).

Por categoría profesional, las de mayor participación fueron los Trabajadores Sociales (26%) y los Médicos (20%).

Las preguntas con valoraciones más positivas fueron: "Sé lo que necesito saber para hacer mi trabajo" (82%) y "Encuentro que los miembros de mi CS se preocupan realmente por lo que hacen" (76%).

Las más negativas fueron: "Encuentro que a las personas se les apoya para que adquieran la preparación y el desarrollo que necesitan" (78%) y "Encuentro que los errores son corregidos y que a la gente se le pregunta que aprendieron de ese error" (78%).

En la valoración general por bloques, el mejor valorado es el de Liderazgo y el peor valorado es el de Gestión de equipos y personas.

Las áreas prioritarias de mejora que despiertan una mayor preocupación son: la capacidad de resolución en AP, las actividades preventivas y de educación sanitaria en AP y el tiempo de atención por paciente.

Casi el 50% de las preguntas abiertas hacen referencia a 3 áreas subsidiarias de mejora: la coordinación con AE, la Gestión de la GAP y Directores CS y mejorar las condiciones de trabajo debido al aumento de la presión asistencial.

Conclusiones

La baja participación observada podría explicarse por el diseño de la encuesta con un bloque de preguntas abiertas que requieren más tiempo para su cumplimentación y por el carácter voluntario de la misma.

Destacaríamos que las áreas de mejora que despiertan más preocupación son las relacionadas con la atención al usuario: capacidad de resolución, actividades preventivas, tiempo por paciente.

Otro punto de interés es la coordinación entre AP y AE.

UNA HERRAMIENTA EN LA GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

AUTORES

CARMEN TERESA GONZALEZ-MARTIN¹; AM MOLTO-LLARENA².

CENTRO DE TRABAJO

UNIDAD DE CALIDAD. GAP TENERIFE.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En 2018, la Gerencia de Atención Primaria (GAP) puso en marcha un procedimiento para implementar la Gestión de Riesgos/Oportunidades de su Sistema de Gestión de Calidad (SGC), conforme a la Norma ISO 9001:2015.

Objetivos

Elaborar una Hoja Técnica para identificar, analizar y evaluar los riesgos del SGC de la GAP, con la finalidad de priorizar la actuación sobre ellos.

Material y métodos

El proceso de gestión de riesgos/oportunidades comprende:

ESTABLECER EL CONTEXTO:

La organización determina que cuestiones externas e internas le son pertinentes y afectan a su capacidad de lograr los objetivos.

Utilizamos la herramienta DAFO, que analiza las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades de nuestra organización y que ayuda a la toma de decisiones.

IDENTIFICAR LAS PARTES INTERESADAS:

Se identificaron las partes interesadas internas y externas y sus necesidades y expectativas que pueden influir en los procesos de la organización o que se puedan ver afectadas por los mismos.

Una vez identificadas, se determinó cuáles son las relevantes para nuestro SGC, teniendo en cuenta:

La **IMPORTANCIA**: nivel de influencia que tiene cada grupo en los procesos de nuestra organización.

El **IMPACTO**: capacidad de afectación que tienen nuestros procesos sobre los grupos de interés.

IDENTIFICAR LOS RIESGOS:

Riesgo es el efecto de la incertidumbre que puede ser positivo (oportunidad) o negativo (amenaza).

Utilizamos la herramienta AMFE (análisis modal de fallos y efectos) que posibilita la identificación, evaluación, cálculo y priorización del riesgo, permite la monitorización del tratamiento de los riesgos, los registros de las acciones y la mejora continua.

Los parámetros que se han definido en la determinación del contexto y de las partes interesadas, se tendrán también en consideración para identificar los riesgos.

Resultados

EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS:

Se utilizaron los siguientes criterios de evaluación:

Gravedad-severidad:

Es el efecto negativo que puede ocasionar el posible fallo.

Se valora en una escala de 1-10 (muy baja-muy alta).

Probabilidad:

Es la frecuencia con la que puede ocurrir el fallo.

Se valora en una escala de 1-10 (improbable-frecuente).

Detectabilidad:

Es la posibilidad de que el fallo sea detectado antes de que produzca daño.

Se valora en una escala de 1-10 (muy detectable-detección improbable).

Para la evaluación global utilizamos:

- Índice de prioridad del riesgo: producto de la gravedad por la probabilidad y por la detectabilidad.

- Índice de criticidad: producto de la gravedad por la probabilidad.

En función de la más alta puntuación obtenida en la evaluación, que queda reflejada en una matriz de riesgos, se priorizaron las acciones enfocadas a minimizar los riesgos y a aprovechar las oportunidades.

Conclusiones

Esta Hoja Técnica se utilizó como herramienta de análisis en diferentes procesos del SGC, obteniendo unos resultados que nos permiten afirmar que es una herramienta útil para identificar y priorizar riesgos/oportunidades y actuar sobre ellos.

TRAZABILIDAD DE ESTUPEFACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

CARMEN TERESA GONZALEZ-MARTIN¹; AM MOLTO-LLARENA².

CENTRO DE TRABAJO

UNIDAD DE CALIDAD. GAP TENERIFE.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La dispensación controlada de estupefacientes es una obligación regulada por Ley y una responsabilidad de los servicios de farmacia.

Objetivos

Definir el procedimiento para la petición, almacenamiento, custodia y utilización de los estupefacientes en los Centros de Salud (CS) y Servicios Normales de Urgencias (SNU) de la Gerencia de Atención Primaria (GAP).

Material y métodos

El Servicio de Farmacia suministrará la medicación al DZB, que velará por la aplicación del procedimiento en sus CS/SNU.

Los médicos serán responsables del uso adecuado, del registro y firma de los vales de prescripción y del registro en la HC.

Para el correcto desarrollo del procedimiento se dispondrá de un programa informático específico en la Intranet.

El programa tiene tres niveles de acceso:

- Farmacia: para el registro de entrada de mercancía, salida a centros y devolución de todos los CS/SNU.
- DZB: para las solicitudes de pedido/devolución a Farmacia, seguimiento de prescripciones/incidencias en sus CS/SNU.
- Médico: para el registro obligatorio de los vales de prescripción a pacientes.

El pedido a Farmacia se realizará mediante solicitud electrónica del DZB con certificado digital.

Cada CS/SNU dispondrá de un stock que podrá ajustarse según necesidades, previa justificación del DZB y autorización de la Dirección Médica.

La recogida de ampollas se realizará en el Servicio de Farmacia, donde se ubicará el stock de Almacén en caja de seguridad. En dicho acto el DZB firmará el recibí con certificado digital.

Con cada ampolla utilizada se cumplimentará el vale de prescripción (documento legal necesario) con los datos del médico (nombre, apellidos, nº colegiado) y los del paciente (nombre, apellidos, CIP), firmado con certificado digital.

En caso de rotura de ampollas el médico cumplimentará el justificante en el vale de prescripción.

El almacenamiento de ampollas en los centros se hará en caja de seguridad. Fuera de ésta, se dispondrá de ampollas solo en el carro de urgencias. Cada CS/SNU tendrá un stock para el carro.

El DZB designará un Responsable para:

- Verificación diaria del stock del carro y comunicación al DZB en caso de incidencia.
- Reposición, por utilización o por retirada (caducadas, deterioradas, alertas). Las retiradas se devolverán a Farmacia por el DZB con el vale de devolución.

Resultados

La explotación de los movimientos de entradas (solicitudes de pedido a farmacia) y salidas (prescripciones, roturas accidentales, robo ó extravío y devoluciones a farmacia), genera un informe general que constituye el libro de contabilidad de estupefacientes.

Este informe se gestiona desde Farmacia y de él se extrae los datos que se precisa comunicar a la Agencia Española de Medicamento de forma periódica.

Conclusiones

La gestión integrada de todos estos movimientos contables de número de unidades que entran y/o salen, permite conocer el saldo existente en cada momento tanto en Farmacia como en los CS y SNU, cumpliendo así la obligación regulada por Ley.

LA CERTIFICACION ISO 9001 COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL PROCESO FORMATIVO DE POSTGRADO

AUTORES

VICTOR MANUEL SOLANO BERNAD¹; A DEL CURA BILBAO²; A BARCELONA TRIVEZ³; E DUASO LONGAS⁴; MM DOMÍNGUEZ CAJAL⁵; L DE LA CUEVA BARRAO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En la actualidad, los sistemas de gestión de la calidad (SGC) han evolucionado desde el mero control de la calidad a la gestión total, aplicándose en todos los ámbitos de un sistema sanitario. En el Hospital Universitario Miguel Servet hay vigente un SGC a través de la Certificación ISO 9001:2015, aplicado en 22 Servicios/Unidades. El proceso formativo de posgrado hospitalario (Comisión de Docencia Hospitalaria), lleva certificado desde el año 2012.

Objetivos

Describir y evaluar la aplicación de la certificación ISO 9001 en el proceso formativo de posgrado (Comisión de Docencia Hospitalaria), como herramienta para lograr la excelencia y disminuir la variabilidad.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo. Se han revisado los indicadores del cuadro de mandos establecido en el SGC (estratégicos, operativos de planificación, operativos de formación, operativos de evaluación y de apoyo) para el período 2012-2018. Se ha revisado la evolución de los indicadores incluidos en la encuesta de satisfacción anual que completan los residentes según modelo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de nuestra comunidad para el período 2014-2018.

Resultados

Todos los indicadores del cuadro de mandos se sitúan por encima del estándar establecido con una tendencia positiva a lo largo del período de estudio. Destaca el cumplimiento en la existencia de protocolo de supervisión, itinerario guía actualizado y planes individuales de formación para cada residente. La disponibilidad de tiempo de los tutores y la implicación de los residentes y las Unidades Docentes en la investigación han mejorado pero sin llegar a niveles satisfactorios.

Respecto a la encuesta comparado el inicio (2014) y el último año (2018) se ha mejorado sustancialmente en la casi totalidad de los aspectos abordados, destacando el cumplimiento de las actividades de carácter teórico y práctico de su programa formativo así como la valoración de la actividad desarrollada por los tutores.

Conclusiones

La aplicación de un SGC basado en la certificación ISO 9001 nos ha permitido garantizar que todos los residentes de nuestro hospital adecuan su proceso formativo a los requerimientos del Ministerio, sin existir diferencias entre todas las Unidades Docentes adscritas a la Comisión de Docencia. Además, el grado de satisfacción es óptimo en la mayor parte de los aspectos incluidos en la encuesta de satisfacción. No obstante, este tipo de certificación no nos garantiza realmente el resultado del proceso, siendo necesario planificar en un futuro próximo otro tipo de herramientas para evaluarlo.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

Alicia Del Cura Bilbao¹; I Guerrero Fernández de Alba²; ML Trillo Martínez³; VM Solano Bernad⁴; K Bliet Bueno⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Miguel Servet.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En la actualidad, los sistemas de gestión de la calidad (SGC) desarrollan la gestión total, que aplica la mejora continua que ofrece el ciclo PDCA -planificar, hacer, verificar y actuar-.

En el Hospital Universitario Miguel Servet hay vigente un SGC a través de la Certificación ISO, que sigue los requisitos de la normativa internacional, está adaptado a la normativa europea y alineado con la política de calidad de Aragón.

Se hace necesario un análisis del funcionamiento de este SGC para aproximarnos a su utilidad: conocer los puntos fuertes, debilidades y ámbitos de mejora, así como las necesidades percibidas por los profesionales que lo utilizan.

Objetivos

Identificar las fortalezas, desviaciones y áreas de mejora registradas en los informes de auditoría, y evaluar en qué grado se resuelven las desviaciones y se abordan las oportunidades de mejora entre dos ciclos de auditoría.

Material y métodos

Se han analizado los informes de auditoría -interna y externa- y las revisiones por la dirección de los últimos dos años. Se han identificado las fortalezas, desviaciones y áreas de mejora más frecuentes, clasificándose por áreas temáticas. Se ha verificado si las desviaciones establecidas en las auditorías en un año, se reflejaban en acciones correctivas durante el siguiente; y si las áreas de mejora identificadas en un año, fueron abordadas al siguiente.

Resultados

Se han clasificado los servicios/unidades según su actividad, habiendo 13 servicios centrales y 8 clínicos.

Las principales fortalezas se han detectado en las áreas de definición y desempeño de procesos, planificación y seguimiento de objetivos, gestión de no conformidades e incidencias, y adecuación de la documentación. Las desviaciones aparecen con mayor frecuencia en las áreas de comprensión del contexto de la organización, gestión de riesgos, recursos, adecuación de la documentación, definición y desempeño de procesos, planificación y seguimiento de objetivos, y gestión de no conformidades e incidencias. Estas desviaciones son tratadas con acciones correctivas, y en varias ocasiones pasan a ser fortalezas de un año para otro. Destacan como áreas de mejora, la definición y desempeño de procesos, planificación y seguimiento de objetivos, liderazgo, recursos humanos, y adecuación de la documentación; siendo en torno a la mitad, abordadas entre dos ciclos de auditoría.

Conclusiones

Las fortalezas, desviaciones y áreas de mejora más frecuentes son comunes a servicios clínicos y centrales. Se constata que el SGC redundante en la mejora continua; no obstante, se hace necesario incidir en los ámbitos identificados, reflexionar sobre el esfuerzo realizado por los servicios/unidades en el mantenimiento del SGC, y si este sistema se traduce en mejores resultados en la atención a los pacientes.

UNIDAD DE CALIDAD: NEXO DE UNIÓN DE SERVICIOS Y CRITERIOS DE CALIDAD

AUTORES

JULIANA MARTINEZ ESPÍÑEIRA¹; JA PESADO CARTELLE²; A FERNANDEZ LÓPEZ³; B MILLOR SANESTEBAN⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Xerencia Xestión Integrada Ferrol⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Nuestra organización mantiene un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) conforme a la norma UNE EN ISO 9001 desde el año 2000, en la actualidad cuenta con 7 servicios en el alcance y 1 en proceso de implantación con la norma UNE 179003.

Objetivos

Describir la metodología desempeñada por la Unidad de Calidad para la gestión de criterios comunes en el sistema de gestión de calidad. Describir la sistemática de trabajo con 7 Servicios y el equipo Directivo.

Material y métodos

Descripción de las actividades centralizadas desde la Unidad de Calidad para los 7 Servicios y Dirección:

- Revisión, adaptación de los criterios de la norma correspondiente, asesoramiento y facilitación de herramientas de gestión de la calidad
- Cronograma de visitas a los servicios para seguimiento y apoyo en el SGC
- Control de la información documentada: Control de cambios, versiones y pasivo de la documentación, Publicación en la intranet documentación vigente
- Convocatoria de reuniones de revisión del sistema con los servicios: Definir orden del día, Acta y archivo
- Convocatoria de reunión de revisión del sistema con la Dirección: Definir orden del día, Acta y archivo
- Seguimiento de las actividades de mantenimiento preventivo
- Gestión de las Auditorías Internas del SGC
- Seguimiento de las acciones correctivas y acciones de mejora identificadas
- Gestión con la entidad externa de certificación

Resultados

- Los 7 Servicios realizan un DAFO ponderado y con seguimiento anual.
- La Dirección realiza un PEST y DAFO ponderado y con seguimiento anual.
- Los 7 Servicios identifican los riesgos y los evalúan a través del análisis AMFE. La Dirección también establece su matriz de riesgos propios y los derivados por los servicios
- Seguimiento de los riesgos con cronograma de reuniones trimestrales
- Seguimiento del sistema con la Dirección, cronograma de reuniones, difusión y archivo de actas
- Información Documentada: Control de la documentación generada por los Servicios
- Desempeño del cronograma de Auditorías internas anuales: Gestión, emisión de informes, archivo

Conclusiones

La gestión centralizada desde la Unidad de Calidad de los criterios generales de la norma ISO, resulta ser una herramienta eficaz de gestión. Valorada como dinamizadora del SGC por los Servicios
Clave en la comunicación entre 7 servicios y Dirección.

PADEICS: PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA TOMA DE DECISIONES DEL INSTITUT CATALA DE LA SALUT (ICS)

AUTORES

ANA MARTI DELGADO¹; J TRELIS NAVARRO²; J FERNANDEZ NAGER³; M ARTIGAS LAGE⁴; Y LEJARDI ESTEVEZ⁵; B BAYES GENIS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

EL PADEICS (Programa Asistencial de Expertos del Instituto Catalán de la Salud), nace en el ICS en 2017, con el objetivo de crear grupos de trabajo de profesionales que asesoren a la dirección asistencial en la definición de líneas estratégicas a seguir.

La clave de la creación de un grupo PADEICS consistía en la combinación del conocimiento de un grupo de profesionales sobre un tema con elementos propios de gestión clínica. Los 20 grupos de trabajo fueron los siguientes: Anestesia Preoperatorio, Atención Pediátrica Integrada, Anticoagulación Oral, Clínica del Dolor, Cronicidad, Espalda, Hepatitis, Medicina Intensiva, Enfermedades Minoritarias y Genética Clínica, NIDCAP(neonatos), Obesidad Mórbida, PROA(control de enfermedades infecciosas), Promoción de la salud, prevención y salud comunitaria, PROSICS(salud internacional), Radiología Intervencionista, Reproducción asistida, Residencias, Síndromes de Sensibilidad Central, Urgencias y VIH y enfermedades asociadas.

Objetivos

Diseñar e implementar una fórmula directa de participación profesional mediante un espacio de debate compartido para generar recomendaciones y propuestas que tengan un impacto directo en la toma de decisiones asistenciales en el ICS

Material y métodos

Cada grupo de trabajo tenía un coordinador/a y un secretario/a, expertos en el proceso asistencial. Por lo que se contó con 20 coordinaciones, de los cuales 15 fueron de atención hospitalaria y 5 de atención primaria. El programa constó en total de 428 profesionales de los cuales 246 fueron atención hospitalaria, 160 atención primaria y 22 atención compartida. Por categorías participaron 292 profesionales de medicina, 73 de enfermería, 31 de farmacia-laboratorio y 32 de otro tipo.

El periodo de evaluación es del año 2018. Se realizaron entre 3 y 7 reuniones por grupo. Se fijaron 68 objetivos para el PADEICS, distribuidos entre los 20 grupos.

A final de año se realizó la entrega al equipo directivo de documentos generados y la evaluación final de los objetivos, junto con una encuesta telefónica de satisfacción a las coordinaciones para evaluar el PADEICS.

Resultados

Se realizaron 78 reuniones en el PADEICS, distribuidas entre los 20 grupos, con un total de 225 horas. La participación media se situó en un 66,27 %, (3320 horas invertidas).

Se definieron un total de 68 objetivos, el 60,30% fueron cumplidos, 22,05% se encontraban en proceso de cumplimiento en diciembre de 2018 y 17,65% no se han iniciado aun. Los resultados de la encuesta fue en relación a la satisfacción sobre los objetivos conseguidos fue de alta satisfacción en todos los ámbitos preguntados.

Conclusiones

La alta consecución de objetivos, la participación notable y la satisfacción de la coordinación, demuestra que el trabajo por procesos y la multidisciplinariedad obtienen soporte de los profesionales sanitarios. La participación conjunta de atención hospitalaria y primaria, logra que se regule el proceso del paciente y su flujo de atención de manera más satisfactoria.

PROCESO DE AUDITORÍA ISO 13485 EN EMPRESA FABRICANTE DE PRODUCTO SANITARIO

AUTORES

Gorka Diez-Caballero Soto.

CENTRO DE TRABAJO

deviCE sistemas.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La correcta implantación de un sistema de gestión de calidad y su correspondiente mantenimiento, es uno de los pilares en las empresas fabricantes de producto sanitario. No solo porque la legislación en vigor lo exija, sino porque sin la sistemática que favorezca el cumplimiento continuo de los requisitos de seguridad y funcionamiento del producto sanitario, sería inviable la fabricación, agrupación, montaje o cualquier proceso en una empresa de este tipo. El reconocimiento de la empresa fabricante de producto sanitario a la necesidad de implantación de sistemas de gestión de calidad, cada vez es más habitual, y su auditoría en aras a la mejora continua y el mantenimiento de la eficacia del sistema, se hacen imprescindibles.

Objetivos

1. Comprobar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 13485, de la legislación y normativa de aplicación.
2. Comprobar la superación de las no conformidades de la auditoría anterior.
3. Vigilar la mejora de la empresa en la gestión de la calidad.

Material y métodos

El material utilizado para la realización de la auditoría es además de la norma ISO 13485, el Reglamento 745/2017, la norma ISO 14971 de gestión del riesgo, la norma ISO 62304 de software informático, EN 980 de libro de instrucciones, EN 1041 de etiquetado en producto sanitario, fundamentalmente.

El método utilizado es el de auditoría muestral realizada a todos los procesos de la empresa.

Resultados

1. La empresa consigue el reconocimiento del auditor por la mejora respecto a la auditoría anterior.
2. El número de no conformidades mayores se reduce considerablemente, quedando las relacionadas con la revisión por la dirección.
3. El informe de auditoría es bien aceptado por la empresa, no habiendo discusión alguna en las no conformidades y observaciones evidenciadas.

Conclusiones

1. El compromiso en la gestión por la calidad de la empresa es muy superior al que existía el año anterior.
2. Se evidencia la importancia concedida al mantenimiento de un sistema de gestión ISO 13485, e incluso se plantea su certificación.
3. La mejora en los conocimientos legales y normativos de la empresa son evidentes, pero dada la cantidad de requisitos existentes, se sigue considerando importante un apoyo externo.
4. Se reconoce la necesidad de que la auditoría interna siga realizándose por una consultora, ya que permite identificar aspectos que pueden pasar desapercibidos por las personas que están implantando y manteniendo el sistema en el día a día.
5. Sigue existiendo cierta incomodidad por la incertidumbre en el modo de aplicación de diferentes requisitos de los nuevos Reglamentos.

PROCESO DE CERTIFICACIÓN CE DE UN DISPOSITIVO MÉDICO PARA DIAGNÓSTICO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA

AUTORES

Eider Fortea Méndez¹; N Aristimuño Murua².

CENTRO DE TRABAJO

deviCE sistemas.¹; ULMA².

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Con la entrada en vigor de los nuevos reglamentos de producto sanitario 745/2017 (MDD) y 746/2017 (IVD) las exigencias legales y normativas a los fabricantes y a todos los agentes económicos que intervienen en el ciclo de vida del producto, han aumentado considerablemente. A partir del 26 de mayo de 2020, todos los productos sanitarios independientemente de su clase, tendrán la obligación de realizar evaluación clínica, los programas informáticos quedan claramente definidos como producto sanitario y productos de limpieza de estos productos también entran dentro de la consideración, lo que significa que han de cumplir con los requisitos que exige la nueva legislación.

Objetivos

El principal objetivo del proyecto es conseguir el marcado CE del dispositivo. Para ello se identificaron los siguientes subobjetivos:

1. Conseguir la licencia de funcionamiento como fabricante de producto sanitario de la AEMPS.
2. Diseñar, desarrollar e implantar un sistema de gestión de calidad conforme a la norma ISO 13485 en vigor.
3. Realizar toda la documentación técnica requerida en el Reglamento 745/2017 de productos sanitarios y en las normas armonizadas de aplicación.
4. Diseñar y desarrollar un sistema de gestión de riesgos y la documentación correspondiente a la norma de referencia ISO 14971 en vigor.
5. Realizar la evaluación clínica pertinente.

Material y métodos

Son, los Reglamentos, las normas armonizadas y especificaciones comunes, el material necesario a utilizar para conseguir el marcado CE de un producto sanitario.

El método utilizado, es la propia lectura, interpretación, adaptación y aplicación, así como el seguimiento de dicha legislación y normativa.

Resultados

1. La empresa fabricante dispone de la licencia de funcionamiento.
2. El informe de evaluación clínica muestra las claras ventajas de la utilización del producto en cuestión.
3. La gestión de los riesgos arroja un saldo muy favorable al producto, demostrando la no existencia de ningún riesgo inaceptable.
4. El sistema de gestión de calidad ISO 13485 ha sido implantado y auditado con buen resultado.
5. El producto dispone de marcado CE.

Conclusiones

1. Las empresas fabricantes de producto sanitario, especialmente la pequeña y mediana empresa, desconoce las exigencias de los nuevos Reglamentos y no es capaz de calibrar el impacto que su cumplimiento supondrá en su empresa.
2. Especialmente los fabricantes de producto sanitario, pero también empresas que suministran a los fabricantes de producto sanitario, se ven en la necesidad de reforzar su gestión y conocimiento en calidad y seguridad del producto, mediante la contratación interna de personal especializado o de consultoras que les realicen esta labor.
3. Se presume que no va a ser posible, por parte de la administración, el cumplimiento de alguno de los plazos que aparecen en los reglamentos, por ejemplo, el referente al código UDI.
4. Los Organismos Notificados van a estar más especializados y más controlados.

DE LA GESTIÓN DEPARTAMENTAL, A LA GESTIÓN POR PROCESOS. UN CAMBIO NECESARIO

AUTORES

NURIA PRATS CAMI¹; J GRACIA PEIRO²; J QUILEZ JOVER³.

CENTRO DE TRABAJO

Sant Joan de Deu. Terres de Lleida¹; Sant Joan de Deu. Terres de Lleida²; Sant Joan de Deu. Terres de Lleida³.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Nuestra organización en los últimos años ha tenido un crecimiento muy considerable. Ampliación de la cartera de servicios, del número de profesionales con diferentes perfiles con la creación de nuevos espacios asistenciales y descentralizados por el territorio.

Hasta ese momento, en cada servicio internamente ya se abordaba y trabajaba diferentes aspectos de calidad para dar respuesta a sus propias necesidades, y al mismo tiempo para satisfacer a los estándares o normas a las que estaban obligados como proveedores.

El hecho de diversificar los servicios con diferentes administraciones o clientes, con requisitos y normas distintas, suponía que un mismo aspecto se podía abordar desde varias formas pero con intervenciones muy similares. Esta duplicidad, en muchos casos de recursos y esfuerzos planteó la necesidad de establecer una sistemática de trabajo conjunta que integrara los diferentes sistemas de acreditación para dar respuesta a los diferentes proveedores y requisitos de la administración.

El hecho de que en algunos servicios ya estaban certificados bajo la norma ISO 9001:2015, y partiendo desde la revisión y adaptación del Mapa cero de procesos, ha servido de base para establecer esta sistemática y realizar esta integración con procesos e indicadores conjunto.

Objetivos

Implantar un sistema de gestión de calidad integrado que responda a los diferentes sistemas y normas de acreditación y los requisitos de los proveedores. Desplegar el mapa de procesos con el fin de implementar la gestión por procesos.

Material y métodos

Como material se disponía:

- Los requisitos que pide la administración como proveedores de servicios, en nuestro caso de Salud (estándares de Calidad de Catalunya), Servicios Sociales (calidad FEAPS) e infancia.
- La certificación con la Norma ISO 9001:2015 de varios servicios y con la perspectiva de ampliar en un futuro al resto de la cartera de servicios.
- Base documental de cada departamento.
- Mapa procesos.

La metodología se centró:

- Análisis DAFO
- Revisión del mapa de procesos.
- Base de datos integral.
- Revisión sistemática de la documentación

Resultados

Se genera una nueva versión del mapa de procesos y fichas de subprocesos en donde se agrupan e interrelacionan los diferentes estándares, normas y criterios. De la revisión sistemática del gestor documental se integran diferentes documentos, se detectan los obsoletos o que no aportan valor y los que son necesarios elaborar.

Se elabora una base de datos con los diferentes criterios y sus indicadores correspondientes que permite realizar auto evaluaciones de cada acción o criterio y conocer el estado de cumplimiento.

Conclusiones

El hecho de implantar esta metodología de trabajo pensamos aumentará la eficiencia evitando la duplicidad de acciones y recursos. Nos permitirá tener una visión amplia de toda la organización, pero al mismo tiempo pese a la extensión, variabilidad de servicios y recursos reflejar una coherencia organizativa con líneas estratégicas conjuntas.

INDICADOR DE ACTIVIDAD GLOBAL EN EL CUADRO DE MANDO. UNA EXPERIENCIA DE CÁLCULO Y USO EN EL ANÁLISIS DE EFICIENCIA

AUTORES

JOSE LUIS PONTON SIVILLA¹; A CARREÑO MIRALLES²; L MACHUCA TACON³; F BACIERO LORZA⁴; R MONTOLIU VALLS⁵; D CORTASA VIDAL⁶.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El cuadro de mando integral de las organizaciones se ha convertido en la herramienta principal de análisis y seguimiento de actividad. Sin embargo, es necesario disponer de un concepto agrupador que mediante un valor concreto permita comparar la actividad realizada y la eficiencia, en el tiempo y diferentes centros cuando las diversas líneas asistenciales siguen tendencias diferentes.

Objetivos

Calcular un indicador global de actividad para su integración en el cuadro de mando integral que sintetice en un único valor la actividad: unidades globales de actividad (UGA).

Comparar el indicador en el tiempo, centros y relacionarlo con otros parámetros como el gasto y el número de pacientes atendidos.

Material y métodos

Se seleccionaron 17 conceptos de actividad, correspondientes a las líneas de hospitalización, consultas externas, hospital de día y técnicas terciarias. Para cada uno de estos conceptos se calculó un peso o unidad relativa de valor (URV) función de la tarifa de cada una de las líneas y el uso de recursos relativo entre conceptos de la misma línea. Se calculó número de UGAs como sumatorio de cada uno de los resultados de multiplicar la cantidad de actividad por su URV. Se compararon las UGAs del 2018 y 2017, para nuestros 3 centros y para los tumores de mama, pulmón y colorectal. Finalmente, se relacionaron las UGAs con el gasto sin medicamentos y se procedió a calcular el coste por paciente y año.

Resultados

La comparación de las UGA refleja un incremento de actividad del 6,7% en nuestra organización entre 2018 y 2017, difícil de objetivar analizando por separado cada una de las líneas. El coste sin medicamentos por UGA disminuyó ligeramente (-0,22%) respecto al 2017, situándose en 2018 en 65,14 €/UGA con una desviación estándar de 7,00 €. La comparación de las UGA de cada uno de los centros en el 2018, permite establecer una jerarquía de productividad: centro 1 - 690.335 UGAs (100%), centro 2 - 405.848 UGAs (59%), centro 3 - 287.320 UGAs (42%). Los casos con cáncer de mama fueron los que más actividad reflejaron en 2018 (190.979 UGAs) seguidos de pulmón (128.414 UGAs) y colorectal (98.232 UGAs). Sin embargo, el mayor uso de recursos por paciente y año se puede atribuir a pulmón con 43,4 UGAs/Paciente-año; más del doble que lo calculado para mama (17,5 UGAs/Paciente-año). El coste 2018 sin medicamentos por paciente y año para mama, pulmón y colorectal fue de: 1.143 €, 2.825 € y 1.563 € respectivamente.

Conclusiones

El cálculo de un indicador global de actividad puede ser muy útil para analizar la evolución en el tiempo y comparar centros de características similares. La selección de prestaciones y la determinación de sus URVs es fundamental en el método, sin embargo hacen falta grandes variaciones en las URVs para modificar el resultado de los indicadores finales. La combinación de las UGAs con el número de pacientes y los costes, permite una primera aproximación a los costes y eficiencia por paciente.

ARMONIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA EN UNA INSTITUCIÓN MULTICÉNTRICA DE SALUD: RETOS Y OPORTUNIDADES.

AUTORES

ESTER GONZÁLEZ MUÑOZ¹; G IMPLANTACIÓN HERRMIENTA DIAGRAMACIÓN²; G INTRANET CORPORATIVA³; G CALIDAD CORPORATIVA⁴; A VIDAL MILLA⁵.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La organización por procesos y el trabajo acorde a protocolos establecidos y documentados son objetivos básicos de la política de calidad de nuestra Institución. El carácter multicéntrico añade el reto de incrementar la eficiencia y disminuir la variabilidad en la aplicación de los procedimientos.

Para facilitar alcanzar dicho objetivo se decidió la adquisición de una nueva herramienta para la diagramación de los procesos de nuestra Institución, haciéndose necesario traspasar toda la información que podíamos encontrar dispersa en diferentes aplicaciones.

Objetivos

Se pretende uniformizar la información documentada, garantizar su disponibilidad para la consulta, asegurar la vigencia, unificar el sistema de clasificación y codificación de documentos y homogeneizar –en la medida de lo posible– las particularidades derivadas de ser una Institución multicéntrica

Material y métodos

Se han extraído listados con los contenidos de las diferentes aplicaciones (herramientas de diagramación de procesos e intranet institucional) para seleccionar aquella información documentada que debía incorporarse a la nueva herramienta de diagramación, afrontando un proceso de racionalización y selección, con visión transversal entre los distintos centros.

Resultados

De la experiencia realizada creemos relevante destacar los siguientes hallazgos.

- Se usaban dos aplicativos corporativos diferentes para la difusión de la documentación sobre procesos, procedimientos e instructivos (junto a los documentos, impresos y registros a ellos vinculados): Intranet de la organización y herramienta de diagramación Qualigram.
- Gran volumen de documentos “en creación” que no han llegado a completar el ciclo de validación para su publicación (32.7% que están en creación, a los que se suma otro 10.4% que no han llegado a publicarse).
- Codificación que no sigue los estándares establecidos. El 9.6% en qualigram e indeterminado en intranet por ausencia o sistemas de codificación propios de servicio. Códigos ligados a más de un documento diferente.
- Elevado porcentaje de documentación fuera del periodo de vigencia establecido o sin posibilidad de determinarlo (18% en el servidor de qualigram, 41% en la parte de diseño de qualigram y 58.5% en la intranet).
- Dispersión de la información: Documentos similares se encuentran bajo epígrafes distintos.
- Publicación de diferentes versiones de un mismo procedimiento, instrucción o documento.

Conclusiones

La armonización del proceso de elaboración, validación y publicación de documentos es imprescindible para abordar la compleja gestión documental en una institución sanitaria multicéntrica.

La implantación de una herramienta de representación gráfica de procesos permite promover la sistematización y estandarización de los mismos gracias al trabajo de equipos transversales para alcanzar los objetivos de calidad establecidos por la Institución.

REVISIÓN DEL SISTEMA DE AUDITORÍAS INTERNAS EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA MULTICÉNTRICA: OPORTUNIDADES DE MEJORA.

AUTORES

ESTER GONZÁLEZ MUÑOZ¹; G AUDITORES CORPORATIVOS²; G QUALITAT CORPORATIVA³; A VIDAL MILLA⁴.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Una de las herramientas fundamentales para la mejora de un sistema de gestión de la calidad son las auditorías internas. Los diferentes centros de nuestra Institución cuentan con un conjunto de profesionales formados y con experiencia como auditores internos del sistema de gestión de la calidad que aplicaban en su entorno de trabajo. Creemos necesario impulsar -desde Calidad Corporativa- la participación del personal en el sistema de gestión de la calidad.

Objetivos

Establecer un grupo de profesionales implicados en la realización de auditorías internas.
Formar y empoderar a estos profesionales para desarrollar un sistema cruzado de auditorías no sólo entre diferentes centros de trabajo sino entre distintos departamentos.
Dotar de una nueva dimensión al desarrollo de las auditorías, complementando los aspectos normativos ISO auditados con los requisitos que establece el sistema de Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria, obligatorios para una institución sanitaria.

Material y métodos

Se ha creado un grupo de auditores, solicitando su colaboración para la realización de las auditorías internas de procesos en áreas de trabajo fuera de su ámbito.
Se ha realizado revisión bibliográfica en ISO, acreditación hospitalaria y realización de auditorías, confeccionándose un listado de verificación que integra cuestiones a responder claramente identificables. Así mismo, se ha realizado una adaptación del lenguaje de los ítems auditados para favorecer la comprensión global de los profesionales de los servicios a auditar.
Se ha establecido un calendario de auditorías adaptado a las necesidades de los servicios y que facilite el análisis de los resultados obtenidos, permitiendo acometer mejoras frente a futuras auditorías externas.

Resultados

Se ha conformado un grupo de 8 personas, pertenecientes a 5 servicios diferentes, 7 categorías profesionales y con distintos niveles de formación y participación en auditorías internas.
Se ha establecido un listado de 100 preguntas, divididas según los epígrafes de la norma ISO, que incluye cuestiones sobre los estándares de la acreditación hospitalaria.
Con el nuevo calendario de auditorías se ha disminuido del número de cambios de fecha: de 7 cambios en 2018 a 1 cambio en 2019.

Conclusiones

La revisión del sistema de auditorías de nuestra Institución ha permitido el seguimiento y control de los procesos según la norma ISO y los requerimientos de la acreditación hospitalaria de forma gradual y planificada.
La ubicación cronológica de las auditorías representa un valor añadido permitiendo el análisis de los hallazgos y su mejora para hacer frente a las auditorías externas.
Involucrar a personal de diferentes áreas de la organización fomenta la comunicación, garantiza la independencia de los resultados, unifica criterios y fomenta el compromiso de los profesionales con la gestión de la calidad de la institución lo que ha conllevado una mejora del funcionamiento del sistema.

PLAN INTEGRAL DE FORMACIÓN POR OBJETIVOS PARA RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

AUTORES

AINGERU SARRIUGARTE LASARTE¹; M PRIETO CALVO²; H MARIN ORTEGA³; L AGIRRE ETXABE⁴; O GUTIERREZ GRIJALBA⁵; AM SANJURJO SAN MIGUEL⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI HOSPITAL CRUCES.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo es una de las más extensas y en la que más conocimientos tanto teóricos como prácticos es preciso adquirir. Con el objetivo de ofrecer una mejor formación, nuestro centro ha elaborado un proyecto integral de formación de residentes adaptado al sistema MIR y al plan de Docencia de nuestro hospital.

Objetivos

Valorar la mejoría en la calidad de las competencias teóricas y prácticas adquiridas durante la formación de los residentes, tras la implantación de un plan específico de formación para residentes de Cirugía General.

Material y métodos

Sobre un calendario de estancias formativas en las diferentes secciones subespecialistas equilibrado según el año de residencia, se realiza una serie de actividades complementarias distribuidas a lo largo del año.

A nivel teórico, respecto a un temario acorde al año de residencia, se realizan sesiones temáticas trimestrales impartidas por los propios residentes y evaluaciones anuales sobre la materia. Por otro lado, se realizan sesiones mensuales con profesionales expertos en diferentes materias como enfermería de ostomizados, instrumentistas, anestesistas, etc. Además, se ha instaurado un sistema de videoconferencias trimestrales con Hospitales de referencia a nivel internacional.

En cuanto a la formación práctica, de manera paralela a la progresiva realización de intervenciones que ejecutan los residentes (evaluadas mediante el sistema OSATS), se imparten en el hospital virtual que dispone nuestro centro, cursos de técnicas quirúrgicas básicas, laparoscopia básica en simuladores y avanzada en cerdos.

Respecto a la difusión del conocimiento e investigación, se ha desarrollado un calendario de formación, mediante el cual los residentes realizan de manera escalonada diferentes presentaciones en congresos (poster, oral y video) desde casos clínicos hasta la realización de un estudio de investigación con presentación de artículos científicos en revistas científicas.

Resultados

De manera progresiva todos los residentes adquieren los conocimientos teóricos necesarios y son capaces de realizar, primero de manera experimental y después en pacientes, las intervenciones requeridas para su formación como especialistas (Tabla 1: número de intervenciones por residente y año). Todos los residentes finalizan la residencia siendo capaces de realizar presentaciones científicas y plantear proyectos de investigación, así como de redactar artículos para publicaciones científicas (Tabla 2: número de presentaciones a congresos y publicaciones por residente y año).

Conclusiones

Mediante la elaboración de un plan de formación específico para residentes de Cirugía General es posible mejorar la formación, tanto teórica como práctica, de los residentes, de manera que puedan adquirir el máximo nivel de conocimientos y habilidades que sirvan para su desarrollo como profesionales una vez finalizada la especialización.

IMPLANTACIÓN DE UN SGC EN EL SERVICIO DE APROVISIONAMIENTOS DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA SEGÚN LA NORMA ISO 9001:2015

AUTORES

ESTER GONZÁLEZ MUÑOZ¹; A TENA TAPIA²; G IMPLANTACIÓN CERTIFICACIÓN APROVISIONAMIENTOS³; S ELA AGUILAR⁴; A VIDAL MILLA⁵.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El ámbito de recursos constituye uno de los procesos de apoyo más relevantes de una institución sanitaria. Su actividad, que comprende, entre otras, las áreas relacionadas con la contratación administrativa, compras y logística, afecta a todos los ámbitos de la institución. Con el objetivo de homogeneizar procedimientos – en una institución multicéntrica - para contribuir a mejorar resultados, se propone la implantación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) en este ámbito de acuerdo con la norma ISO 9001:2015 para el período 2019-20. El servicio de Calidad corporativa de la institución actúa como ente colaborador y asesor metodológico en este proceso de implantación.

Objetivos

Describir el proceso de implantación de un SGC según la Norma ISO 9001:2015 en el servicio de aprovisionamientos de una institución sanitaria multicéntrica.

Material y métodos

Para la implantación del SGC de acuerdo con los requisitos norma ISO 9001:2015, el servicio de calidad corporativa propuso las siguientes etapas:

1. Sesiones divulgativas al personal de la unidad en los principios y requerimientos de la norma ISO 9001:20015.
2. Constitución de un grupo de trabajo o grupo impulsor de implantación de la norma
3. Valoración inicial de la situación de la unidad:
 - a. Recopilación de documentación interna y normativa legal aplicable
 - b. Realización de una auditoría interna.
4. Establecimiento de un cronograma de tareas:
 - a. Definición del mapa de proceso, procedimientos e instrucciones
 - b. Implantación de las medidas acordadas
 - c. Consolidación de éstas
5. Realización de la auditoría de certificación externa.

Resultados

El proceso de implantación del SGC según la norma ISO 9001:2015 ha empezado en marzo de 2019. Hasta la fecha, se han completado las primeras 3 etapas formuladas por el servicio de calidad corporativa y fase 4 se ha implementado parcialmente, siendo los principales resultados los siguientes:

1. Sesiones divulgación: 2 (una presencial y una por videoconferencia)
 2. Constitución grupo impulsor: formado por una representación interdisciplinar de los profesionales del ámbito y establecimiento de reuniones periódicas (8 reuniones en el periodo marzo-mayo 2019)
 3. Valoración situación unidad: para la auditoría interna se ha realizado una adaptación de las preguntas de la auditoría de modo que puedan dar respuesta a los requisitos de la acreditación hospitalaria
 4. Cronograma de tareas: se ha definido el mapa de procesos y se han identificado, en primera instancia, 21 procedimientos operativos que recogen toda la actividad del servicio. Actualmente, los procedimientos están en fase de elaboración
- Se prevé lograr la consecución de los puntos 4 (b y c) y 5 del proceso de implementación durante el período 2020.

Conclusiones

La implantación de un SGC en un servicio transversal como es el ámbito de recursos supone un gran avance para una institución sanitaria multicéntrica, ya que constituye una herramienta clave para la gestión y la mejora de los servicios ofrecidos a todos los grupos de interés de la organización.

TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN. COMPARTIR PARA MEJORAR

AUTORES

Irene Martínez Rodríguez¹; L García Fernández².

CENTRO DE TRABAJO

Oficina Corporativa Quironsalud.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El sistema de gestión del Grupo Quironsalud tiene sus pilares en los más exigentes estándares y normas de calidad, gestión ambiental y seguridad del paciente.

Las certificaciones y acreditaciones enriquecen la estrategia de la compañía y compartir el trabajo realizado en este sentido, favorece la mejora continua de los hospitales, servicios centrales y empresas del grupo.

Objetivos

Disponer de una herramienta diseñada específicamente para cumplir las necesidades y requerimientos del grupo que asegure de una forma unificada:

Fomentar que la dirección, responsables de los sistemas y responsables de proceso, lideren la mejora continua en la actividad asistencial y no asistencial de su competencia.

La transparencia y colaboración intercentro, compartiendo documentación, proyectos y resultados.

Favorecer el análisis de resultados a nivel de centro, territorio y compañía.

Compartir las mejores prácticas y casos de éxito que se han producido a nivel local y llevarlas a proyectos corporativos.

Material y métodos

Selección y adquisición de un software capaz de asumir el volumen de centros y usuarios cuya versatilidad permita un desarrollo propio.

Formación de profesionales de Quirónsalud para su diseño y desarrollo interno, garantizando así autonomía en la gestión, actualización y administración.

Desarrollo interno de formularios acordes con las necesidades del grupo y cuyo registro facilite el análisis y explotación de la información introducida.

Plan de formación de responsables de los sistemas de gestión del grupo y que a su vez forman a los responsables de proceso.

Resultados

Hemos creado un gestor documental sobre un mapa interactivo accesible a más de 30.000 empleados, donde se comparte la documentación corporativa y de centro.

Hemos desarrollado formularios de uso intuitivo conectando aquellos que tienen relación, facilitando y fomentando su uso. Estos se ubican en diferentes portales que agilizan su uso, seguimiento y explotación en base a consultas personalizadas.

Disponemos de resultados a nivel de centro, territorio y grupo, p.e:

Análisis de riesgos: su identificación y criterios de evaluación es común a toda la compañía y la evaluación se basa en las particularidades de cada centro.

Objetivos corporativos: emanan de la estrategia corporativa de seguridad del paciente, experiencia de paciente, transformación digital etc. Trimestralmente los centros los autoevalúan y después los evalúa corporativo.

Resultados de auditorías: las auditorías internas, externas e inspecciones están registrados y se explotan por centros, normas, procesos, etc.

Acciones de mejora: los centros registran su planificación y seguimiento y se analizan por su origen: buenas prácticas, riesgos, etc.

Conclusiones

Dos años con la herramienta nos dan la confianza de que el sistema de gestión está mejorando con la filosofía de compartir y procura la mejora de la calidad de la información y la implicación y participación de los profesionales del grupo.

UN MODELO DE RELACIÓN ENTRE FACTORES Y RESULTADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

AUTORES

Maria Pilar Pérez Company.

CENTRO DE TRABAJO

Asesora en temas de Calidad Asistencial en Centros de Salud.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En la actualidad los Cuadros de Información (CI) de resultados de cuidados, ofrecen una información general, con lecturas causa-efecto, muy lineales, que poco explica lo que está pasando en la realidad, ocasionando a menudo errores en el tratamiento de problemas y en las estrategias de mejora. La realidad es compleja y los sistemas de información intentan acercarse a esa realidad lo máximo posible. Durante estos años se ha elaborado un método que procesa la información para sacar las mejores conclusiones

Objetivos

Proponer un modelo de relación lógica entre factores y resultados, de variables agrupadas que proporcione información por segmentos profesionales y niveles de gestión.

Explicar dónde se ha aplicado y qué resultados ha obtenido

Material y métodos

Se ha creado un modelo cuya secuencia metodológica tiene tres partes. A. Creación de las bases de la información. B. Elaboración de los CI, C. Análisis de los resultados.

A. Definir Entidades relacionadas con cuidados sobre las que se quiere obtener información. Determinar cuáles son los Agrupadores (campos de información homogénea) de las identidades. Elaborar indicadores correspondientes a los agrupadores. Repositorio de indicadores (formato tipo Excel) código, fórmula, fuente de información, procesadores, etc.

B. Segmentar la población en cuatro niveles Enfermera Generalista, Gestora Unidad, Directivos Centro, Sociedad. Determinar qué información va a cada nivel. Definir formato amigable. Como ejemplo diremos que el CI de la enfermera contiene dos tipos de información una con la cantidad y complejidad de pacientes y el case mix y por otra los resultados de seguridad/complicaciones, bienestar y control de síntomas, continuidad de cuidados, satisfacción, etc. Mientras el de la gestora contiene información de productividad, actividad, recursos, organización, nivel de conocimientos, calidad resultados y calidad de procesos, la mayoría de esta información con indicadores sintéticos. El de Sociedad el impacto en la salud de la población desde el punto de vista social, económico, político.

C. La información de CI tiene una secuencia lógica que permite el análisis de resultados relacionando unas variables con otras y todas en su conjunto.

Resultados

Durante los años 2014/15 se construyó el modelo y se aplicó el nivel de gestión a tres unidades de Medicina Interna y una de Neurología en el Hospital Vall d'Hebron (Barcelona). Dando una información, que permitió la mejora con estrategias de tipo organizativo. Durante 2016/17 se desarrolló un programa en Institut Català de la Salut (Catalunya), para aplicarlo, consiguiendo un repositorio de 551 indicadores, y el diseño del CI de los Gerentes, que en la actualidad está siendo muy eficaz. En el 2019 se están desarrollando, en Hospital Dr. Peset (Valencia), los CI de la enfermera y de la gestora

Conclusiones

Estamos convencidos que modelos de relación lógica entre factores y resultados son los más adecuados para el análisis de los resultados y la mejora

UNA EXPERIENCIA LEAN EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES

MARIA GABRIELA SAIZ GARCIA¹; E GONZALEZ FERNANDEZ²; J GONZALEZ GOMEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El trabajo en una Unidad de hospitalización incluye un largo listado de tareas a desarrollar por el personal de enfermería y celadores. Además, tiene un enorme impacto en la gestión de los recursos, como material sanitario, fármacos, etc. La seguridad del paciente exige el control de numerosos aspectos, como la gestión de la calidad de los productos, incluida la gestión de las caducidades, la protocolización de actuaciones, la coordinación con los servicios médicos correspondientes y la supervisión de tareas del personal.

Siendo uno de estos aspectos críticos la gestión de almacenes de productos de uso en la unidad, se adoptó la Metodología Lean Manufacturing para mejorar la gestión del suministro, almacenamiento y utilización de medicamentos y productos sanitarios en la Unidad.

La Gerencia del Área Sanitaria organizó una jornada de formación sobre la Metodología Lean en el mundo de las organizaciones, sanitarias y empresariales, fruto de la cual se plantearon diversas líneas de mejora en diferentes áreas del hospital. En la Unidad 4ª Norte se adoptó una línea de mejora relacionada con la gestión de almacén de planta y la seguridad.

Objetivos

Se establecieron los siguientes objetivos:

- 1- Facilitar la organización del almacén y la accesibilidad a los productos y medicamentos
- 2- Evitar errores en la selección de los materiales y medicamentos a utilizar
- 3- Reducir las caducidades de medicamentos y productos

Material y métodos

Se revisó la organización de materiales y se modificó la estructura de almacén y el orden de productos, armonizando funcionalmente los diferentes materiales a utilizar; por ejemplo, se agrupó todo el material de vía venosa, el material de vía aérea, material de necesidad en aislamientos, material de curas y apósitos.

Se estableció una planilla de control de caducidades de medicamentos almacenados en planta.

Se estableció una sistemática de etiquetado de fecha de apertura de los envases multidosis, como jarabes, colirios, etc., estableciéndose también norma escrita sobre la fecha de caducidad de cada tipo de envase multidosis.

Se revisó y actualizó la gestión de los medicamentos especiales, mediante protocolo escrito para cada grupo de medicamentos.

Se estableció una sistemática para la revisión de los maletines de medicación de dosis unitaria.

Se documentaron todos los protocolos y pautas de actuación y se aseguró la difusión entre el personal de la Unidad.

Se estableció una sistemática de acogida e información para el personal eventual.

Resultados

Se incrementó la seguridad en los procedimientos de enfermería y cuidados.

No se han producido roturas de stock significativas.

Se han reducido los residuos por medicamentos caducados

Se ha incrementado la satisfacción del personal eventual de sustitución en la Unidad

Conclusiones

La adopción en el ámbito sanitario de herramientas de gestión que son habituales en el mundo de la industria, genera beneficios en la gestión de los productos de uso habitual, mejorando la eficiencia, y permiten mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

COMPONENTE CLAVE EN CUALQUIER SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD: SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS ACREDITADOS

AUTORES

Inmaculada Guerrero Fernández de Alba¹; A del Cura Bilbao²; ML Trillo Martínez³; K Bliet Bueno⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Miguel Servet.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La satisfacción de los servicios es un aspecto muy significativo según la norma ISO 9001. Su capítulo llamado “satisfacción del cliente” indica que “se debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas”. La norma ISO 9001 deja a disposición de la organización determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.

Objetivos

Desde la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet se ha diseñado una encuesta dirigida a los 24 servicios acreditados/certificados para medir la satisfacción de éstos en ISO 9001:2015.

Material y métodos

Se identificaron las personas responsables de calidad de cada servicio con la certificación ISO 9001:2015. Se diseñó una encuesta formada por 5 preguntas con escala Likert (Valoración mínima 1- Valoración máxima 5) y una cuestión de texto libre para comentarios y sugerencias. Se envió la encuesta a 24 servicios, con una tasa de respuesta del 50%. Posteriormente se analizaron los resultados con su posterior interpretación y propuesta de acciones.

Resultados

La valoración media de las cinco respuestas con escala Likert fue de 3,93. El aspecto con mayor puntuación (4,3) fue la implicación de la Unidad de Calidad en el cumplimiento de la Norma ISO; mientras que el de menor puntuación (3,5) fue el cumplimiento de los objetivos de este sistema de gestión de calidad (SGC). Se destaca como punto con margen de mejora la implicación y respuesta de la Dirección en las desviaciones detectadas en los servicios que trabajan este SGC.

Conclusiones

Un SGC se considera exitoso cuando satisface las necesidades y expectativas del servicio. El objetivo de obtener una encuesta de satisfacción de los servicios no es tanto la exposición de los datos, sino aportar valor con el análisis. Se pone de manifiesto que los servicios encuestados consideran que los objetivos de la Norma ISO 9001 no se alcanzan en su total medida, por lo que será necesario un esfuerzo mayor por parte de las partes implicadas para mejorar este aspecto. La Unidad de Calidad, con el fin de conseguir una mejora en sí misma y en los distintos servicios, realizará un seguimiento de la satisfacción para conocer el grado en que se cumplen los requisitos que los servicios esperan obtener con el SGC.

IMPLANTACIÓN DE UN SOFTWARE DE CALIDAD EN BASE A LA NORMA ISO 9001:2015

AUTORES

Ángel Salas García¹; E González Lao².

CENTRO DE TRABAJO

Fundació pel Control de Qualitat dels Laboratoris Clínics¹; Grupo ACMS.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Para facilitar la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en servicios sanitarios, se ha desarrollado un software en base a los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Objetivos

Facilitar la gestión de la documentación y los registros de servicios sanitarios. Contribuir a su mejora continua a partir de la información gráfica que permita realizar, controlar los indicadores, y realizar el seguimiento de las no conformidades, reclamaciones y acciones correctivas.

Material y métodos

El desarrollo del Software ISO 9001-ACMS permite su uso a los usuarios desde cualquier ordenador o dispositivo móvil. El acceso de los diferentes usuarios es con diferentes permisos para un uso adecuado de la información.

El software dispone de sistemas de seguridad, garantizando la información y la calidad de los datos, además de disponer una validación previa a uso, lo que permite al usuario desarrollar una validación propia de forma interna.

Se han implantado los siguientes bloques dentro del software:

Empleados: Perfiles de puesto y fichas de empleado.

Equipos: Identificación, mantenimientos, calibración/ verificación, limpieza/ desinfección, control ambiental e intervenciones.

Gestión de la calidad: documental, no conformidades/reclamaciones, acción correctiva, oportunidades de mejora, evaluación de controles, acciones formativas, auditorías, evaluación de la gestión del riesgo, indicadores y planificación.

Encuestas: Diseño de encuestas internas y externas, y evaluación de resultados

Proveedores: Registro y evaluación de proveedores. Controles de stock.

La información registrada se puede obtener para su análisis tanto en documento de diferentes formatos, como gráficos de exposición de resultados.

Resultados

Durante el 2018 se ha implantado esta aplicación en 15 servicios de distintas clínicas y hospitales, evaluando su aplicación para la implantación de la certificación en base a la norma 9001:2015.

El software ha permitido a los servicios sanitarios trabajar en los siguientes aspectos:

- Evaluación transversal de la Gestión del Riesgo mediante una matriz riesgo-impacto según la norma de Seguridad Clínica
- Generación de indicadores
- Control y eficacia de las no conformidades y acciones correctivas
- Seguimiento mediante alarmas de la programación de los mantenimientos de los equipos
- Establecer unos perfiles de puestos adecuados
- Gestor documental para todo el personal. Controlado y accesible
- Registro de los pedidos de compras
- Evaluación de proveedores
- Seguimiento del plan de formación anual
- Mejora y cumplimiento de la retroalimentación del cliente

Conclusiones

Implantar el software de calidad permite una mejor implicación de todo el personal en el sistema de calidad.

Presentar la información mediante el software contribuye a la mejora de la implantación de la norma ISO 9001:2015.

La información del software permite conocer la eficiencia del sistema de calidad a la alta dirección.

DISEÑO DEL PROCESO DE FORMACION DE UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA SEGÚN EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA E.F.Q.M.

AUTORES

Francisco Valiente Borrego¹; A Aranda García²; J León Villar³; I Muñoz García⁴; CM González Ponce⁵; JJ Fernández Ávila⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria (SOMUFARH)⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Nuestra Sociedad Científica adquiere un compromiso con la cultura de la calidad. Se propuso como objetivo la obtención del Sello EFQM 200+ y para ello Realizó un proceso de autoevaluación donde se detectaron puntos fuertes y áreas de mejora que sirvieron tras su priorización para la configuración de un Plan de Mejora constituido por tres acciones de mejora, una de ellas fue la gestión por procesos. En el desarrollo de la Gestión por procesos como herramienta de mejora continua abordamos la formación dentro de nuestra sociedad científica.

Objetivos

Diseñar el proceso de formación de nuestra sociedad científica como parte de un plan de mejora en la búsqueda del sello 200+ “compromiso con la excelencia” SEGÚN EL MODELO europeo de excelencia EFQM

Material y métodos

Constitución de un grupo de trabajo formado por los miembros de la junta directiva. Establecimiento de un cronograma de trabajo y desarrollo de la siguiente metodología: Descripción del proceso (misión, objetivo, destinatarios y expectativas, límites, subprocesos), representación gráfica (entradas y salidas, guías y recursos, mapa de procesos diagramas de flujo), elaboración de procedimientos y establecimiento de indicadores que permitan el seguimiento.

Resultados

Queda definida la misión y Visión del proceso de formación : “Formar profesionales competentes, innovadores, emprendedores y éticos, mediante el desarrollo de una formación planificada que consiga que nuestros socios desarrollen una actividad profesional, segura y que cubra las expectativas de los socios de nuestra Sociedad Científica”. Con la visión de pretender mantener a todos sus socios formados y satisfechos con los servicios prestados. El destinatario es el socio con demanda de formación con unas expectativas en cuanto a accesibilidad, comunicación, cortesía y competencia de un proceso de sencillo trámite de inscripción, optima información, trato amable y una gestión resolutive por nuestra parte como organizadores de la formación en nuestra sociedad. Límite de entrada es el socio u otros profesionales con demandas de formación y de salida el socio u otro profesional con su demanda de formación satisfecha. El qué: Encuesta de necesidades formativas, análisis, elaboración de una propuesta de formación, difusión de la misma, anuncio y celebración de las actividades formativas planificadas y encuestas de satisfacción. Quién: Junta directiva y profesorado y alumnado. Donde: sede administrativa y aulas de formación definirán los detalles del proceso. Representación gráfica (mapas de procesos y diagramas de flujo). Definimos cuatro indicadores: nº de actividades formativas organizadas al año, asistencia anual global socios, satisfacción de alumnos y de profesor.

Conclusiones

La gestión por procesos nos permite planificar, controlar y mejorar las actividades de formación de nuestra sociedad científica. Los indicadores diseñados nos permitirán analizar y evaluar el proceso y obtener resultados para desarrollar estrategias dirigidas a la mejora continua.

ELABORACIÓN DE UN PLAN DE RECONOCIMIENTO A LOS PROFESIONALES DE FORMA PARTICIPATIVA

AUTORES

YOLANDA LAY HERRERA¹; D SANCHEZ IZQUIERDO²; M SANCHO GOMEZ³; M ARJONA ABELAIRA⁴; JA DURO PEREZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

DAP¹; Bellvitge²; DAP³; Bellvitge⁴; Bellvitge⁵.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El reconocimiento de los profesionales es uno de los comportamientos directivos asociados al liderazgo.

En la última encuesta de clima (2016) los profesionales demandaron que la empresa implementase medidas para mejorarlo, además, la acreditación en calidad requiere disponer de un plan que dé respuesta a esta premisa

Objetivos

Diseñar un modelo de reconocimiento a los profesionales

Elaborar un cuaderno de mando con indicadores sobre acciones de reconocimiento

Implicar a profesionales en la definición de acciones de reconocimiento e indicadores

Impregnar la organización de la cultura del reconocimiento

Material y métodos

Para conseguir los objetivos se llevó a cabo una metodología participativa

Se creó una comisión integrada por 14 profesionales dinamizada por el Área de Gestión del Talento.

Se elaboró un cuestionario respondido de forma anónima con tres preguntas ¿En qué aspecto quieres ser reconocido? ¿Cómo quieres ser reconocido? y ¿Por quién quieres ser reconocido? Los miembros de la comisión fueron los promotores y responsables de distribuirlo entre sus compañeros. El cuestionario se publicó en la intranet con el objetivo de obtener el mayor número de respuestas.

El grupo de trabajo clasificó y estructuró la información obtenida y elaboró una propuesta de cuaderno de mando anual

La propuesta fue validada y aprobada por el comité de dirección

Se hizo difusión de los resultados y del documento elaborado

Se planificó reunión anual para seguimiento de la implementación y cerrar el ciclo de mejora continua

Resultados

Elevada participación, 134 profesionales respondieron el cuestionario

Los profesionales quieren ser reconocidos en aspectos como el trabajo diario, compromiso hacia la organización, dedicación, competencia, iniciativa y colaboración, esfuerzo diario, responsabilidad, consecución de resultados y en cumplir los altos estándares de calidad.

¿Cómo quieren ser reconocidos? Con mayor autonomía en el desempeño de sus funciones, con un plan de carrera y desarrollo profesional, implantando políticas de igualdad, recibiendo un trato justo e igualitario, participando en comisiones y grupos de trabajo, con transparencia en la comunicación organizativa, recibiendo un agradecimiento, con flexibilidad, y recibiendo feedback por parte de sus directores.

Quieren recibir este reconocimiento a través del equipo directivo, de la población, los usuarios y los compañeros.

De las propuestas de los profesionales, se ha elaborado el cuaderno de mando con 20 acciones con indicadores cuantitativos y cualitativos

Conclusiones

El Plan de Reconocimiento nos ha permitido conocer la percepción y opinión de los profesionales en relación al reconocimiento y de esta manera dar respuesta a sus demandas y a la Acreditación en calidad.

La implicación de los profesionales en el proyecto ha facilitado su implementación.

La comunicación y difusión de los resultados obtenidos ha conseguido impregnar la cultura de reconocimiento entre los profesionales y organización, hecho difícilmente medible de forma objetiva.

GESTIONANDO LA CALIDAD: CERRAMOS EL PLAN ESTRATÉGICO

AUTORES

SUSANA LORENZO MARTÍNEZ¹; M MARTÍNEZ PIEDROLA²; M GARRIDO MARTIN³; EQUIPO DIRECTIVO⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El Plan Estratégico (PE) sirve para definir los objetivos propios de la organización, con una perspectiva de futuro, y cuáles son las acciones que deben llevarse a cabo para alcanzarlos.

Objetivos

Describir el proceso de elaboración del PE, su despliegue y evaluación en un Hospital

Material y métodos

Ámbito: hospital de 400 camas del SERMAS. Periodo: 2015-2018.

Entre abril y julio de 2015, se constituyeron dos grupos de trabajo multidisciplinar [Equipo Directivo (ED) y responsables asistenciales y de gestión]. Se definió el proceso de análisis estratégico para la elaboración del PE a 3 años, identificando los aspectos internos y del entorno que podrían determinar su desarrollo futuro (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades; DAFO).

Se formularon objetivos clave, independientes de los establecidos por el Contrato de Gestión para hospitales del SERMAS. Se identificaron sus interrelaciones y las estrategias y acciones encaminadas tanto a cumplir con la misión y los objetivos, como a mantener y mejorar las Fortalezas, superar o reducir las Debilidades, explorar las Oportunidades y contrarrestar o eludir las Amenazas

Resultados

Se asignó a cada grupo de trabajo (total 43 personas) el análisis de los distintos grupos de interés (stakeholders) del hospital [Clientes, Personas, Accionistas (SERMAS y Patronato), Mercado y Competencia). También se identificaron eventos en los siguientes Entornos: Tecnológico y de Innovación, y Entorno Social y la forma en que podían afectar al hospital.

Se realizaron 5 reuniones, se realizó el análisis DAFO y que se consensuó entre los grupos. Se formularon 5 objetivos clave: Excelencia Asistencial, Satisfacción de Pacientes, Satisfacción de Profesionales, Sostenibilidad y Contribución al Conocimiento

Se asignó un responsable del ED a cada objetivo y un cronograma para su seguimiento. Los cinco objetivos se desplegaron en Factores Clave y 43 acciones, de las que se realizó seguimiento bimestral en las reuniones del ED.

Para el seguimiento se construyó una hoja de monitorización por colores (tipo semáforo) en la que se identificaba el grado de cumplimiento de las acciones. Se compararon los resultados con el grupo 2 de hospitales del SERMAS cuando fue posible.

Fue necesario ampliar el periodo de vigencia del PE un año (2018).

El porcentaje de cumplimiento de los objetivos (2015-2018) respecto a las metas planteadas ha sido: Satisfacción de Pacientes (75%), Satisfacción de Profesionales (75%), Excelencia Asistencial (80,8%), Contribución al Conocimiento (92,5%) y Eficiencia y Sostenibilidad (95%); con un promedio de cumplimiento del 83,3%

Conclusiones

Los resultados obtenidos nos permiten conocer la posición del hospital respecto a los objetivos planteados. El PE facilita la gestión de la organización, su monitorización permite su evaluación en función del cumplimiento de las acciones especificadas. El uso de una matriz facilita su seguimiento. Genera coherencia entre las acciones que se realizan, poniendo a la institución en relación con las necesidades del entorno.

¿ES POSIBLE ACREDITAR EN CALIDAD UN CONSULTORIO RURAL?

AUTORES

SONIA GONZÁLEZ GONZALO¹; L CLOTAS SANCHO²; E AÍNSA ABÓS³; B ARANDA SÁNCHEZ⁴; M GASULL GOMIS⁵; F FERNANDEZ GARCIA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ABS TARRAGONA 7 (SANT SALVADOR).

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Nuestro centro cuenta con un consultorio local del Ayuntamiento, ubicado en los bajos de un edificio antiguo. Está previsto que en los próximos meses se inaugure un nuevo consultorio con equipamiento para 7 consultas.

La población censada es de 4653 habitantes, de los que 2498 acuden al centro, con una previsión de crecimiento de unos 1000 pacientes en 1 año. Para garantizar que los usuarios reciban un servicio de calidad igual al centro de referencia, es imprescindible orientar los objetivos a alcanzar la máxima excelencia.

Objetivos

Analizar los procesos asistenciales realizados actualmente e identificar las necesidades de mejora del nuevo centro rural.

Material y métodos

Estudio descriptivo observacional. Se revisan los procesos asistenciales y de soporte implantados. Se analizó lo que se estaba haciendo en el consultorio rural actual, lo que estaba pendiente y los recursos y actuaciones necesarias a implantar en el centro nuevo para ofrecer un servicio sanitario de calidad. Se han revisado todos los estándares del Modelo de Acreditación del Departament de Salut (MADS).

Resultados

De los procesos asistenciales revisados destacamos:

- Atención continuada: se realiza el chek-list diario del material usado en caso de urgencia. Actualmente no hay un box destinado a tal servicio. El consultorio nuevo estará dotado de box de urgencias y del material necesario (chalecos, carro de paros, monitor...), teniendo que ampliar el chek-list actual.
- Gestión de material: actualmente las enfermeras hacen el pedido de material, en el centro nuevo acudirá la empresa encargada de reponerlo. Teniendo en cuenta el aumento de la población adscrita previsto, deberemos incrementar el estoc.
- Uso seguro del medicamento: este procedimiento ya se sigue actualmente. Los fármacos están identificados (fotosensibles, termolábiles, alto riesgo) y las fechas de caducidad controladas.
- Vacunas: se transportan semanalmente las vacunas desde el centro de referencia al consultorio en una nevera con contenedores de hielo. En el centro nuevo se hará el pedido de vacunas para que las envíen directamente allí evitando romper la cadena de frío.
- Laboratorio: En previsión del aumento de la población se aumentará la oferta de días para realizar extracciones y el material necesario.
- Gestión medio-ambiental: Actualmente sólo se reciclan algunos materiales (pilas, cartuchos de tinta, material del grupo III), tenemos pendiente implantar el reciclaje del resto (papel, plástico, envases de materiales peligrosos)

Conclusiones

En el consultorio local, a pesar del estado del centro y de contar pocos profesionales sanitarios, se trabaja siguiendo la mayoría de procesos establecidos por la Unidad de Calidad. Con la apertura del nuevo consultorio esperamos mejorar algunos aspectos e implantar los que están pendientes con la finalidad de mejorar el servicio prestado y disminuir la variabilidad respecto al centro de referencia. Pensamos que nuestra experiencia demuestra que el actual modelo MADS, es aplicable a consultorios locales.

DISEÑO DE UN PLAN ESTRATÉGICO COMO MEJORA EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA.

AUTORES

Ana Aranda García¹; J León Villar²; F Valiente Borrego³; C García Motos⁴; M Lopis Fernández⁵; S Robles García⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria (SOMUFARH).

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Nuestra Sociedad Científica adquiere un compromiso con la cultura de la calidad y se propuso como objetivo la obtención del Sello EFQM 200+, para ello realizó un proceso de autoevaluación donde se detectaron puntos fuertes y áreas de mejora que sirvieron, tras su priorización, para la configuración de un Plan Estratégico. Es importante disponer, de un posicionamiento estratégico que recoja las inquietudes de los asociados, desde un punto de vista interno de la propia organización, como desde el entorno en el que se desarrollan, con el que interactúan y en el que prestan su servicio.

Objetivos

Diseño y desarrollo de un Plan Estratégico para nuestra sociedad científica, como parte de un plan de mejora en la búsqueda del sello 200+ "compromiso con la excelencia" según el modelo europeo de excelencia EFQM.

Material y métodos

Constitución de un grupo de trabajo formado tanto por los miembros de la junta directiva como de asociados de nuestra Sociedad científica participantes en este proyecto. Establecimiento de un cronograma de trabajo. Análisis DAFO, seleccionar entre las posibilidades estratégicas identificadas consiguiendo consensos alineados con la misión, visión y valores, que permitan definir las líneas estrategias con unos objetivos específicos. Definir para su despliegue acciones sobre cada uno de ellos. Se definen unos indicadores que nos permitirán saber el estado de cumplimiento del plan estratégico. Finalmente evaluación de resultados y difusión de los mismos.

Resultados

Se ha diseñado y desarrollado el Plan Estratégico 2015-2018 constituido por: Introducción, misión, visión y valores de la organización, matriz dafo, cuatro líneas estratégicas priorizadas, dieciséis objetivos estratégicos y operativos y un cuadro de mandos constituido con nueve indicadores para evaluación y revisión del despliegue. Se ha difundido a través de la página web de nuestra sociedad científica y en la asamblea ordinaria anual para información y conocimiento de todos los grupos de interés.

Conclusiones

El desarrollo de un Plan Estratégico va a permitirnos marcar el camino y los objetivos a conseguir en los próximos años, priorizando objetivos y líneas de actuación según la visión. Facilitando la gestión de nuestra Sociedad científica al hacerla más transparente, generando coherencia entre las acciones que se realizan, y las expectativas de la Dirección en relación con las necesidades del entorno. Potenciar la visibilidad de nuestros profesionales como agente de salud en el entorno profesional y social.

ANÁLISIS 180° DE LAS COMPETENCIAS DE LOS MANDOS INTERMEDIOS. ESTUDIO PILOTO

AUTORES

ROSA FERNANDEZ LOBATO¹; J GONZALEZ REVALDERIA²; M CUESTA RODRIGUEZ-TORICES³; MD CALLES GATO⁴; MA ANDRES MOLINERO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El análisis de competencias está poco desarrollado en el ámbito sanitario. Sin embargo, es importante definir las y comprobar si los profesionales las tienen para optimizar el funcionamiento de los servicios, Unidades y procesos que constituyen la atención sanitaria.

Objetivos

Evaluar el cumplimiento de las competencias definidas por nuestra Consejera de Sanidad como adecuadas para los mandos intermedios facultativos dentro de los Jefes de Servicio de nuestro Hospital, como actuación piloto.

Material y métodos

La Consejería de Sanidad de nuestra Comunidad definió en 2017 las competencias de cada trabajador público sanitario. Para conocer los mandos intermedios disponen de estas competencias, se diseñó un estudio piloto de 180° con los mandos intermedios médicos, considerándose Jefes de Servicio y Sección responsables de todas las especialidades.

Se analizaron 5 competencias seleccionadas dentro de las 12 evaluables. Se seleccionaron como alguna relacionada con el paciente, con los profesionales y con la institución.

Se midieron liderazgo, comunicación con eficacia, control del estrés, escuchar, conocer y entender al paciente, y mentalidad de servicio. Estas competencias fueron evaluadas por los facultativos de cada servicio respecto de su mando intermedio y por el equipo directivo.

El resultado personal se le comunicó a cada Jefe por parte de personal de Consejería, y el informe genérico se comunicó a la Dirección del Hospital.

Resultados

Se encuentra, en todas las competencias analizadas, una mayor valoración de las mismas (74-91%) por parte del equipo directivo que por los facultativos que fueron más exigentes para sus jefes (61-74%)

Sin embargo, sí se observa una homogeneidad relativa en cuanto a la puntuación de las diferentes competencias por parte del equipo directivo y de los facultativos.

Las competencias peor valoradas por ambos fueron las de "comunicación interna" y la de "liderazgo".

A partir de estos resultados, se han establecido acciones de mejora consistentes en formación específica para mandos intermedios no incluidos en los previos (Jefes de Sección no responsables de servicio) y la segunda ronda para la mejora de la capacidad de comunicación y liderazgo para los Jefes responsables de Sº.

Todas ellas fueron de asistencia obligatoria.

Su realización, pese a ciertas reticencias iniciales ha sido bien acogida por los mandos intermedio, con un alto índice de satisfacción y felicitación al profesor por los instrumentos prácticos que se les ha aportado y la amplia visión de los problemas que les ayuda a mejorar.

Conclusiones

Es necesario definir las competencias desde cada persona para optimizar el aprovechamiento del potencial humano que compone la atención sanitaria. Por ello, se definen las competencias necesarias y se analiza si se poseen. En caso de no ser así, se realizan acciones de mejora para suplir estas carencias, dotando de instrumentos para su ayuda. Todas estas medidas han incrementado el nivel de satisfacción y motivación de los mandos.

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS CENTROS Y SERVICIOS DEL GRUPO, PARA LA MEJORA CONTINUA

AUTORES

Ainhoa Torner Busquet¹; C Ferrero Matas².

CENTRO DE TRABAJO

Mutumam.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El Plan Estratégico del Grupo 2018-2021 pretende fortalecer la política calidad de la organización. Su visión, ser referente de calidad y eficiencia en sector sociosanitario y dependencia en Cataluña. Se elabora un proyecto que garantiza el desempeño de planes acción y generaliza la cultura de mejora continua, implantando un sistema de gestión de calidad

Objetivos

Implantar un sistema de gestión de calidad basado en acreditación ISO 9001/2015, para fomentar la homogeneidad del proceso asistencial

Material y métodos

Implantar acciones en los centros/servicios entre mar/dic'18:

- Definir el Plan de Calidad que contenga directrices para ofrecer Atención Centrada en la Persona; proporcionar marco de referencia (objetivos, indicadores, estándares de calidad) acorde a los servicios asistenciales; analizar grupos de interés, necesidades y expectativas
- Informar y sensibilizar a los profesionales. Sesiones dirigidas: directivos, jefes de departamento y responsables de calidad, explicando el proyecto; taller práctico en grupos interdisciplinarios para identificar riesgos/oportunidades de procesos asistenciales; sesión de retorno de resultados y las acciones de mejora propuestas
- Realización de auditorías internas. Realizada de acuerdo a un plan definido: reunión inicial; disponibilidad y revisión de la documentación aplicable; verificación del cumplimiento establecido en la documentación aplicable comprobando su idoneidad; evaluación en base al Checklist consensuado y estandarizado; reunión final informando resultado y desviaciones detectadas
- Seguimiento, análisis y aplicación de acciones de mejora de las no conformidades detectadas y aplicación de medidas preventivas
- Con los resultados obtenidos elaboramos una parrilla con las no conformidades, análisis causal, acciones de mejora propuestas y cronograma
- Mantenimiento/verificación de las propuestas, reevaluación de la efectividad y su cumplimiento, identificar las causas de su no cumplimiento
- Análisis de datos por dept. Calidad para proporcionar información sobre: satisfacción cliente; conformidad con los requisitos del servicio; características/tendencias de procesos y servicios, incluyendo oportunidades de acciones preventivas
- Elaboración cuadro objetivos y cuadro de mando de indicadores clave para el seguimiento de indicadores asociados a cada proceso.
- Evaluación del Proceso: en 2019 se reevaluarán los indicadores del checklist a través de auditoría interna y propondrán nuevas acciones de mejora

Resultados

Datos preliminares: Después de un año de implementación del sistema de calidad, se ha realizado una segunda auditoría, a dos de los 15 centros, observando notable mejoría en relación a la anterior, y mayor homogeneidad en los procesos de actuación

Conclusiones

La aplicación de un sistema de gestión de calidad es útil para homogeneizar los procesos clave y disminuir la variabilidad en su aplicación, garantizando una mayor Seguridad del paciente y de los profesionales

UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DELPHI EN EL DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA QUE MIDA ADECUACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

AUTORES

Danae Gil-Díez López-Maroto¹; P Ruiz-López²; E Rodríguez-Cuellar³; A Vivas-López⁴; M Durán-Ballesteros⁵; E Ferrero Herrero⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital 12 de octubre.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Clásicamente, la medición de la adecuación de las estancias hospitalarias (AEH) se ha realizado con la herramienta conocida como AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). Sin embargo, la puesta en marcha de nuevos dispositivos asistenciales y medios diagnósticos y terapéuticos hace necesario la actualización de los criterios de dicha herramienta.

Para ello hemos diseñado la herramienta VAEQ (Valoración Adecuación Estancia Quirúrgica), revisando y actualizando los criterios de AEH ayudándonos de la metodología Delphi.

Objetivos

Diseñar una herramienta útil para valorar la AEH quirúrgica.

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura para actualizar los criterios de hospitalización usando como referente el AEP. Se creó VAEQ (Valoración adecuación estancia quirúrgica), una herramienta de respuesta dicotómica que considera AEH cuando se cumple alguno de los supuestos.

Se utilizó la herramienta Delphi seleccionando 26 cirujanos con experiencia asistencial de 9 hospitales contactándoles por email para solicitar su colaboración.

Resultados

Para analizar los resultados se definió: Acuerdo cuando el 80% de las veces que se repite una puntuación se localiza dentro de la misma región (1-3;4-6;7-9) que la mediana obtenida. Desacuerdo cuando se rechaza la hipótesis de que el 90% de las repeticiones de las puntuaciones están situadas en alguno de los dos intervalos más extremos (1-6 o 4-9). Indeterminado si no hay acuerdo ni desacuerdo.

Los supuestos puntuados sin desacuerdo fueron clasificados como apropiados si su mediana estaba en el rango 7-9, inapropiados si estaba en el rango 1-3 y dudosos cuando la mediana estaba en el rango 4-6 o había sido catalogado como desacuerdo.

Se obtuvieron 18 respuestas, hubo desacuerdo en dos supuestos y fueron indeterminados tres. 12 de los ítems fueron apropiados y dos dudosos. El coeficiente de variación fue menor de 0.5 en todos los casos, punto de corte para considerar acuerdo.

Se modificó la herramienta suprimiendo uno de los supuestos y corrigiendo la redacción en otros. En la segunda ronda se contactaron los 18 participantes y se obtuvieron 14 respuestas.

Los resultados fueron 12 ítems con acuerdo y uno indeterminado. Todos fueron apropiados y el coeficiente de variación fue menor de 0.5 en todos los casos. Se decidió no realizar más consultas dado el alto grado de consenso obtenido.

Finalmente se diseñó una herramienta con 13 criterios.

Conclusiones

Delphi es una herramienta muy valiosa a la hora de buscar rigor en la toma de decisiones en aquellas áreas del conocimiento donde la evidencia científica está limitada. Su principal limitación es la heterogeneidad a la hora de aplicar el método tanto para la realización de la consulta como para el análisis de los resultados.

La aplicación del método Delphi fue muy útil en nuestro caso ya que propició modificaciones interesantes y se consiguió un alto grado de consenso.

VAEQ: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA VALORAR LA ADECUACIÓN DE LA ESTANCIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.

AUTORES

Danae Gil-Díez López-Maroto¹; P Ruiz-López²; E Rodríguez-Cuellar³; C Sánchez-García⁴; M Durán-Ballesteros⁵; E Ferrero-Herrero⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital 12 de Octubre.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La inadecuación de la estancia hospitalaria (EH), estimada en torno al 24 %, supone un gran coste para el sistema sanitario. Publicada en 1981, Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) es aún la herramienta de referencia para medir la adecuación de la EH. Sin embargo, la mejora de los servicios asistenciales extrahospitalarios junto con los nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos hacen necesaria una herramienta más actualizada.

Objetivos

Validar una herramienta actualizada que valore la adecuación de la EH

Material y métodos

Se diseñó una herramienta Valoración Adecuación Estancia Quirúrgica (VAEQ) para medir la adecuación de la EH en pacientes ingresados en servicios quirúrgicos.

Usando como referencia AEP, se hizo una revisión sistemática de la bibliografía para actualizar los supuestos que justifican la EH. Se formuló VAEQ buscando un cuestionario actualizado, más corto y fácilmente comprensible. Se realizó un Delphi para lograr el consenso necesario entre expertos.

Se realizó un estudio retrospectivo y observacional de pacientes ingresados en un servicio de cirugía general en 2016 con un tamaño muestral de 566 estancias. Se comparó la adecuación de la EH medida con AEP y VAEQ. Se realizó también una revisión detallada de todas las historias clínicas en las que había discordancia entre las dos herramientas por parte de un comité de expertos para decidir sobre adecuación/inadecuación en cada una de ellas.

Resultados

AEP encontró inadecuación en un 9,9 % de las 566 estancias analizadas mientras que VAEQ un 36,6 %. Hubo concordancia entre ambas en un 73,9% con discrepancias en 148 (26,1%) casos. De estas 148 EH, AEP valoró el 100 % como adecuadas y VAEQ el 100% como inadecuadas. El comité de expertos concluyó que solo 6 (4%) de las EH discrepantes eran adecuadas.

En cuanto a sensibilidad y especificidad, AEP mostró una sensibilidad del 100% mientras que su especificidad fue tan solo del 29,3%. En cuanto a VAEQ, su sensibilidad fue del 98,3% siendo su especificidad del 100%.

La inadecuación global estuvo en un 35,5% lo que supone, extrapolando la inadecuación a todos los pacientes ingresados en cirugía en 2016, 10553,44 días de EH potencialmente evitables con un coste asociado de 8,5 millones de euros.

Conclusiones

Medir la inadecuación de la EH es importante dado el fuerte impacto económico que tiene.

Con una alta sensibilidad y especificidad, VAEQ es una herramienta más precisa y sencilla que AEP para medir la adecuación de las EH.

LA AUTOFORMACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES

AUTORES

Maria Carmen Fernández-Díaz¹; C Ruiz-Tuñón²; JL Sanchez-Suarez³; MJ Ruiz-Cervigón⁴; JM Pérez-Seoane⁵; PE Corral-García⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Unidad de formación continuada.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La estructura de la Atención Primaria (AP) de la Comunidad Autónoma (CA) se transforma en octubre de 2010. El cambio supone la supresión de las once gerencias existentes y la creación de una gerencia única (GAAP) de la que dependen 262 centros de salud (CS). El cambio organizativo genera una forma diferente de desarrollar proyectos y procesos, que en el caso de la formación continuada (FC) de los profesionales, se relaciona con la puesta en marcha de una Unidad de Formación Continuada (UFC) que gestiona a través aplicación informática FORMAP la FC de los profesionales de AP. Se plantea potenciar las actividades de autoformación organizadas por los CS como una herramienta para impulsar la FC en el lugar de trabajo, aportando asesoría metodológica y tramitando la solicitud de su acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias (CFCPS).

Objetivos

Promover el desarrollo de actividades de autoformación acreditadas y destinadas a mantener o mejorar la competencia profesional en los centros de salud.

Material y métodos

El proyecto comienza en el año 2011, informando a los centros de salud de los objetivos e incluyendo la autoformación en el Contrato Programa de Centro (CPC) como un indicador de formación. Se imparte una formación de formadores sobre la metodología de la acreditación en los CS y las nociones básicas en el uso de FORMAP y su papel en la FC. Los responsables de FC de los CS asistentes revierten esta formación al resto de los profesionales de cada uno de los CS participantes. Se establece un circuito, en el que los responsables de FC de los CS solicitan la acreditación de la actividad formativa y una vez revisada por técnicos de la UFC se tramita a la Secretaría Técnica de la CFCPS y se da de alta en FORMAP. En el año 2017 se implementan medidas de mejora para potenciar la autonomía de gestión de los CS a través del diseño de un módulo específico de autogestión de la FC en FORMAP y se sistematizan los procedimientos de autoformación.

Resultados

Periodo de análisis 2011-2018: 13 actividades de formación impartidas por la UFC en acreditación y autoformación; valoración media 8,1; 179 reversiones impartidas por los responsables de formación de los CS; 88% de los CS solicitan la acreditación de su autoformación; se incrementa el 94% de solicitudes de autoformación de los CS; 232 CS distintos solicitan actualmente autoformaciones; 9 horas de duración promedio de un programa de autoformación; 23 horas de promedio anual de autoformación realizada por los CS; 0,16-6,3 rango de créditos de autoformación de los CS ; 85% de los CS cumplen el indicador de autoformación en CPC.

Conclusiones

La UFC a través del asesoramiento y apoyo metodológico a los CS en la elaboración y acreditación de actividades de autoformación con el apoyo de la aplicación FORMAP, ha favorecido el crecimiento, calidad e involucración de los profesionales de AP en su propia FC.

PRIMEROS RESULTADOS EN LOS SERVICIOS DE CRÓNICOS ESTRATIFICADOS EN NIVELES DE INTERVENCIÓN: “LA REALIDAD DEL CAMBIO”

AUTORES

MARIANELA BAYÓN CABEZA¹; M MARTÍ ARGANDOÑA²; T ALONSO SAFONT³; E BARTOLOMÉ BENITO⁴; I MEDIAVILLA HERRERA⁵; A BARBERÁ MARTÍN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA¹; GERENCIA ADJUNTA DE PROCESOS ASISTENCIALES. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA²; GERENCIA ADJUNTA DE PROCESOS ASISTENCIALES. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA³; DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁴; DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁵; DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En 2018 se actualiza la Cartera de Servicios (S^o) de Atención Primaria (AP) con 11 S^o de atención a patologías crónicas estratificados en niveles de intervención (NI) clínica. Este modelo deriva de la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas. El NI se determina con el nivel de riesgo poblacional Kaiser, herramienta GMA y las características del paciente (capacidad de autocuidado, afrontamiento, complicaciones, ingresos...). El NI es global y específico por patología/episodio CIAP2 siendo bajo (NIB), medio (NIM) o alto (NIA). Los S^o estratificados (HTA, DM, hipercolesterolemia (HCL), obesidad (OBE), asma, EPOC, insuficiencia cardíaca (IC) y cardiopatía isquémica (CI)) incluyen indicadores de proceso: cobertura (personas diagnosticadas /población diana), valoración integral inicial y seguimiento para NIB y NIM. El NIB recoge intervenciones anuales para potenciar autocuidado-autogestión y el NIM controles semestrales para la gestión compartida. Los S^o de DM, asma, EPOC e IC incluyen indicadores NIA con intervenciones trimestrales de valoración (capacidad funcional, signos de descompensación), consejos anti-caídas y a cuidadores, contactos telefónicos y visitas domiciliarias.

Objetivos

Conocer el resultado de las intervenciones realizadas a pacientes crónicos con NI asignado recogidas en los S^o de la Cartera, tras 9 meses de implantación.

Material y métodos

Se diseña el proceso de evaluación que se plasma en las Tablas de Evaluación 2018. Se define un algoritmo para identificar el NI a evaluar en cada patología y paciente. Estudio descriptivo transversal en 262 CS de AP. Se estudian personas mayores de 14 años con historia clínica electrónica (HCE) activa a 31/12/2018. Se evalúa con sentencias SQL la información de las HCE. Se identificó para cada paciente la/s patología/s diagnosticada/s, el NI asignado a cada una y, la realización de seguimiento en base a NI bajo/medio o NI alto. Se obtienen resultados de cobertura por S^o. Para cada patología se evalúa el NI asignado y realización de valoración inicial y seguimiento en base a NI. Los resultados se presentan agregados en frecuencias absolutas y relativas.

Resultados

Se evaluaron 3.800.000 patologías registradas en los pacientes crónicos: 33% en NIB, 71,2% en NIM y 0,22% en NIA. Las coberturas por S^o: 72% en HTA y DM, 40% en HCL y OBE, 82% en CI, 27% en IC y EPOC y 134% en ASMA. La valoración inicial estaba realizada en el 61% de pacientes con HTA o DM, 69,8% en HCL, 28,5 en OBE, 41,9% en CI, 51,4% en IC, 4,2% en asma y 9,3% en EPOC. El seguimiento en las patologías con NIB/NIM estaba realizado en el 26% de HCL, 16% de HTA, DM y OB, 10% de CI y 5% de IC, ASMA y EPOC. El seguimiento en NIA estaba realizado en el 24% de IC, 21% de EPOC, 15% de DM y 0% de asma.

Conclusiones

Estos resultados son un éxito al permitir conocer el grado de implantación de esta línea de la Estrategia. Son el punto de partida para potenciar líneas de trabajo que contribuirán a optimizar recursos y mejorar la atención de pacientes crónicos y sus cuidadores.

PROCESO DE ACREDITACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA DE UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA REGIONAL

AUTORES

Francisco Valiente Borrego¹; J León Villar²; A Aranda García³; I Muñoz García⁴; C García Motos⁵; M Martínez de Guzmán⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SOCIEDAD MURCIANA DE FARMACIA HOSPITALARIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En 2001 nace nuestra sociedad científica regional como vehículo de difusión del conocimiento y elemento integrador y potenciador de los profesionales de nuestra especialidad. La organización adquiere un compromiso con la cultura de la calidad y la mejora continua siendo consciente que la excelencia en gestión se consigue no sólo por sus resultados económicos, sino también por tener un posicionamiento estratégico, desarrollo de procesos, revisión y evaluación de los mismos para mejorar cada día, conocimiento de la satisfacción de sus clientes externos e internos y por una buena imagen proyectada hacia la comunidad

Objetivos

Implantar los principios y metodología de un modelo de gestión de la calidad para la mejora continua, aplicando la metodología del Modelo Europeo de Excelencia en la Gestión (EFQM)

Material y métodos

Para abordar el proyecto ha sido necesario contar con la implicación de la Junta Directiva como Líder del proyecto y un Equipo de mejora y autoevaluación constituido por socios. Durante el año 2017 se realizó una autoevaluación utilizando la herramienta Perfil que nos ha permitido detectar puntos fuertes y áreas de mejora a la vez que conseguir una puntuación que, según el modelo, nos posiciona en un nivel de excelencia. Se ha realizado un trabajo individual de actualización de la información. Se han mantenido reuniones de consenso. La presencia de un facilitador externo ha hecho más sencilla la participación del personal de la organización y ha mejorado sus aportaciones. La puntuación obtenida fue de 211 puntos sobre 1000 posibles que nos lleva a la solicitud del sello 200 "Compromiso con la Excelencia" y para ello elaboramos un Plan de Mejora a partir de la selección y priorización de las áreas de mejora detectadas en la autoevaluación constituido por tres acciones: 1. Desarrollo de un Plan estratégico, 2. Sistematización de las actividades: Gestión de los Procesos Clave y 3. Identificación y gestión de Indicadores y Objetivos.

Resultados

Con fecha 16 de octubre de 2018, el Club de Excelencia en Gestión concedió a nuestra sociedad científica el sello 200+ de "Compromiso hacia la Excelencia Europea" por nuestro sistema de gestión.

Conclusiones

El modelo de gestión de la excelencia EFQM ha sido implantado con éxito en nuestra sociedad profesional como una guía de referencia para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad a través de la autoevaluación, establecimiento de planes de mejora y evaluación del progreso de las acciones de mejora implantadas. La obtención del Sello EFQM 200+, va a permitir mejorar la actividad, eficiencia y rentabilidad en su gestión, la seguridad y la satisfacción de trabajadores y clientes a la vez que aumentar el nivel científico-técnico de nuestra Sociedad en beneficio de los pacientes, en colaboración con otros profesionales sanitarios y la Administración Regional produciéndose, además, una mayor difusión y desarrollo del conocimiento y una mayor visibilidad y posicionamiento e impacto social de nuestro colectivo profesional.

COORDINAR LA CALIDAD: EMPUJAMOS O ESCUCHAMOS? EL CAMBIO DE PUSH A PULL

AUTORES

CARME MOMPÓ I AVILÉS¹; D PUMAR DELGADO²; A RODRÍGUEZ CAPDEVILA³.

CENTRO DE TRABAJO

CONSORCI SANITARI INTEGRAL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Des de 2016, se han reducido las horas disponibles de Coordinación de Calidad, mientras tenemos un número creciente de clientes (procesos en control). Según F. Laloux (Reinventar las organizaciones), las organizaciones son organismos vivos con un propósito evolutivo que podemos escuchar y atender a través de mecanismos de actuación rápida que se adapten a las necesidades de cada momento.

Objetivos

Escuchar el propósito del equipo de Coordinación de Calidad para responder mejor a les necesidades actuales de los clientes y de la organización.

Material y métodos

Los requisitos metodológicos de un proceso “en control” están explicitados en la Matriz de evaluación, con 5 niveles de dificultad. Actualmente se trabaja con el nivel 2 (centrado en la estandarización) y parte del 3.

Aualmente se evalúa el cumplimiento del nivel 3: análisis DAFO anual; seguimiento de objetivos, indicadores y Plan de mejora.

Hasta el 2016 se daba acompañamiento individualizado mensual o trimestral a la mayoría de procesos. A partir del 2016 se hace bajo demanda. En 2018 se entrevista a los responsables de proceso para conocer las causas de sus resultados y se identifica el propósito actual del equipo de Coordinación de Calidad.

Resultados

Ha incrementado el número de procesos con meta conseguida (80% de los requisitos aprobados), aunque se ha reducido el % respecto al total: 8/13 (62%) en 2013 y 14/39 (36%) en 2018. El cumplimiento en los procesos clave se ha reducido en términos absolutos y relativos: de 7/9 (78%) en 2013 a 5/16 (31%) en 2018. Los de soporte han incrementado de 1/4 (25%) en 2013 a 8/21 (38%) en 2018.

Definido el propósito: Desarrollar personas y estructuras organizativas (procesos, servicios, departamentos) para facilitar que consigan su propósito alineado con el de la organización.

Conclusiones

La reducción de soporte metodológico sistemático ha reducido el cumplimiento de requisitos de nivel 3. Los procesos que consiguen la meta son los que sienten más útil la metodología y le dan cierta prioridad a pesar de la avalancha de tareas del día a día.

Controlar y empujar a los responsables para que cumplan la metodología definida desde la Dirección, ha dado buenos resultados durante años pero ahora parece insostenible.

La falta de cumplimiento de los requisitos genera muchas veces sentimientos de culpa que no ayudan a conseguir dicho cumplimiento.

Quizás los buenos resultados asistenciales ya no dependen tanto del cumplir la metodología, como del bienestar y la implicación de las personas en el propósito de la organización.

La Coordinación de Calidad necesita cambiar su propósito para adaptarse a los nuevos paradigmas del mundo actual, dejar de enfocarse en el control y poner su atención en:

-Escuchar (demandas implícitas o explícitas, tensiones, tendencias, posibilidades...),

-Enlazar (personas, grupos, ideas y posibilidades),

-Acompañar (a transformar, des-cubrir potenciales y creencias limitadoras, ver de otra forma y, también, a sistematizar, ordenar y organizar que es lo que se nos ha dado bien desde siempre).

EL AMFE COMO HERRAMIENTA PARA EL ABORDAJE DE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO ESTRATÉGICO DE GESTIÓN

AUTORES

MÓNICA GARCÍA PÉREZ¹; B MASSA DOMÍNGUEZ²; C CALZADO SANCHEZ-ELVIRA³; I ÁVALOS MESEGUER⁴; A MARTÍNEZ CERVERA⁵; T GEA VELÁZQUEZ DE CASTRO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN D'ALACANT.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Las expectativas actuales sobre la gestión de riesgo se centran en identificar y valorar los riesgos sanitarios de la organización, reducir y/o eliminar peligros para el paciente y profesionales para aportar mayor seguridad en la atención recibida, gestionando de forma proactiva los riesgos, generando mayor confianza en el sistema sanitario y disminuyendo el gasto sanitario provocado por los daños ocurridos en pacientes.

La gestión del riesgo se integra en nuestro Sistema de Gestión Integrado como un proceso estratégico, presente en todos los procesos de la organización.

Objetivos

Diseñar, implantar y gestionar un sistema de control de riesgos asociados a los procesos liderados por la dirección del Departamento, así como poner en marcha las acciones de mejora derivadas de su gestión.

Material y métodos

Utilizar un enfoque basado en el riesgo en la gestión por procesos requiere, identificar los riesgos y oportunidades, analizar y priorizarlos, planificar las acciones e implementar el plan de acción, verificar la eficacia de las acciones y aprender de la experiencia, de nuevo, identificar los riesgos y oportunidades.

En nuestra organización, la gestión del riesgo la realizamos desde el punto de vista proactivo, antes que el riesgo llegue a materializarse en un incidente o evento adverso. El método utilizado es AMFE (detectando de forma anticipada el fallo para establecer los controles necesarios que disminuyan la ocurrencia).

Para aplicar el método, hemos desarrollado las siguientes fases: Definir los procesos; Constituir un grupo de trabajo; Describir los riesgos, los agentes causales (posibles causas), los efectos del fallo (posibles efectos) y el error (qué no se ha hecho y se debería haber hecho). Analizar cada riesgo según Gravedad, Ocurrencia y Detectabilidad y calcular el IPR. Establecer las acciones/medidas preventivas para evitar que ocurra, así como los profesionales responsables de llevarlas a cabo.

Resultados

Elaboración de un mapa de riesgo asociado a los procesos de la estrategia del equipo directivo. Identificación y priorización, resultante del IPR y matriz del riesgo, de los riesgos identificados, priorizado el riesgo, evitando el no iniciado, interrumpiendo la actividad que lo origina, reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo o asumir el riesgo.

La organización ha realizado un proceso de seguimiento y revisión de medidas implantadas para asegurar la eficacia y efectividad y detectar cambios que puedan requerir una revisión de los tratamientos del riesgo o de su priorización y valorar e identificar los riesgos sobrevenidos de las medidas que se han implantado

Conclusiones

EL AMFE HA SIDO UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN EL SGC PARA ELABORAR UN MAPA DE RIESGO ASOCIADO A PROCESOS ESTRATÉGICOS, PERMITIENDO PRIORIZARLOS Y ESTABLECER ACCIONES EN AQUELLOS POSIBLES FALLOS DONDE, POR SU IPR SE CONSIDERABAN RIESGOS DE DEBILIDAD POTENCIAL DEL PROCESO.

OPINIÓN DEL PERSONAL DE RECURSOS DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

AUTORES

SARA ELA AGUILAR¹; E GONZÁLEZ-MUÑOZ²; J CASAUS GARCIA³; G CALIDAD CORPORATIVA⁴; A VIDAL MILLA⁵.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El ámbito de recursos constituye uno de los procesos de apoyo más relevantes de una institución sanitaria multicéntrica, pues su actividad afecta a toda la organización. Para mejorar sus resultados, se propone implantar la norma ISO 9001:2015 en el servicio de aprovisionamientos y el servicio de calidad corporativa (SCC) colabora ofreciendo asesoramiento metodológico. La implantación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) pretende proporcionar un marco de gestión eficiente de los recursos y presenta beneficios para los profesionales y el conjunto de la institución. Sin embargo, la experiencia previa muestra que el proceso puede resultar frustrante para el personal del área implicada, particularmente en las fases iniciales. Por ello, surge la necesidad de saber si la propuesta de implantación del SGC formulada por el SCC responde a las necesidades y expectativas de los profesionales que conforman la dirección de recursos en conjunto.

Objetivos

- Conocer la percepción, necesidades y expectativas del personal de la dirección de recursos de una institución sanitaria multicéntrica ante la implantación de la norma ISO en un ámbito específico de su unidad.
- Obtener valoración cuantitativa sobre el asesoramiento que ofrece el SCC de la institución.

Material y métodos

Estudio observacional, transversal y descriptivo. Diseño de una encuesta online que consta de 6 preguntas sobre la necesidad o importancia de la implantación de la norma. También, se solicita opinión sobre la aportación de la norma al servicio, así como que se evalúe el rol del SCC. Todas las preguntas son obligatorias y se establece un período de respuesta de 8 días. Se ha garantizado el anonimato.

Resultados

Teniendo en cuenta la limitación de la muestra (n=35), cabe destacar el 60% de respuestas obtenidas (n=21). El 86% considera importante la implantación de la norma y el 76% la consideran necesaria. Como aspectos positivos, el 75% de las personas encuestadas señala la mejora de la eficiencia como principal aportación de la norma seguida por la disminución de errores y la mejora de la comunicación entre servicios. Por otro lado, el 35% considera que comportará una mayor carga de trabajo.

Sobre la aportación del SCC, la elaboración de propuestas de mejora, formación en la norma y la resolución de dudas son las opciones más valoradas (70-75% de las respuestas). Sólo el 20% cree que supondrá una mayor carga de trabajo o control sobre el mismo.

Conclusiones

Abordar las necesidades, grado de conocimiento y expectativas de los grupos de interés puede facilitar una mejor integración de los SGC y garantizar la implicación de todos los profesionales que intervienen en el proceso. También nos permite el desarrollo de un buen modelo corporativo de gestión y mejora de la calidad en nuestra organización. Por ello, se realizará una segunda evaluación para comparar resultados a un año de aplicación de la norma en el servicio de aprovisionamientos y se considerará replicar la encuesta en otras áreas de la institución que se adhieran a la norma.

MEJORANDO EL PROGRAMA DE AUDITORIA DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DEL SALUD

AUTORES

LUISALFONSO HIJÓS LARRAZ¹; E BARRIENDOS AMBROJ²; L LAGLERA BAILO³; P LANAU SAZATORNIL⁴; F VOCES COMBARROS⁵; N PEREZ RUEDA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Unidad Calidad SALUD.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Siguiendo la norma ISO 19011:2018 sobre Directrices para la auditoria de un sistema de gestión donde se incluyen los principios de auditoría, gestión de un programa de auditorías y la orientación hacia la evaluación del proceso de auditoría (punto 5.7 Revisión y mejora del programa de auditoría), se ha llevado a cabo una valoración de las auditorías internas de la ISO 9001-2015 realizadas en las centrales de esterilización del Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Entre los aspectos que se deben considerar en dicho punto se encuentra la conformidad con los procesos de auditoría y la evaluación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes

Objetivos

Revisar el programa de auditorías llevado a cabo en las centrales de esterilización del SALUD.

Material y métodos

Técnica nominal: Auditores jefes e interlocutores de las centrales de esterilización.

Procedimiento: Durante los talleres para la formación de auditores internos para las Centrales de esterilización de los Hospitales del SALUD y después de realizar una exposición de los hallazgos en las diferentes auditorias llevadas a cabo se procedió a identificar los puntos positivos y negativos en la aplicación del programa de auditorías.

Resultados

Se consideran fortalezas del sistema implantado de auditorías relacionados con la actitud como es la motivación e implicación del personal que participa en las auditorias, con la aptitud el curso de formación de auditores internos que se realiza anualmente, aspectos de contenido de la actividad como la exhaustividad del material de apoyo de la auditoria (checklist) y aspectos organizativos como la realización de audit entre centrales cercanas... sin olvidar el lado humano de incluyendo temas tales como la acogida en las centrales auditas, la comida... Como debilidades se encuentran los aspectos organizativos como el poco tiempo de envío de la documentación para la realización de las auditorías con el tiempo muy justo, la falta de concordancia entre los puntos del plan de auditoría, el informe de auditoría y el check list, la realización de muestreo exhaustivo...

Conclusiones

El sistema de gestión de las auditorias internas de las centrales de esterilización del SALUD supone una ocasión inmejorable para el aprendizaje especialmente en el caso de las centrales de características similares.

Las oportunidades de mejora detectadas se encuentra establecer límite en la modificación de la documentación modificada (15 días) y el ajuste entre los puntos checklist y el plan de auditoría.

ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001: PARTES INTERESADAS Y ENTORNO

AUTORES

LUISALFONSO HIJÓS LARRAZ¹; AB MERCADAL DOMINGO²; N VAQUERO LAZARO³; P HOSPITAL ARA⁴; E CARDEÑOSA LOPEZ⁵;
JC GARCÍA AISA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Unidad Calidad SALUD.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Desde el año 2007 las centrales de esterilización de los Hospitales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) tienen certificado su sistema de gestión de calidad según la Norma UNE EN ISO 9001-2008. El cambio de la versión 2008 a la versión 2015 de dicha norma ha conllevado, entre otras cosas, la definición del contexto de las centrales de esterilización. Por lo que se hace necesario determinar las cuestiones internas y externas que pueden o podrían tener impacto en las actividades que afectan a la capacidad de las centrales de esterilización para la esterilizar el material fungible.

Objetivos

Determinar los factores internos y externos que afectan, o pueden afectar, de forma negativa o positiva al proceso de esterilización.

Material y métodos

- Técnica Grupo Nominal: representantes de las centrales de esterilización.
- Identificación de las partes interesadas.
- Realización de un DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades).

Resultados

Se han identificado como partes interesadas desde los proveedores de material quirúrgico hasta los destinatarios del producto esterilizado (bloque quirúrgico, plantas de hospitalización...) pasando por los servicios que prestan apoyo (p.e. Mantenimiento) o dirigen la estrategia (dirección) sin olvidar al paciente como cliente final.

Entre los factores internos se han detectado debilidades relacionadas con las dificultades en la gestión de recursos humanos (capacitación del personal y formación continuada) y Fortalezas (el producto de la central es imprescindible para la actividad quirúrgica).

Entre los factores externos se han identificado Amenazas (Rotación del personal, demoras en mantenimientos correctivos...) y Oportunidades (referente de esterilización en cada sector).

Conclusiones

La información obtenida del análisis realizado debe servir para plantear la estrategia a seguir en las centrales de esterilización del SALUD. Así, se han identificado las oportunidades que a través del uso adecuado de las fortalezas indicadas deben hacer "visible" el trabajo llevado a cabo por las centrales de esterilización, haciendo que sean referentes hacia el resto de los servicios del hospital en cuanto a la gestión del producto no fungible en limpieza y esterilización.

AUTORESAMAIA URANGA IBARRA¹; I Urrutia Johansson².**CENTRO DE TRABAJO**

Clínica IMQ Zorrotzaurre.

TIPO: ORAL LARGA**ÁREA TEMÁTICA 1:** 3. Modelos organizativos: Equipos y personas**ÁREA TEMÁTICA 2:** b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación**RESUMEN****Justificación**

La Clínica IMQ Zorrotzaurre en su apuesta por convertirse en uno de los centros sanitarios referentes en el país vasco, ha apostado por re-acreditarse por tercera vez con la Joint Commission International. Esta apuesta por integrar adoptar los estándares al proceso asistencial y a la gestión de personas, ha tenido como resultado un mayor impacto en la sanidad privada y en la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales.

Objetivos

1. Afianzar el posicionamiento estratégico de la sanidad privada en Euskadi.
2. Diseñar un Modelo de gestión integrado de Calidad Asistencial y Seguridad del paciente que diera respuesta a los estándares clínicos, organizativos y de gestión más exigentes.
3. Incrementar la satisfacción de los pacientes en las dimensiones: estructurales, trato; dolor; información; continuidad asistencial, etc.
4. Desplegar un Modelo de Gestión y Minimización de Riesgos Sanitarios.
5. Implantar sistemáticas innovadoras y efectivas de gestión de personas (gestión por competencias; acreditación de profesionales,).

Material y métodos

1. Diagnóstico de situación y determinación del Plan de Mejora de acuerdo a la actualización de los últimos estándares (versión 6)
2. Seguimiento y constitución de Equipos de Trabajo, Comités, Comisiones para abordar el desarrollo de protocolos, registros, guías informativas, etc. de los nuevos estándares.
3. Seguimiento de protocolos (cirugía segura; seguridad del medicamento; identificación del pacientes; procedimientos especiales, nuevos diseños organizativos, etc)
4. Seguimiento y coordinación de un Modelo de Gestión por Competencias y Acreditación médica
5. Auditorías y Checklist de seguimiento y control (cumplimiento de nuevos estándares de la JCI)

Resultados

1. Creación de nuevos equipos de trabajo y grupos de mejora
2. Aplicación de nuevas metodologías según nuevos estándares
3. Seguimiento de cumplimentación de estándares
4. 3º acreditación de JCI

Conclusiones

La apuesta por la Clínica IMQ Zorrotzaurre por ser un centro de referencia, ha implicado un trabajo multidisciplinar importante para ofertar a nuestros pacientes una asistencia clínica excelente, incidiendo sobre todo en las áreas de calidad y seguridad del paciente.

VALIDACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES

AUTORES

Virginia Flor Morales¹; D Crespo Rodriguez²; M Gándara Diego³; Y Pérez Herreros⁴; A Alonso Jaquete⁵; L Amigo Cabria⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Marques de Valdecilla

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La colonoscopia en cualquiera de sus variantes requiere una adecuada preparación del paciente, que debe colaborar al máximo, una vez ha sido correctamente informado sobre la técnica. La información por escrito es una herramienta muy eficaz que refuerza la información que se transmite verbalmente y mejora la capacidad de recuerdo, pero esta debe ser suficiente, clara, precisa y comprensible para los pacientes

Objetivos

Elaborar un documento de información para la preparación de colonoscopias basado en la evidencia y comprensible para los usuarios.

Material y métodos

La elaboración del documento informativo se ha realizado por un grupo de trabajo multidisciplinar de 10 personas (facultativos, personal de enfermería y auxiliares de enfermería) de la Unidad de Endoscopias y Calidad.

Se han seguido las siguientes fases:

- Revisión de documentos previos y fichas técnicas de las preparaciones. Búsqueda de otros documentos sobre preparación colónica para pacientes.
- Elaboración del primer documento, poniendo el foco en ¿Qué queremos comunicar? ¿A quién?
- Análisis de los contenidos desde el punto de vista clínico, de redacción y de formato, por el grupo de trabajo y los especialistas en anestesia, responsables de la sedación. Consenso y nueva versión.
- Validación del contenido de la nueva versión por el grupo de trabajo.
- Revisión del documento por un grupo de pacientes elegidos al azar. Previamente se les informó del propósito de la colaboración y se les pidió que respondieran una encuesta de 5 preguntas Si/No y dos de texto libre, para valorar el lenguaje, contenido y formato.
- Análisis de los resultados, con especial atención a los comentarios de los pacientes. Se realizó llamada telefónica a los pacientes que plantearon dudas para recabar información. Versión final.

Resultados

1. Análisis contenido por el grupo de trabajo: se realizaron sugerencias sobre el contenido en lo referente a la retirada de fármacos, se modificaron las frases que creaban confusión y se vio la necesidad de utilizar frases cortas. En cuanto al formato, se propuso pasar de tríptico a díptico para rentabilizar el espacio. Necesidad de elaborar información sobre la preparación reforzada.

2. Análisis contenido por el grupo de pacientes: participaron 27 pacientes 70,4% hombres y 29,6% mujeres. Mediana de la edad 67 años (35-88). El 100% considera el lenguaje claro y comprensible y el contenido útil, al 92,6% el formato le resulta atractivo y considera que no falta información ni la hay en exceso.

Cuatro personas aportaron comentarios: duda respecto a los caldos sin grasa, corrección de un error tipográfico, confusión por diferencias con prospecto y tamaño de letra no adecuado.

Conclusiones

La metodología de trabajo ha permitido elaborar una información por escrito consensuada entre todos los profesionales que participan en el proceso y comprensible para los pacientes. Proporcionar esta información no sustituye a la información verbal que por parte de los profesionales sanitarios se debe dar siempre.

MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES: HERRAMIENTA INTEGRADA DE GESTIÓN EN UN SERVICIO CERTIFICADO DE ATENCIÓN AL USUARIO

AUTORES

Alfonso Alonso Jaquete¹; V Flor Morales²; AM Ruiz Ruiz³; MC Camaleño Miragaya⁴; A Requejo Salces⁵; C Fariñas Álvarez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Un sistema de gestión de la calidad certificado según la norma ISO 9001:2015 necesita una herramienta que permita analizar, priorizar, planificar y reevaluar los riesgos y oportunidades previamente identificados, así como monitorizar las acciones propuestas.

Objetivos

Implementar una herramienta de gestión de riesgos y oportunidades durante el proceso de certificación según la norma ISO 9001:2015 de un Servicio de Atención al Usuario (SAU).

Material y métodos

En noviembre de 2018 se comenzó a elaborar como herramienta, en formato Excel, una Matriz de Riesgos y Oportunidades a la que se denominó Plan de Avance. Se identificaron los riesgos/oportunidades mediante análisis de: entorno (DAFO), partes interesadas, proceso y subprocesos (gestión de reclamaciones), indicadores, incidencias y resultados, auditoría interna. Se evaluaron y priorizaron por probabilidad de ocurrencia e impacto potencial (cada aspecto en una escala 1-5, generando un valor de prioridad entre 1 y 25), y gráficamente utilizando el semáforo de colores. Se planificaron acciones de mejora y correctivas, con sus responsables, fechas límite de acción y planes de seguimiento y verificación establecidos. Se reevaluaron aquellos considerados como cerrados (eliminados, reducidos o asumidos) utilizando el método previo de priorización y semáforo de colores, para así evaluar la eficacia de las medidas tomadas y planificar nuevas medidas en los que no se consigan disminuir. Se trató por tanto de una herramienta en continua actualización.

Resultados

Desde noviembre de 2018 se identificaron 25 Riesgos y 8 Oportunidades, 11 en 2018 y 22 en 2019. Por **TIPO:** 10 (30,3%) fueron de optimización de recursos/organización, 10 (30,3%) de gestión de las reclamaciones, 7 (21,2%) de comunicación/sistemas de información y 6 (18,2%) de criterios homogéneos de funcionamiento. Según su identificación: el 60,6% procedieron del análisis del proceso, el 27,2% del DAFO, el 6,1% de las partes interesadas y otro 6,1% de la auditoría interna. En cuanto a la prioridad de los riesgos: en el 44% fue muy alta (en rojo en la matriz), en el 20% alta (en naranja) y en el 36% media (en amarillo). Entre las oportunidades: en el 12,5% muy alta y por tanto se explotará para asegurar su cumplimiento, en el 12,5% alta y el 62,5% media, y se deberán compartir con terceros mejor posicionados para lograr beneficio, y en el 12,5% baja (en verde), en las que se tratará de aumentar probabilidad y/o impacto. Hasta la fecha se cerraron y reevaluaron dos riesgos: en uno la prioridad pasó de alta a media y se decidió asumir, y en el otro de alta a muy baja y se consideró eliminado.

Conclusiones

La matriz de riesgos y oportunidades ha permitido implantar en el SAU un sistema de gestión de la calidad sistematizado con el que se trabajó sobre los 33 riesgos/oportunidades identificados, cerrando 2 de ellos. Además, ha servido como base para la certificación del SAU según la norma ISO 9001:2015.

TRES MODELOS AL SERVICIO DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA DE CALIDAD: JUNTOS PERO NO REVUELTOS”

AUTORES

ROSA PLA MESTRE¹; A DIAZ REDONDO²; C LLORENTE PARRADO³; D MOLINA VILLAVARDE⁴; A RODRIGUEZ QUIROS⁵; S GARCIA DE SAN JOSE⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GREGORIO MARAÑON

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En ocasiones la implementación de modelos de mejora de calidad en centros sanitarios se lleva a cabo de forma paralela y poco incardinada entre sí y con la propia estrategia de la organización. El proyecto de acreditación según el modelo de Joint Commission (JCI) en nuestro hospital nos brindó la oportunidad de formular un modelo de gestión que integrara los requerimientos de la International Standard Organization (ISO) y los principios del modelo de la European Foundation Quality Management (EFQM) ya implantados, con los nuevos estándares.

Objetivos

Desarrollar un modelo de integración de los tres modelos de mejora de calidad más aplicados en sanidad en los diferentes niveles de gestión de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Normativos: Norma UNE-EN-ISO 9001:2015, modelo de excelencia European Foundation Quality Management (EFQM) y Estándares del modelo Joint Commission Internacional para Hospitales. Organizacionales: Comités de calidad por servicio, red de referentes de seguridad por servicio, Comité Operativo y Comité Estratégico. Herramientas: mapa de procesos del hospital, análisis modal de fallos y efectos (AMFE), análisis de entorno, mapa conceptual integrado de los tres modelos

Resultados

Tomando EFQM como marco estratégico, se han incorporado en los criterios 1, 3 y 7 los requerimientos de liderazgo, definición de competencias, evaluación del desempeño y asignación de privilegios del modelo JCI. En los criterios 4 y 5 los requerimientos de gestión por procesos, riesgos, ambiente de trabajo y proveedores de la norma ISO 9001:2015, incluyendo los indicadores de los estándares de paciente de JCI. El criterio 2 conjuga elementos de gestión de los tres modelos y ha generado un nuevo posicionamiento estratégico del hospital(2108-2022) y un cuadro de mando. Se ha aprovechado la estructura de gestión de calidad y seguridad del paciente ya implantada, a la que se han sumado 30 grupos de trabajo específicos. Más de 350 personas están enroladas en el proyecto

Conclusiones

La integración de los modelos produce sinergias relevantes. La incorporación de los estándares de atención a pacientes(JCI) es muy bien aceptada por los clínicos y facilita la comprensión de los otros dos modelos.

SELECCIÓN DE INDICADORES PARA LA ACREDITACIÓN EN UNIDADES DE CIRUGÍA ENDOCRINA: EXPERIENCIA EN UNA NUEVA BASE DE DATOS

AUTORES

ALFREDO ALEJANDRO VIVAS LOPEZ¹; C NARVAEZ CHAVEZ²; P RUIZ LOPEZ³; FJ GUADARRAMA GONZALES⁴; JI MARTINEZ PUEYO⁵; E FERRERO HERRERO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario 12 de Octubre.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La creación de un modelo de acreditación de Unidades de Cirugía Endocrina (CE) presenta múltiples retos para su consolidación. Uno de ellos es la selección de los parámetros que deben ser indicadores de calidad y buenas prácticas clínicas, y que deben ser valorados en las bases de datos creadas para este fin, determinando si una unidad puede o no acceder a esta certificación o aval.

Objetivos

Determinar los indicadores de calidad a evaluar en una base de datos clínicos aplicada a una unidad de cirugía endocrina.

Material y métodos

Basándonos en la bibliografía existente, en la experiencia adquirida en la acreditación de otras unidades especializadas, y en la práctica clínica diaria recopilada mediante la Herramienta RedCap (Base de datos en formato Web, alojada en servidores internos de nuestro centro, y que cumple la legislación vigente de protección de datos), se han seleccionado los 5 parámetros clínicos, que deberían ser cumplidos en toda unidad de CE que quiera acceder a una futura acreditación.

Resultados

Se han establecido como estándares de calidad en la gestión clínica, el cumplimiento de los siguientes indicadores: 1) Estancia media hospitalaria 2) Proporción de lesiones del N. Laríngeo recurrente. 3) Proporción de hipocalcemia permanente 4) Porcentaje de infección del sitio quirúrgico y sangrado postoperatorio 5) Resección inadecuada evidenciada en pruebas postoperatorias funcionales.

Conclusiones

Es fundamental para la creación de un modelo de acreditación, la determinación de los parámetros clínicos de buena gestión hospitalaria, con estudios a mayor escala, y que cuenten con la participación de expertos en cirugía endocrina y en calidad asistencial.

INSTRUMENTOS PARA LA ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA ENDOCRINA: DISEÑO DE UNA BASE DE DATOS SEGURA Y AUDITABLE.

AUTORES

ALFREDO ALEJANDRO VIVAS LOPEZ¹; D GIL-DIEZ LOPEZ-MAROTO²; P RUIZ LOPEZ³; FJ GUADARRAMA GONZALEZ⁴; JI MARTINEZ PUEYO⁵; E FERRERO HERRERO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario 12 de Octubre.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En los últimos años se ha producido un incremento de Servicios de Cirugía General que han comprendido la importancia del abordaje especializado de cada patología mediante unidades interdisciplinarias, surgiendo el reto de estandarizar y poder así acreditar estas unidades, garantizando una buena práctica clínica, y siendo fundamental para esto el diseño y creación de bases de datos las cuales cumplan la legislación vigente de protección de datos sin perder la capacidad de ser auditadas y validadas por revisores externos.

Objetivos

Diseñar una base de datos de fácil acceso, segura para el manejo de los datos, que cumpla la legislación en tema de protección de datos, y que pueda ser auditada por revisores internos o externos a la institución.

Material y métodos

Se diseñó y creó una base de datos con el fin de gestionar toda la información clínica de los pacientes atendidos en la Unidad de Cirugía Endocrina del Hospital 12 de Octubre (H12O) (Madrid, España), utilizando la herramienta de captura REDCap (Research Electronic Data Capture), alojadas en el servidor de la Unidad de Soporte Científico del Instituto de Investigación del H12O (i+12). REDCap es una aplicación segura y basada en web, diseñada para respaldar la recogida de datos, que permite el seguimiento de los procedimientos de gestión y exportación de datos a paquetes estadísticos comunes (SAS, R, STATA, SPSS), y procedimientos para importar datos de fuentes externas.

Resultados

Se ha logrado gestionar y recabar de forma segura, y dentro de la normativa vigente, la información clínica de aproximadamente 200 pacientes atendidos anualmente en nuestra unidad. Lo que permite evaluar la evolución de cada uno de los indicadores de gestión y calidad seleccionados.

Conclusiones

El diseño de las bases de datos clínicos, usando herramientas seguras, permite el progreso en la gestión clínica, y la consecuente acreditación de las unidades de cirugía endocrina.

¿MEJORAN LAS ACREDITACIONES LOS INDICADORES DE CALIDAD?: COMPARATIVA ANTES Y DESPUÉS DE LA ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD.

AUTORES

ALFREDO ALEJANDRO VIVAS LOPEZ¹; J BERNAL TIRAPO²; P RUIZ LOPEZ³; FJ GUADARRAMA GONZALEZ⁴; FJ GARCIA BORDA⁵; E FERRERO HERRERO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario 12 de Octubre.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Cada vez más servicios quirúrgicos asumen la importancia del abordaje especializado de cada patología, dando paso a la división en Unidades Clínicas por grupos de patología. Dentro de estas se encuentran las Unidades de cirugía colorrectal (CCR), que mediante las asociaciones que las agrupan, han ido un paso más allá creando una acreditación con la intención de mejorar la atención de la patología colorrectal. En este contexto, se plantea la duda de si esta optimización en la gestión se traduce en la mejoría de los indicadores de calidad clínica. Para esto, hemos comparado los indicadores previos y posteriores a la obtención de la acreditación avanzada por parte de la Asociación Española de Coloproctología a la Unidad de Cirugía Colorrectal de nuestro centro.

Objetivos

Establecer si existen diferencias entre los indicadores de calidad posterior a la acreditación avanzada de la unidad de cirugía colorrectal de nuestro centro.

Material y métodos

Se diseñó una base de datos con el fin de gestionar toda la información clínica de los pacientes atendidos en la Unidad de CCR del Hospital 12 de Octubre (H12O) (Madrid, España), en el periodo previo a la acreditación: Octubre 2016-Agosto 2017, y el posterior Septiembre 2017 – Agosto 2018. Utilizando la herramienta REDCap (Research Electronic Data Capture), alojada en el servidor de la Unidad de Soporte Científico del Instituto de Investigación del H12O (i+12). REDCap es una aplicación segura, diseñada para respaldar la recogida de datos, y permitir el seguimiento de los procedimientos de gestión y exportación de datos a paquetes estadísticos comunes (SAS, R, STATA, SPSS).

Resultados

Se observaron variaciones principalmente a nivel de indicadores postoperatorios con descenso de la estancia media (aproximadamente 1,5 días), la incidencia de infección de herida quirúrgica (3,1%) y la tasa de reintervenciones. Paradójicamente, se observó un ligero incremento del 0,8 % en la tasa de fuga anastomótica global, probablemente en relación con un incremento en la complejidad de los casos intervenidos, y criterios más estrictos de diagnóstico.

Conclusiones

El sistema de acreditación además de generar unidades de CCR mejor gestionadas, y con protocolos de actuación, puede trasladar estos avances a una mejoría de los indicadores clínicos de calidad.

GESTIÓN INTEGRADA: CALIDAD (ISO 9001) Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UNE 179003 Y 179006)

AUTORES

Esther Concha León¹; C Sagrera Felip²; M Guzmán Fernández³; MF Viso Cano⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari General de Catalunya.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En el Hospital Universitari General de Catalunya (HUGC) trabajamos en Gestión de la Calidad desde 1995 e iniciamos las Certificaciones ISO en 2010 con la Norma 9001 y posteriormente 14001 en Gestión Ambiental, lo que ha permitido tener estandarizado estos dos aspectos dentro de la organización, consolidando unos criterios de calidad asistencial en la atención y protección Ambiental.

Desde 2009 hasta la actualidad se observa una favorable evolución de la cultura de seguridad del paciente. Por lo que, evidenciada la importancia de esta y la implicación directa por parte de los profesionales, la dirección se compromete y apuesta por incluir las certificaciones UNE 179003 y 179006, así como sus buenas prácticas, en la metodología de trabajo de cada uno de los procesos del centro.

Objetivos

Conseguir la Certificación 179003 como herramienta para abordar una gestión integrada de la Calidad y la Seguridad del Paciente en los procesos de un centro hospitalario de agudos de más de 300 camas.

Material y métodos

La Dirección y el departamento de Calidad del centro, dada su experiencia en certificación ISO-EN UNE, inicia en 2017 una coordinación de reuniones conjunta con la Comisión de Calidad, Comité Clínico de Seguridad del Paciente y la Comisión de Infecciones y Antibióticos, para planificar las acciones y las actividades claves para la implantación de estas dos normas en el centro. Dentro de estas reuniones se gestionan acciones donde se apuesta por la participación del resto de Comisiones y Comités del centro. La planificación se enfoca en todos aquellos procesos con los que se relacionan dentro de la organización, asistenciales y no asistenciales y en la disponibilidad de personal competente para las actividades que debe llevar a cabo tales como: disponibilidad de información que describa los requisitos que debe cumplir el servicio asistencial que se provee a los pacientes, la disponibilidad de procedimientos e instrucciones de trabajo necesarios para resolver situaciones en las que su ausencia podría poner en riesgo la seguridad del paciente, el control del uso de equipos y materiales adecuados para la consecución de los objetivos asistenciales y la disponibilidad de herramientas de monitorización y medida.

Resultados

Se incluyen en el proyecto 12 Comités-Comisiones del centro y 78 propietarios de proceso.

En 2018 en hospital se presenta a Auditoría Interna donde se detectan 10 hallazgos menores gestionados e implantadas acciones correctivas.

En diciembre se presenta a Auditoría Externa proceso sistemático, independiente y documentado (registros, declaraciones de hechos, actividades, resultados y otra información) donde se evalúa favorablemente el cumplimiento de los criterios alcanzando los objetivos propuestos y recomienda la Certificación de ambas normas.

Conclusiones

Un sistema de Gestión integrado en Calidad y Seguridad del Paciente ha permitido unificar la forma de trabajo en todos los procesos proporcionando al paciente una asistencia segura y de calidad sin dejar de respetar el medio ambiente.

EL RETO DE ALINEAR A LA ORGANIZACIÓN CON EL COMPROMISO DE GENERAR VALOR: CONTRATO PROGRAMA ÚNICO

AUTORES

Olga Monedo Pérez¹; N Fernández de Cano Martín²; A Alemany López³; I Mediavilla Herrera⁴; A Torres Hidalgo⁵; MJ Fernandez Campos⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección General de Continuidad Asistencial¹; Subdirección General de Continuidad Asistencial²; Dirección General de Coordinación de la Asistencia³; Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria⁴; Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria⁵; Gerencia SUMMA 112⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Los retos que enfrentan los sistemas de salud (transiciones demográfica y epidemiológica consolidadas, tecnológicas de alta sofisticación, cambios socio culturales, económicos y éticos) requieren respuestas transformadoras, factibles y sostenibles entre las que la continuidad y coordinación de todos los ámbitos implicados en la atención sobresale como una necesidad ineludible y un elemento de alto impacto positivo en pacientes y profesionales, en resultados alcanzados y en costes. El enfoque hacia modelos de atención integrada y continua requiere utilizar todos los instrumentos de transformación, especialmente los más ágiles y motivadores como los contratos programa

Objetivos

Impulsar la coordinación y continuidad a través de la implantación de un contrato programa único (CPU) en nuestra Comunidad, basado en objetivos estratégicos comunes priorizados, metas factibles y motivadoras y en la selección de indicadores robustos, solventes, relevantes que evalúen procesos clave y resultados en valor

Material y métodos

Análisis de situación y de modelos de incentiviación

Priorización estratégica de objetivos integrados y transversales.

Revisión de la literatura y selección de indicadores priorizando medición de resultados y valor añadido

Definición de metas y criterios de evaluación.

Diseño del CPU

Firma – compromiso de todas las gerencias.

Diseño de un cuadro de mando para monitorización e implicación de los profesionales asistenciales y directivos

Resultados

Las gerencias de los 34 hospitales de complejidad alta, media y baja, de todos los centros de salud y consultorios (más de 400) y de todas las unidades de atención urgente/emergente extra hospitalaria firman un CPU estructurado en:

1. Objetivos asistenciales relacionados con el desempeño de todos los profesionales asistenciales: 29 objetivos estratégicos organizados en 7 dimensiones de la calidad asistencial de los que 24 (83 %) son transversales para todos los centros de atención; 133 indicadores de los que 97 (73%) miden resultados en salud, experiencia, satisfacción y costes de la atención; los modelos integrados de atención (procesos asistenciales integrados) se incorporan al CPU avanzando de la medición de implantación a la de resultados alcanzados, que se miden a nivel de paciente y se agregan para evaluar en todas las estructuras asistenciales el valor añadido para su población.

2. Compromisos que implican a las estructuras directivas con las líneas estratégicas de gestión de personas, económico-financiera, implantación de planes estratégicos y gestión de los sistemas de información

Conclusiones

El CPU traslada el compromiso con un modelo de atención integrada y continua en la que se comparten objetivos cuyo grado de consecución se mide fundamentalmente mediante resultados alcanzados en las personas, centrándose en el valor añadido por el modelo asistencial. Para promover y reforzar la consecución de objetivos, se marcan metas alcanzables individualizadas a las unidades y se diseña un cuadro de mando que permite identificar áreas de mejora.

CERTIFICACIÓN UNE 179006-2003 DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA

AUTORES

LAURA RUBIO CIRILO¹; L ALFARO CADENAS²; M SALAZAR CALZADO³; MD MARTÍN RIOS⁴; G DE LAS CASAS CAMARA⁵; M CIMAS BALLESTEROS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA¹; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA²; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA³; FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS⁵; FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Como ayuda a consolidar las actividades de vigilancia y prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) que se venían desarrollando en el Hospital General de Villalba (HGV), se planteó certificar el esfuerzo en esta tarea con una norma UNE, que persigue identificar y minimizar el riesgo de contraer y transmitir infecciones.

Objetivos

Certificar en 2018 el sistema de vigilancia de las IRAS por la norma UNE 179006-2003: "Sistema para la Vigilancia, Prevención y Control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en los hospitales"

Material y métodos

El servicio de Medicina Preventiva y la dirección de Calidad lideraron el trabajo junto con la Comisión de infección, profilaxis y política anti-biótica (CIPPA). Se elaboró la ficha de procesos con su mapa de procesos. Se decidió junto con la dirección asistencial la política del sistema, así como el alcance del mismo. Se estableció el plan de comunicación (interna y externa). Del trabajo que se venía realizando, se definieron indicadores y de acuerdo a ellos también objetivos. Se fue trabajando simultáneamente en la recopilación de los protocolos que se utilizaban en el trabajo diario así como en su codificación y estilo. Se elaboró además una matriz de análisis de riesgos. Se programaron sendas auditorias, primero interna y posteriormente la auditoria externa para la certificación.

Resultados

El alcance de la certificación afectaría a todos los servicios asistenciales (médicos y quirúrgicos) y no asistenciales de aplicación. Durante los meses de trabajo se estructuraron 13 indicadores (en los que se venía trabajando) con sus valores de referencia, datos ideales y de alerta así como la frecuencia de medida y el responsable de cada uno de ellos. Se definieron además tres objetivos de acuerdo a la norma, que se habían fijado por Medicina Preventiva para ese año. Se revisaron 13 protocolos, uno por cada procedimiento operativo de la norma; además se revisaron todos los protocolos asociados a cada uno de los principales, un total de 22. El 19 de Octubre se realizó la auditoria interna, con 6 no conformidades, 3 observaciones y 4 puntos notables. Del 19-23 de Noviembre tuvo lugar la auditoria externa junto con los procesos de Calidad y Gestión Medio Ambiental. El resultado fue muy satisfactorio, 0 no conformidades y 5 observaciones; se hizo referencia a 16 indicaciones positivas y se sugirieron 4 áreas de mejora. Con fecha 27 de noviembre se obtuvo la certificación.

Conclusiones

El proceso de certificación ha permitido ordenar el trabajo, estableciendo de un modo firme indicadores y objetivos que permiten un seguimiento exhaustivo de la vigilancia de las IRAS. Por otro lado, supone un reconocimiento al esfuerzo de los profesionales y un incentivo para seguir mejorando. Favorece, así mismo, la alineación con las políticas de calidad asistencial y seguridad del paciente del centro. El HGV es uno de los pocos centros públicos en España certificados por esta norma.

EL FACTOR HUMANO EN LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2015. VISIÓN DE LOS RESPONSABLES DE CALIDAD EN LA TRANSICIÓN

AUTORES

ANA ISABEL ALGUACIL PAU¹; M SERRANO DIEGO²; MC HERNANDO DE LOS MOZOS³; RM MORENO RODRIGUEZ⁴; MA VALCARCEL DE LAIGLESIA⁵; A SERRANO HERANZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS¹; ESCUELA SUPERIOR DE INGENIEROS INDUSTRIALES²; HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS³; HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS⁴; HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS⁵; HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El interés del Hospital en certificarse en ISO 9001 es optimizar la eficacia, validar buenas prácticas y recompensar a los mejores. El factor humano es clave para consolidar el modelo. El cambio de versión es un esfuerzo y la experiencia de los responsables de liderar la transición, crucial para anticipar problemas

Objetivos

Investigar la vivencia de los responsables de calidad en la transición a la versión 2015 en cuanto a dificultades y buenos hábitos, para elaborar un plan de acción orientado al factor humano como clave en la consolidación del modelo

Material y métodos

Estudio mixto cualitativo, cuantitativo, secuencial en responsables de calidad de unidades certificadas, con entrevistas presenciales semiestructuradas y encuesta de 15 preguntas con respuesta Likert. Las entrevistas se transcribieron incluyendo lenguaje no verbal. El análisis de los discursos se realizó mediante descomposición de las transcripciones y selección de citas, localizando patrones repetidos en los diálogos. Cada cita se analizó con hermenéutica y sintaxis. Una vez detectadas las dificultades se codificaron para extraer conclusiones ligadas al discurso. El estudio cuantitativo se realizó por análisis estadístico clásico. Con los resultados se elaboró un DAFO

Resultados

El estudio cualitativo clasificó los resultados en 16 dificultades. Los negativos fueron: dificultad del concepto de no conformidad, escasez de tiempo para el tránsito, conocimiento ligado al responsable de calidad, carga de trabajo extra, falta de liderazgo, dificultad en cambiar hábitos. En el análisis cuantitativo un 75% opinan que la Unidad de Calidad les ha apoyado, la implicación del Jefe ha sido activa en un 75%, el 12% creen que la resistencia al cambio es alta o muy alta, un 62% creen útil la norma para la gestión, el 62% están satisfechos o muy satisfechos con su tarea de responsable de calidad, el 0% tiene problemas graves o muy graves con los servicios externalizados, el 12% han tenido un problema grave o muy grave de documentación. Con el coeficiente de Pearson se vio que cuanto más se implicaron los trabajadores menos resistencia al cambio hubo (-0.54), cuando los jefes se implicaron los trabajadores también (0.79), cuando las pautas de la Unidad de Calidad son claras la resistencia al cambio es menor (-0.50). Finalmente se hizo un DAFO a partir del que se han planteado 8 líneas priorizando desarrollar el estudio en clientes, jefes de servicio y trabajadores

Conclusiones

La investigación cualitativa del factor humano permite comprender emociones que llevan a comportamientos y se complementa con estudios cuantitativos que aumentan la fiabilidad. Los resultados confirman ideas preconcebidas de los responsables de calidad como exceso de tarea, falta de implicación de compañeros, ausencia de liderazgo o exceso de documentación. Han sido hallazgos el compromiso, la confianza en que hacen mejor su trabajo, el sentido de orgullo y recompensa y el reconocimiento a la Unidad de calidad, que nos permite desarrollar líneas con ellos para reforzar su papel en la consolidación del modelo

APLICANDO METODOLOGÍA LEAN PARA LA MEJORA DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA DE TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS AL HOSPITAL DE DÍA

AUTORES

Nekane Intxaurza Elosua¹; A Ibáñez Torres²; A de Juan Arroyo³; M Sagarduy Yurrebaso⁴; A de Lorenzo Quintela⁵; Y Pinedo Salazar⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI Barrualde Galdakao (Osakidetza).

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La necesidad de agilizar y hacer más eficiente el proceso de preparación y dispensación de tratamientos oncológicos por parte de la Farmacia Hospitalaria para contribuir a mejorar la experiencia de los pacientes que necesitan acudir al Hospital de Día a recibir su tratamiento con quimioterapia y/o inmunoterapia y que, en ocasiones, habían expresado quejas y reclamaciones por largas esperas.

Objetivos

- Reducir la espera del paciente en el Hospital de Día a la dispensación de su tratamiento oncológico por parte de Farmacia
- Acortar el Lead Time (Tiempo Total) del proceso y mejorar su Takt Time (capacidad), sin detrimento de la Calidad ni de la Seguridad
- Mejorar la satisfacción del cliente interno
- Mejorar la satisfacción de los profesionales de Farmacia
- Disminuir las reclamaciones de pacientes
- Disminuir las incidencias de Seguridad del Paciente
- Implicar a los profesionales de primera línea en la resolución de sus problemas
- Ir implantando Cultura Lean y de Mejora Continua en el servicio de Farmacia

Material y métodos

Creamos un equipo de mejora con todos los perfiles profesionales de primera línea y liderado por la Unidad de Calidad e Innovación para, aplicando la Metodología LEAN, desarrollar un proyecto que agilizará e hiciera más eficiente el proceso. Comenzamos por definir el concepto VALOR para los pacientes, elaboramos el flujograma de partida, realizamos una Campaña de Medición del proceso, identificamos los 'despilfarros' (ineficiencias de sobreproducción, procesamiento, defectos, esperas, inventarios, movimientos, transporte y talento), definimos un Plan de Acción con las acciones de mejora propuestas para resolver los problemas priorizados, acercamos el proceso a la demanda (pasando de un proceso Push a Pull), creamos un flujograma de valor, evaluamos los resultados e implantamos la Mejora Continua en el proceso.

Resultados

- Reducción del Lead Time: 65%
- Mejora del Takt Time: 4,3%
- Disminución del tiempo de espera del paciente: 46% (39 minutos menos por paciente y día de tratamiento)
- Disminución de las reclamaciones de pacientes: 100% (de 3 el año previo a ninguna)
- Mejora en la satisfacción de la enfermería del Hospital de Día: 57%
- Mejora en la satisfacción de los profesionales de Farmacia: 24%
- Reducción de las incidencias de Seguridad del Paciente: 100% (de 1 el año previo a ninguna)

Conclusiones

La aplicación de la Metodología Lean en las organizaciones sanitarias permite agilizar los procesos en los que trabajamos, hacerlos más eficientes y aportar el máximo valor a los pacientes, siempre que seamos capaces de implicar a los profesionales de primera línea en la detección y resolución de los problemas y vayamos, de esta manera, creando cultura de Mejora Continua.

LA CARTERA DE SERVICIOS: LOS NUEVOS EVALUADORES

AUTORES

ANA MARIA MATARREDONA PAREJA¹; MS CORBACHO MALO²; L HIJOS LARRAZ³.

CENTRO DE TRABAJO

DEPARTAMENTO DE SANIDAD.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La capacidad de los evaluadores en la Comisión de Evaluación de Cartera de Servicios Sanitarios (CECSS) de nuestra comunidad autónoma es limitada. La demanda actual hace necesarios sistemas que permitan la agilización en la evaluación y actualización de los servicios que se evalúan en la CECSS.

Objetivos

Actualizar la cartera de servicios, a través de grupos de trabajo, reconocidos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y constituido por responsables de las unidades y especialidades de cada centro hospitalario de la Comunidad Autónoma.

Capacitar a los profesionales en la participación activa para mejorar la agilización y generar la equidad en la utilización de las prestaciones en el sistema de Salud .

Fomentar, dinamizar y evaluar la inclusión de prestaciones previamente por los grupos de trabajo como parte evaluadora de la CECSS.

Material y métodos

Se crean grupos de trabajo reconocidos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS) y formados por responsables de las especialidades, para actualizar la cartera de cada especialidad. Se realiza un procedimiento de trabajo con una metodología sistematizada, unificada y validada, por la DGAS de nuestra comunidad autónoma. El grupo prepara una única solicitud de inclusión (según el procedimiento establecido) y evalúa tanto los aspectos a considerar por la CECSS. Una vez cumplimentado el modelo de solicitud de cartera, se defiende y consensúa dentro del grupo y se emite un informe propuesta al Servicio de Oferta Asistencial recogiendo los criterios que sustentan dicha inclusión. Esta propuesta se remite a la CECSS para su evaluación final.

Resultados

Desde el año 2016 se ha creado distintos grupos de trabajo: laboratorios, microbiología, hematología, enfermería, anatomía patológica, según prioridades del Departamento de Sanidad. El dinamismo de determinados grupos está suponiendo una gran oportunidad para la actualización de técnicas, tecnologías y procedimientos. Esta mejora unificada y transparente ha permitido que los grupos se conviertan en colaboradores-evaluadores como apoyo a la CECSS, permitiendo la agilización en el proceso de resolución por parte de la misma, y fomentando la satisfacción de los grupos ante la participación activa en la comisión y el conocimiento de los servicios disponibles dentro de la cartera de servicios y como se oferta.

Conclusiones

Con este procedimiento de evaluación por parte de los grupos de trabajo se contribuye a la mejora en la evaluación del proceso de inclusión de un servicio a la Cartera de Servicios sanitarios de nuestra Comunidad autónoma. Además, permite la participación de los verdaderos especialistas en la materia, al conocimiento de la disponibilidad de las prestaciones y donde se ofertan.

La difusión de este modelo ha contribuido a que los profesionales sanitarios accedan al conocimiento de la metodología de evaluación de la Cartera de Servicios y a la implicación en el proceso organizativo de nuestra comunidad autónoma.

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA SEGÚN LA SATISFACCIÓN DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

AUTORES

JOSEFA FRANCISCA MURCIA PAYÁ¹; MD RODRÍGUEZ MULERO²; M GALINDO MARTÍNEZ³; G ESCUDERO GARCÍA⁴; A DÍAZ PASTOR⁵; ME MARTÍNEZ CONESA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIOS SANTA LUCÍA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Uno de los aspectos de la evaluación de la calidad asistencial incluye valorar la calidad percibida por los usuarios. De este modo, conocer si un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) no satisface las necesidades o no cumple las expectativas de otros Servicios Hospitalarios (SH) con los que se relaciona, permite obtener oportunidades de mejora.

Objetivos

Conocer la opinión que otros SH tienen sobre el SMI, y valorar la adecuación del sistema empleado para obtener la información anterior.

Material y métodos

Estudio descriptivo sobre la encuesta de satisfacción distribuida en diciembre de 2018 a los SH con los que el SMI mantiene relación. En la encuesta, las posibles opciones de respuestas, desde muy mal a muy bien, se puntuaron del 1 a 5. Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión v.20.0.

Resultados

De las 506 encuestas repartidas, sólo se contestaron 105 (20.75%), el 30.61% por facultativos y el 7.08% por enfermería. El mayor número de contestaciones procedieron de Anestesia y Cirugía general.

Los aspectos mejor valorados fueron facilidad de contactar con el SMI, rapidez en atender interconsultas, y trato recibido por el personal del SMI, todos ellos con puntuación mayor o igual a 4 (bien o muy bien) en más del 90% de las respuestas.

La peor puntuación recayó sobre los criterios de ingreso en el SMI y la información contenida en el informe de alta sobre limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), cuidados y pruebas pendientes, así como las órdenes de tratamiento, ya que más del 23% de los que contestaron les puntuaron igual o menor a 3.

El 92.94% de los que contestaron reconocieron no tener acceso a la historia clínica electrónica del SMI (ICCA), pero al 86.08% de éstos les gustaría conseguirlo.

Conclusiones

En general, la opinión de los SH que contestaron la encuesta ha sido muy favorable.

Los aspectos peor puntuados podrían explicarse, en el caso de los criterios de ingreso, porque éstos exigen adecuar la vigilancia y tratamiento que se ofrece en el SMI a la situación clínica y pronóstico de los pacientes a ingresar, decisión trascendental a veces no compartida por los médicos de otros SH; en el caso del informe de alta del SMI, ni la información ni el tratamiento que contiene se ubican en la localización habitual de sus homólogos en SELENE (historia clínica electrónica del resto de SH), lo cual obliga a transcribir dicho tratamiento en el formulario de SELENE para tal fin por el médico de guardia en la planta.

Por otro lado, haber obtenido sólo un 20.75% de encuestas contestadas, con una mínima y hasta ausente participación de algunos SH frecuentes usuarios del SMI (Urgencias, Medicina Interna, Cardiología...) invita a asociar otros métodos, por ejemplo, realizar una breve entrevista cercana al contacto entre el SH y el SMI, para asegurar la participación de todos los SH usuarios del SMI.

REORDENACION DE RRHH EN UN AREA SANITARIA: EVOLUCIÓN DE ENERO DE 2012 A DICIEMBRE DE 2017

AUTORES

RAMÓN CALDAS-BLANCO¹; J VAZQUEZ-CASTRO²; M ALMAZAN-DEL POZO³; O CAÑETE-GUTIERREZ⁴; F HERRERO-AYUSO⁵; M ALVAREZ-SANCHEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Existen importantes diferencias en la dotación de recursos humanos en los equipos de Atención Primaria de un área sanitaria causadas por variaciones poblacionales no acompañados por los recursos adecuados debido a la lentitud y rigidez del sistema.

Objetivos

Adecuar los recursos de profesionales a las necesidades asistenciales y minimizar las diferencias entre ellos.

Material y métodos

Dos circuitos:

a) Las Direcciones Asistenciales (DA) priorizan sus nuevas acciones (NNAA). Se basan en ratios (RA), población distinta atendida (PDA), presión asistencial (PA), frecuentación, incremento poblacional, dispersión geográfica y turnos. La Gerencia, en base a dichas peticiones y con información añadida (cuadro de mando), prioriza a nivel de Área con el objetivo de adecuar los recursos a la actividad asistencial y homogeneizar dichos recursos.

b) Circuito en base a jubilaciones, excedencias, traslados. Se analiza si se cubre o amortiza. Si se amortiza se pone el recurso en otro centro que lo necesite.

Periodo 2012-2017 con dos etapas distintas: Austeridad (más circuito b), normalidad presupuestaria (más circuito a).

Análisis, diciembre 2012 a diciembre 2017, tres categorías: medicina (MF), pediatría (PED) y enfermería (ENF), de la Gerencia, DA y Equipos (EAP).

En 2012 los datos eran los siguientes:

1) GERENCIA

MF	RA	1511	PDA	79,51	PA	32,06
PED	RA	1126	PDA	84,05	PA	20,99
ENF	RA	1924	PDA	56,35	PA	17,57

2) DA

DA Centro, ratios bajas (1407, 1174, 1757, MF, PED y ENF respectivamente) actividad baja

DA Noroeste, ratios altas (1678, 1266, 2134) actividad baja

DA Este, ratios bajas (1460, 1080, 1924) actividad en la media

DA Oeste ratios bajos (1453, 1015, 1862), actividad alta

DA Sur, ratios en la media (1509, 1138, 1994), actividad alta

DA Sureste, ratios en la media (1503, 1037, 1893), actividad alta

DA Norte, ratios altas (1636, 1174, 2087) y actividad alta

3) EAP

MF:	RA de 1.326 y de 3.029.	PA de 23,44 y de 38,29.	PDA de 62,19% y 86,11%
PED:	RA de 796 y 1.744.	PA de 10,12 y de 30,33.	PDA de 59,35% y 95,43%
ENF:	RA de 1.570 y 4.438.	PA de 12,16 y de 22,97.	PDA de 33,57% y 64,16%

Resultados

Periodo 2012-2015: NNAA y amortizaciones 22 MF 20 PED y 32 ENF.

Periodo 2016-2017: 96 MF, 35 PED y 29 ENF.

Total: 118 MF, 55 PED y 61 ENF.

Análisis tras las medidas tomadas

1) ÁREA

MF: RA +3.17 PDA +0.75 PA -2.76.

PP: RA +2.30 PDA +0.62 PA -0.28

ENF: RA +5.09 PDA +3.81 PA 0.49

Cambios mínimos con un pequeño decremento de la PA

2) DA

NNAA, mayor incremento en las Da con mayor actividad asistencial

DA NORTE: 33 MF, 10 PED y 20 ENF

DA SUR: 22 MF, 14 PED y 12 ENF

DA SURESTE: 17 MF y 16 ENF

DA CENTRO: -12 MF y -28 ENF

Las Presiones asistenciales se homogeneizaron, existiendo un mayor decremento en las DA con mayor actividad.

Media -1,93. DA NORTE -2,0. DA SUR -2,54. DA SURESTE -2,83

Conclusiones

Tanto en las DA como en los equipos se ha intentado homogeneizar los RRHH y la actividad asistencial.

Las medidas demuestran ser eficaces por lo que se debe continuar en la misma línea.

ACCIÓN FORMATIVA: CONOCIMIENTO OPERATIVO DE LA UNIDAD DIRIGIDO A CELADORES

AUTORES

M^a AMPARO SERRANO SERRANO¹; D PEREZ MARTIN²; J RODRIGUEZ BOBADA GONZALEZ DE LA ALEJA³; JR NIETO LOPEZ⁴; PL IZQUIERDO DOYAGÜEZ⁵; F SOTO BONEL⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Uno de los aspectos que ocasionalmente genera malentendidos entre los celadores y responsables o entre los propios celadores es el desconocimiento o conocimiento parcial del funcionamiento de la Unidad por parte de los primeros.

Objetivos

Implementar acciones formativas para dar a conocer a todos los celadores la sistemática de trabajo y los fundamentos para la gestión de la Unidad. Asimismo, posibilitar los debates y dudas pertinentes para beneficio de todos.

Material y métodos

Se ha implementado acciones formativas en 2017 y 2018, aprobadas en el plan de formación continuada y que constaron de varias ediciones de 5 horas de duración. En ellas se han tratado las siguientes áreas:

- Política de la Unidad y filosofía de trabajo de la Dirección.
- Gestión de la actividad diaria.
- Sistema de Gestión de Calidad y procedimientos de la Unidad.
- Planificación anual (patrones de libranza y jornada anual), cobertura de puestos y libranzas no programadas.
- Actividad formativa.
- Preguntas y sugerencias de los celadores.

Resultados

- Disminución de reclamaciones de los celadores: de 36 en 2016, se ha bajado a 10 en 2017 y 3 en 2018.
- Interés de los celadores en participar en grupos de trabajo (8 de ellos están incluso en grupos interdisciplinarios), aportaciones y sugerencias (se han celebrado 2 ediciones de premios a las mejores ideas) y asistencia a eventos (18 celadores entre los dos años).
- Disminución de conflictos con otros colectivos: 94%

Conclusiones

Esta actividad formativa ha supuesto:

- Mayor conocimiento de la Unidad, así como del alcance y dimensión de nuestro trabajo.
- Disminución de protestas (fundamentadas o no) de los celadores.
- Mejora en la participación y sentido de integración en el colectivo y el propio hospital.
- Satisfacción de los celadores por transparencia y sentimiento de integración.
- Se ha institucionalizado una nueva acción formativa de mucha utilidad y amplio recorrido futuro.

AVANZANDO EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA

AUTORES

TANIA MIQUEL RUIZ¹; A GUIJARRO PÉREZ².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Plató.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La correcta gestión de las listas de espera de una Hospital es muy dificultosa debido al elevado volumen de actividad y a los diferentes criterios para cada una de ellas.

Actualmente se notifican tres listas de espera: ambulatoria, pruebas diagnósticas y quirúrgica.

La Oficina Técnica es la responsable del control de todas ellas.

Objetivos

Garantizar que no se superan los tiempos máximos de referencia , controlando la demora, prioridad o procedimientos garantizados para ciertas intervenciones quirúrgicas o diagnósticos.

Material y métodos

El control exhaustivo de las demoras se convierte en un reto, dado que es un volumen muy elevado de datos que deben ser informados y gestionados.

Disponemos de un aplicativo de la Consejería de Salud, desde el cual podemos obtener los datos de los pacientes en lista de espera para cada una de ellas (ambulatoria, pruebas diagnósticas y quirúrgica) y también el control de las bajas por realización o por otros motivos. La dificultad erradica en la extracción basada en un archivo Excel, a partir del cual debemos tratar cada una de las líneas de actividad por cada paciente que pueden llegar a ser más de 5.000 en el caso de la lista de espera ambulatoria. Esto genera una dificultad para poder tener una visión general e identificar aquellos pacientes que estén cerca de finalizar el periodo de garantía o bien errores de actividad no informada. Para poder lograrlo dedicamos muchas horas de trabajo hasta lograr obtener la información necesaria.

Para ellos se decide crear un cuadro de mandos, donde se definen los criterios para cada una de las listas de espera (procedimientos garantizados, neoplasias, tipos de pruebas diagnósticas que deben ser comunicadas...).

Una vez introducidos los parámetros y cargadas las extracciones de las diferentes listas de espera semanalmente, nos muestra la situación global de cada una de ellas, con el porcentaje de cumplimiento y la información de los casos fuera de garantía. Así mismo disponemos del desglose por servicio y por periodos de tiempo, pudiendo identificar los pacientes que están fuera de garantía o en riesgo de estarlo, pudiendo gestionarlo antes de superar el tiempo máximo.

Identificamos también los errores en la comunicación del alta o baja de las lista de espera.

Resultados

La información que nos facilita el cuadro de mandos, nos permite actuar ante cualquier posible error de comunicaciones y así corregirlo. De esta manera garantizamos que toda la actividad realizada, es correctamente informada.

Podemos priorizar en la programación quirúrgica aquellos pacientes que están cerca de superar el tiempo máximo de referencia, pues también tienen acceso a este cuadro de mandos el personal de programación quirúrgica, lo que facilita la gestión diaria.

Conclusiones

Podemos obtener la situación global y el detalle de todas las listas de espera de manera automática. Esto ha supuesto un ahorro de horas de trabajo, las cuales pueden ser destinadas a la mejora de la calidad de gestión.

HERRAMIENTA DE MEDIDA DEL USO DEL ECÓGRAFO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

AUTORES

MAURICIO SAINZ-MAZA APARICIO¹; AB RAMIREZ PUERTA²; P HERRERA MUNICIO³; AB DOMINGUEZ MADUEÑO⁴; D MALILLOS PEREZ⁵; JC ESTEVEZ MUÑOZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En el año 2009 se inició el Plan de Implantación de la Ecografía en Atención Primaria en una Comunidad Autónoma (CA), dotando de manera priorizada de ecógrafos a los Centros de Salud (CS) que cumplían unos criterios. El Plan incluye la formación de los profesionales en esta técnica. Por ello se hace necesario implementar un sistema de registro y la visualización de la actividad ecográfica realizada. Este espacio en la intranet corporativa, facilita información a diferentes niveles de la organización: CA, Dirección Asistencial (DA) y CS.

Objetivos

Medir el número de ecografías mensuales realizadas con cada ecógrafo, estableciendo la media ajustada por mes desde la implantación. El objetivo final es determinar la rentabilidad de uso para priorizar la reasignación del recurso en los centros según criterios establecidos.

Material y métodos

Para la dotación de ecógrafos se exigía la elaboración de un proyecto, compromiso de los profesionales formados a realizar un mínimo de ecografías mensuales (al menos 5, 10 ó 15 ecografías, con menos de 2, entre 3-4, o más de 5 profesionales respectivamente). El no cumplimiento implicaba la retirada del ecógrafo reasignándose a otro Centro. Los datos se reevalúan cada 6 meses por cada DA.

Se elaboran 7 indicadores que muestran información a distintos niveles de la organización y periodos de tiempo.

Uno de los indicadores muestra este criterio de manera objetiva: "ecografías realizadas por ecógrafo". Mide la media de ecografías ajustadas por meses desde la implantación del ecógrafo.

Resultados

A final del año 2018, había 228 Centros con ecógrafo de un total de 427 Centros sanitarios de la red de Atención Primaria.

Los datos de actividad están ya disponibles para todos los ámbitos (Profesional, CS, DA y CA). Casi todos los Centros muestran una actividad adecuada a los criterios pactados.

En los CS en los que la implantación de la ecografía es más reciente, la media de ecografías es más baja. A medida que aumenta el tiempo de uso superan la media de ecografías requeridas por la DA para mantener el ecógrafo.

La baja o nula actividad ha motivado la retirada del ecógrafo en una minoría de centros (1%).

Conclusiones

Disponer de datos objetivos por las DA responsables de la reasignación de los recursos permitirá la mejor gestión de los mismos.

Hay diferencias entre los CS en función del número de profesionales formados, implicación de los mismos, presencia de residentes de medicina familiar y presión asistencial. Llama la atención que algunos Centros no muestran actividad ecográfica o está muy por debajo de la esperada, posiblemente en relación con un escaso registro de protocolos o inadecuación de las agendas para favorecer esta actividad, por lo que se hace necesario revisar las causas para facilitar al profesional que incluya esta tarea de manera rutinaria en su actividad.

En los Centros con reciente implantación, la baja actividad podría estar justificada por la inexperiencia y la falta de formación.

Este patrón se repite en todas las DA de la Comunidad.

DE 0 A 100: ACREDITACIÓN GLOBAL DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

ANA LOPEZ JIMENEZ¹; D PARRAGA GARCIA²; C VARELA RODRIGUEZ³; P RUIZ LOPEZ⁴; L PARES POLLAN⁵; C VARGAS GALLEGO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

H.U. 12 DE OCTUBRE.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En el año 2012, nuestro hospital pone en marcha un ambicioso proyecto de reorganización de sus laboratorios. En él, se consideraba la creación de un área transversal de Gestión de Calidad.

Objetivos

Conseguir para 5 Servicios de Laboratorio el reconocimiento de acreditación que otorga la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) como herramienta de gestión para la mejora continua.

Material y métodos

El proyecto se abordó en varias fases y etapas:

- Nombramiento de la responsable de Gestión de Calidad y presentación del proyecto.
- Constitución del Comité de Calidad, formado por un responsable de cada laboratorio, coordinados por el responsable del área transversal.
- Cronograma de actuación.
- Formación del personal.
- Elaboración de documentación y centralización de la misma en un gestor documental (TQM) incluido en el Sistema Informático del Laboratorio.
- Auditorías Internas.

Se contó con la Dirección, Servicios Generales y Unidad de Calidad del hospital.

Resultados

Fase 1) El alcance conseguido por servicios fue:

- En Análisis Clínicos-Bioquímica: se acreditaron 154 pruebas, 9 áreas de conocimiento y 17 metodologías. Primer hospital acreditado en España para la realización de ensayos de depleción mitocondrial.
- En Hematología: 13 pruebas, 4 áreas de conocimiento y 7 metodologías.
- En Inmunología: 39 pruebas, 5 áreas de conocimiento y 7 metodologías. Primer hospital acreditado en España para la cuantificación del biomarcador CDsoluble. Doble acreditación conjunta en la norma ISO 15189 y estándares de la Federación Europea de Inmunogenética.

Fase 2) Mantenimiento del alcance obtenido en fase 1 y ampliación de alcance en 5 laboratorios:

- En Análisis Clínicos-Bioquímica: ampliación de 16 pruebas.
- En Genética: 2 pruebas, asociadas al estudio oncohematológico.
- En Hematología: ampliación de 7 pruebas, 4 de ellas de Hematología Molecular.
- En Inmunología: ampliación de 1 prueba asociada al metabolismo del fármaco tacrólimus.
- En Microbiología: 1 pruebas de Bacteriología y 14 pruebas de Microbiología Molecular.

Conclusiones

La estrategia organizativa, con la colaboración de todos los profesionales y sin apoyo externo, ha permitido la acreditación de 5 Servicios de Laboratorio. El alcance global obtenido posiciona al hospital como uno de los primeros en el sector público en obtener este reconocimiento.

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

AUTORES

BEATRIZ FIDALGO HERMIDA¹; R RODRIGUEZ NAHARRO²; JM CARRASCOSA BERNALDEZ³; H GONZALEZ LOPEZ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SSM JOSÉ GERMAIN

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La satisfacción de los clientes con el servicio que reciben, la calidad de los profesionales, la gestión de riesgos asociados a la asistencia sanitaria y el respeto al medio ambiente, deben converger en una estrategia organizacional orientada a la mejora continua de los procesos que se llevan a cabo, de ahí que nuestra organización se apoye en normas que nos proporcionan un marco de referencia para la implantación de Sistemas de Gestión Integrado en calidad (UNE EN ISO 9001), Seguridad del Paciente (UNE 179003) y Medio Ambiente (UNE EN ISO 14001). Siendo punto importante de partida conocer las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés (NEGI)

Objetivos

Determinación de las cuestiones externas e internas pertinentes que afectan a nuestra capacidad para lograr los resultados deseados, así como la determinación de las NEGI

Material y métodos

Se ha utilizado la herramienta DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) y un cuadro donde se identifican las NEGI, tal y como se desarrolla en el procedimiento. Se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales voluntarios de las áreas de Calidad, Medio Ambiente, Seguridad del Paciente, Humanización, etc. Se tuvo en cuenta diferentes puntos de vista: 1. Estratégico (E) (Contrato programa, Estrategia en seguridad del Paciente 2015-2020 de la Consejería de Sanidad, Plan de Salud Mental 2018-2020 de la Comunidad de Madrid y Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 del Servicio Madrileño de Salud). 2. La voz del paciente (VP) (Informes de resultados de encuestas a pacientes, de Reclamaciones, quejas y sugerencias y de entrevistas grupales a pacientes) 3. Voz del profesional (VT) (Informe encuesta de calidad de vida profesional 2017 y el Informe autoevaluación EFQM 2018)

Resultados

El grupo de trabajo se ha formado por 12 profesionales diferentes áreas. Se han obtenido como factores internos 12 D y 16 F, y como factores externos 9 A y 15 O. Estos factores identificados se ponderaron en función del peso y la relevancia y que sirvieron de base al posterior análisis CAME (Identificar de los factores identificados cuales hay que Afrontar, Explotar, Corregir o Mantener) de la que se extrajeron 7 acciones a tomar en los dos siguientes años siendo la de mayor relevancia "Elaboración de un Plan Estratégico". Con respecto a nuestras partes interesadas, se revisaron y actualizaron. Se identificaron 39 necesidades y/o expectativas que fueron relacionadas con las distintas partes de interés en un cuadro

Conclusiones

La labor realizada por el grupo de trabajo ha obtenido como resultados un amplio análisis del contexto de la organización pues se han tenido en cuenta diferentes aspectos relevantes; E, VP y VT. Este análisis y el conocimiento que los profesionales tienen del proceso en el que trabajan, nos permite identificar los riesgos que pueden afectar a la prestación del servicio, así como realizar un estudio para la obtención de las líneas de mejora proyectadas para los dos años siguientes.

CONSTITUCIÓN DE UNA COMISIÓN DE CALIDAD TERRITORIAL E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN DOS REGIONES SANITARIAS

AUTORES

Laura Batalla Peinado.

CENTRO DE TRABAJO

GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Los proveedores públicos mayoritarios de salud a las Regiones Sanitarias de Lleida y Alt Pirineu-Aran: Instituto Catalán de la Salud (ICS) y Gestió de Serveis Sanitaris (GSS) tienen una misma Gerencia Territorial (GT) desde 2012. Engloba 3 Hospitales: Universitario Arnau de Vilanova (HUAV), Universitario Santa María de Lleida (HUSM), Comarcal del Pallars (HCP), la Atención Primaria de Lleida (23ABS) y del Alt Pirineu (8ABS). Con una población de referencia de 450.000 habitantes y las líneas de atención hospitalaria, primaria, sociosanitaria, salud mental y social, el trabajo colaborativo de las áreas de calidad de cada dispositivo asistencial abre una ventana de oportunidades en la promoción y mejora de la calidad asistencial en su sentido más amplio.

Objetivos

1. Constituir una Comisión de Calidad Territorial (CCT) con los responsables de las áreas de Calidad de los dispositivos asistenciales que conforman la GT. 2. Elaborar, hacer seguimiento y evaluar un Plan de Calidad Territorial (PCT) que incluya acciones para la promoción de la calidad asistencial.

Material y métodos

2017: Mayo. Constitución de la CCT y aprobación en comité de dirección territorial. Junio: Identificación y priorización de las acciones de mejora, partiendo del análisis del Plan de Salud de Cataluña 2016-2020, el Plan estratégico de la GT 2016-2020 y de los proyectos del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña vinculados a la promoción de la calidad y seguridad del paciente. Redacción del PCT 2017-2018. Julio: Aprobación del PCT 2017-2018 en CDT. 2018: Enero. Evaluación de las acciones planificadas 2017. Incorporación y aprobación de nuevos objetivos y acciones 2018 debido a la detección de nuevas necesidades / oportunidades. 2019: Enero. Evaluación de las acciones planificadas 2018. Propuesta de PCT 2019-2020.

Resultados

Se han realizado 9 reuniones en 2017 y 12 en 2018 de la CCT. Principales actuaciones realizadas: 1. Participación en la elaboración del Plan Estratégico de la GT. 2. Aprobación del PCT 17-18. Contiene 9 objetivos y 23 acciones. Logro acciones: 78% (18/23). 3. Colaboración en la constitución/reactivación de comisiones asistenciales territoriales para la mejora de la seguridad de los pacientes. 4. Formación continuada en el territorio: atención a las segundas víctimas. 5. Creación de un e-boletín territorial para difundir aspectos relacionados con calidad y seguridad de los pacientes. 6. Creación de un cuaderno de mando de calidad y seguridad de pacientes territorial y por ámbitos: primaria / hospitalaria. 7. Revisión y priorización de los indicadores del proyecto Esencial del Departamento de Salud (Right Care).

Conclusiones

La constitución de la CCT y la aprobación de un PCT ha permitido planificar acciones de mejora relacionadas con la coordinación asistencial, la formación continuada, la difusión de la cultura de calidad y con los indicadores de calidad y seguridad. Estas acciones han tenido un impacto sobre todos los dispositivos asistenciales de la GT de las Regiones Sanitarias de Lleida y Alto Pirineo Aran.

APROBACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL ÁMBITO DE SALUD MENTAL EN DOS REGIONES SANITARIAS

AUTORES

LAURA BATALLA PEINADO¹; E CASTAN CAMPANERA².

CENTRO DE TRABAJO

GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Gestió de Serveis Sanitaris (GSS) presta atención en salud mental y adicciones (SMYA) en las las Regiones Sanitarias de Lleida y Alt Pirineu Aran. Dispone de centros de salud mental, centros de atención y seguimiento a drogodependencias, servicios de rehabilitación comunitaria, equipos para programas individualizados y de apoyo a atención primaria, hospital de día, unidades de hospitalización para niños-adolescentes y adultos (agudos psiquiatría , patología dual y corta estancia), unidad de interconsultas y psiquiatría de enlace, y urgencias psiquiátricas en el Hospital Universitario Santa María de Lleida. Para impulsar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, implementar los estándares de calidad y seguridad (CySP) que determina el Departamento de Salud en el ámbito de SMYA y enfocar acciones que promuevan la satisfacción de los usuarios y familiares, se ve necesario constituir un grupo de trabajo.

Objetivos

Aprobar un Plan de QySP a través de la constitución de una Comisión de CySP territorial en el ámbito de SMYA de GSS con acciones de mejora para los procesos clave del territorio de Lleida y Alt Pirineu Aran.

Material y métodos

2018Junio-Septiembre. Reuniones de planificación entre la dirección de centro, la dirección de SMYA y el área de calidad. Octubre–Noviembre. Constitución de la Comisión de CySP en el ámbito de SM de GSS. Formación en calidad a los miembros. Identificación y priorización de las acciones de mejora a partir de las aportaciones de los profesionales, análisis de las encuestas de satisfacción, Manual de estándares de la Acreditación de centros de atención en SMYA en Cataluña, Cuadro de Mando de seguridad de Pacientes del Departamento de Salud, Plan Director de SMYA de Cataluña y Plan de Salud de Cataluña 2016- 2020. Creación de grupos de trabajo por procesos. Diciembre: Aprobación del Plan de QySP 2018-2019.

Resultados

4 reuniones de planificación. La Comisión es multidisciplinar y forman parte 17 profesionales. El Plan de QySP 2018-2019: 4 líneas estratégicas: 1.Desarrollo de un sistema de gestión por procesos. 2.Sensibilización, difusión y formación continua de los profesionales. 3.Incorporación de la ciudadanía a los servicios como valor fundamental de la calidad asistencial. 4.Aplicación efectiva de prácticas seguras validadas. Se desarrolla en 21 iniciativas, 30 objetivos y 52 acciones, priorizadas por los miembros de la Comisión, y se trabaja a partir de 5 grupos de trabajo vinculados a los procesos: E.01. Estrategia y Planificación y E.02.Gestió de la excelencia: 10 objetivos-20 acciones. OP.SM.01.Atención urgente: 4 objetivos-6 acciones. OP.SM.02.Atención ambulatoria: 4 objetivos-6 acciones. OP.SM.03.Atención a la hospitalización: 11 objetivos-21 acciones. OP.SM.06.Uso del medicamento: 1 objetivo-2 acciones.

Conclusiones

La constitución de una Comisión de QySP territorial y el aprobar un Plan de QySP ha permitido desarrollar estrategias para integrar acciones de mejora en los procesos clave del ámbito de SMYA del territorio de Lleida y Alt Pirineu Aran.

EFICIENCIA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.

AUTORES

JORGE LOPEZ SUNDH¹; J LACALLE MARTINEZ²; R GOMEZ-FERRER CAYROLS³; B FORTUNY ORGANS⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL DE DENIA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Si bien existe numerosa literatura sobre la necesidad de implementar estrategias de atención a la cronicidad, y es posible acceder a numerosas experiencias relativas a modelos de atención a la cronicidad en distintos ámbitos, con enfoques y abordajes diferentes a la hora de ponerla en práctica, no es sencillo encontrar información que nos permita confirmar si estas experiencias realmente ayudan a mejorar la eficiencia de las organizaciones en las que han sido practicadas, siendo esto con carácter general, parte de los objetivos de los responsables de la gestión de servicios sanitarios.

Objetivos

El objetivo de este estudio es proporcionar una herramienta para poder evaluar si el programa de atención al paciente crónico complejo del departamento de salud de Denia, ha contribuido a mejorar la eficiencia y el grado de aprovechamiento de los recursos sanitarios del departamento de salud.

Material y métodos

Las bases de la metodología aplicada son, basado en el estudio de la evolución del coste por paciente, las siguientes:

1. Estudio por cohortes de pacientes que cumplen los criterios de inclusión, incluidos en el mismo periodo, desde la puesta en marcha del programa en 2016, en total cuatro cohortes: 2016S1, 2017S1, 2018S1, 2019S1,
2. Comparación de la evolución del coste por paciente en cada cohorte, en el semestre anterior a la inclusión del paciente en el Programa (Pre), en el semestre en el que se realiza la inclusión (Intra), y en el resto de semestres hasta el último periodo de estudio, en el primer semestre de 2019 (Post),
3. Estudio detallado de la evolución del coste anual de cada cohorte, desglosando diferenciando la naturaleza del coste así como los tipos de actividad en los que se concentra el gasto.
4. Comparación de la población incluida en el programa con el comportamiento del resto de la población asignada al ámbito clasificada en los mismos niveles de complejidad, según la clasificación por riesgo clínico del Sistema de Clasificación Poblacional de la Comunitat Valenciana (SCP-CV) basado en el uso de los CRG (Clinical Risk Groups).

Resultados

Se mostrarán los resultados de la evolución del coste por paciente de los pacientes incluidos en el programa desde 2016 hasta 2018, agrupados en las cohortes descritas en la metodología, en relación tanto al propio grupo como al total de la población de similares características.

Conclusiones

Se establece la hipótesis de que la población incluida en el programa mostrará un consumo de recursos asistenciales más eficiente, tanto a lo largo del tiempo que permanece en el programa, como con respecto al grupo de población de similares características no incluida en dicho programa.

MEJORANDO LOS CUIDADOS A TRAVÉS DE UN NUEVO MODELO DE INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS

AUTORES

CLARA HURTADO NAVARRO¹; E JORGE SEGUÍ²; P PÉREZ COMPAYN³; E ESCALERA AZNAR⁴; B ZARAGOZA VILLENNA⁵; D ABELLÁN BALLESTEROS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En la actualidad, el sistema de información de resultados que tiene la Dirección de Enfermería se creó fundamentalmente para conocer el grado de consecución que tenían los acuerdos de gestión pactados para el año en curso, además de valorar la calidad de los cuidados. Se plantea mejorar la información aplicando un modelo que mejora el análisis de los resultados y la toma de decisiones.

Objetivos

Mejorar el sistema de información actual aplicando un modelo que propone una información, cercana y explicativa, y permite conocer los resultados obtenidos tanto desde la posición de la enfermera generalista como de las gestoras, consiguiendo mejorar los cuidados, desde todos los ámbitos posibles.

Material y métodos

Se ha segmentado la población que recibirá la información. Se ha aplicado el modelo para Enfermeras asistenciales y Enfermeras Gestoras. Los cuadros de indicadores para ambos grupos, contienen los indicadores y sus resultados por Entidades, Agrupadores Propios y Agrupadores Relacionados, que permiten la comparación tiempo /media hospital, etc. incluyendo también los acuerdos de gestión pactados. Se ha trabajado con el Servicio de Informática la extracción y procesamiento de la información. Posteriormente se ha hecho un tratamiento de esta información para elaborar los Cuadros de Información de ambos grupos, poniendo los resultados en una secuencia lógica que permite la comprensión de la situación de los cuidados, y así la mejora.

Resultados

Se escoge como ejemplo una Unidad Asistencial de patología médica de 34 camas, y se muestran resultados de los años 2018 y 2017 con los datos disponibles: Los resultados de las Enfermeras asistenciales muestran que han atendido más casos de un año a otro. (ingresos 1921 vs.1613). Aun así, tienen buenos resultados en valoración de riesgo y seguridad del paciente. Valoración (%) de riesgo de caída 84/86; dolor 89/87; cribado nutricional 81/84; riesgo de úlceras por presión 98/88. Identificación del paciente 98/95. Prevalencia de flebitis 1.3/1.26% con un % de pacientes con catéter de 97,7/88. Prevalencia de UPP 2,4/1,0 con un % de paciente de riesgo de 21,4/14,8. Continuidad de cuidados al alta moderada (57/54%) y no existen quejas de trato.

Cuadro de Información de las Enfermeras Gestoras.: muestra un aumento de la productividad considerable 309 altas más (1925 vs.1616; el 11,9/9,9% de las estancias ectópicas; índice de ocupación 89/92%, estancia media de 6,3/5.8 días e índice de rotación de 4,3/5. La plantilla asistencial es de 5 enfermeras y 5 TCAE en 24 horas, con una ratio pac/enf. de 10,3/9.3 en turno diurno y de 15,5/14 en nocturno en ambos años. Con los datos disponibles se calculan Índices de Calidad (IC), con resultados muy aceptables:

(2018 vs. 2017) Índice de calidad de procesos: 8,6 vs. 8,2

Índice de calidad de resultados: 8,0 vs. 7,7

Conclusiones

La disponibilidad de datos actual es muy escasa, con los que no se pueden hacer valoraciones integrales. El nuevo cuadro de información diseñado permitirá ampliar el análisis e implementar mejoras.

ANÁLISIS DEL PANEL DE INDICADORES DE CALIDAD Y ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTORAS PROPUESTAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

Maria Dolores Mauleon-Echeverria¹; M Umerez-Igartua²; B Odriozola-Cincunegui³; MP Carmona-Oyaga⁴; J Landa-Alberdi⁵; MP Bachiller-Cacho⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio Farmacia Hospital Universitario Donostia.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Para todo proceso de trabajo es de vital importancia evaluarlo, en aras de aprendizaje y mejora. La medición de indicadores de calidad y su posterior análisis es clave para detectar áreas de conflicto y plantear soluciones.

Objetivos

Analizar los resultados tras la implementación de un panel de indicadores que engloba las distintas áreas de trabajo en un servicio de farmacia.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de los indicadores de un servicio de farmacia de un hospital terciario a lo largo de un periodo de 6 años (enero 2013 - diciembre 2018). Los datos han sido extraídos a partir del panel de indicadores y las actas de las reuniones celebradas con periodicidad mensual.

Resultados

En 2013 se definió un panel con 32 indicadores de calidad en el SF de un hospital que da prestación a una población de referencia de 360.000 personas. Dentro del panel de 32 indicadores, en concreto se definieron: 8 indicadores del área de la gestión de compras, almacenamiento e imputación de consumos, 3 indicadores para el ámbito de la prescripción, 4 indicadores de validación, 9 indicadores para el área de elaboración, 5 indicadores para la dispensación y 3 indicadores para evaluar globalmente todo la labor del SF.

Todos los indicadores se obtienen con carácter mensual, excepto los 3 del ámbito de la prescripción (semestral por su baja variabilidad en el tiempo) y los cuestionarios de satisfacción (bianual a pacientes y supervisoras de áreas a las que da servicio la farmacia).

De media se han cumplido el 62,3 % de los indicadores obtenidos, siendo de bajo cumplimiento el indicador de índice de rotura de stocks y el de medicamentos caducados.

En el periodo 2013-2018 el análisis de indicadores derivó en la apertura de 22 acciones correctoras y 1 acción preventiva. Respecto a su origen 4 provenían de una queja/reclamación/sugerencia recibida en el SF, 13 de algún incidente de logística o seguridad, 3 se originaron a partir de propuestas recibidas en las encuestas de satisfacción y 3 derivaron de la desviación reiterada de algún indicador. En el momento del análisis había 5/23 acciones abiertas y la mediana del tiempo hasta el cierre de una acción fue de 6 meses.

Conclusiones

La elaboración de un panel de indicadores permite objetivar y cuantificar la calidad del servicio prestado, detectar puntos débiles e implementar acciones correctoras.

Las acciones correctoras son una herramienta muy útil para mejorar el servicio prestado, siempre que el origen del incumplimiento de un indicador esté en el ámbito de trabajo. Sin embargo, en el caso concreto de los dos indicadores de bajo cumplimiento descritos, el cumplimiento de los mismos puede estar comprometido por causas ajenas a los procesos internos. El incumplimiento del indicador de rotura de stock está directamente relacionado con los desabastecimientos y el del indicador de medicamentos caducados se debe a que existen medicamentos indispensables (ej. antídotos) de uso puntual cuyos laboratorios comercializadores no aceptan su devolución por caducidad.

CREACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR QUE INTEGRE EL DOLOR AGUDO Y CRÓNICO

AUTORES

Raquel Saldaña Casado¹; E Murcia Sánchez²; P Pérez Doblado³; A Díaz de la Serna⁴; M Samper Herrero⁵; P Arias Álvarez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital 12 Octubre.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Aplicar un sistema de procesos en una Unidad de Dolor (UDO) de un hospital de tercer nivel que contemple el control del dolor agudo y crónico de gran intensidad, identificando los diferentes procesos y sus interacciones con el fin de comprender y visualizar el impacto de los mismos sobre los objetivos de dicha unidad.

Objetivos

Conocer de forma muy detallada y profunda el funcionamiento de los procesos y actividades en los que una unidad de dolor está involucrada en un ámbito hospitalario y ambulatorio

Material y métodos

Antes de crear el mapa de procesos de la UDO se llevaron a cabo las siguientes actividades. 1) Definición de la misión de la Unidad 2) Identificación de sus clientes y las necesidades de los mismos. 3) Identificación los diferentes procesos: estratégicos, operativos y de soporte. 4) Descripción de cada uno de los procesos, con sus entradas y salidas. 4) Análisis y mejora del proceso. A continuación se elaboró el mapa de procesos de la UDO, como una representación gráfica de todos los procesos que constituyen la actividad esencial de la Unidad, así como las interacciones entre los mismos y el exterior.

Resultados

Se identificaron como clientes de la UDO los pacientes con dolor de gran intensidad no controlado con los métodos convencionales. Dentro del mapa de procesos se ha definido un proceso operativo en el que existen 4 procedimientos bien diferenciados: la admisión de pacientes, el control del dolor en consultas externas y en la planta de hospitalización, el control del dolor mediante procedimientos invasivos y la consulta de evaluación de las técnicas. Como procesos de apoyo intrahospitalario se identificaron: control del dolor en cirugía mayor ambulatoria, realización de bloqueos en sala de bloqueos, control del dolor en la reanimación y control del dolor en planta de hospitalización. Como procesos de apoyo extrahospitalario se identificaron el control del dolor en atención primaria, control del dolor en atención domiciliaria. Otros procesos de apoyo detectados fueron entre otros: farmacia, radiología, docencia, gestión de informática y gestión de suministros. Como procesos estratégicos se han registrado la gestión del conocimiento, el comité de atención del dolor, la investigación, la Información del dolor, así como la medición de la satisfacción del paciente, el análisis de datos, la planificación de mejoras y objetivos y la revisión del sistema. Todos los procesos y sus interacciones han quedado representados de forma gráfica en el mapa de procesos, lo cual permite tener una visión estructurada de los diferentes procesos de la UDO.

Conclusiones

La aplicación de un enfoque basado en procesos permite llevar a cabo una mejora continua de la calidad de las actividades desarrolladas por una UDO, haciendo posible que la unidad funcione de una forma más eficaz, con el consiguiente incremento en el grado de satisfacción del paciente.

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN CONSENSUADA PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL SUMMA 112

AUTORES

MARIA CARMEN CARDÓS ALONSO¹; S NAVALPOTRO PASCUAL²; A COLOMER ROSAS³; C CARDENETE REYES⁴; N BEHZADI KOOCHANI⁵; AM CINTORA SANZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Este proyecto surge de la necesidad de estandarizar un procedimiento de evaluación para aquellos proyectos de investigación del SUMMA 112 presentados por los profesionales, con la finalidad de proporcionar una valoración objetiva, transparente y normalizada de los trabajos presentados. Así mismo, se ha considerado importante proporcionar información posterior al investigador con el fin de mejorar el trabajo y garantizar los criterios mínimos establecidos.

Objetivos

Objetivos:

- Objetivo principal: diseñar una herramienta objetiva de evaluación de proyectos en la Comisión de Investigación en el SUMMA 112.

Objetivos secundarios:

- Consensuar un criterio común entre los diferentes evaluadores.
- Potenciar unos estándares mínimos de calidad para realizar investigación.
- Crear una plantilla de evaluación adecuada a las necesidades del SUMMA 112.
- Promover la retroalimentación a los investigadores sobre posibles puntos de mejora.
- Mejorar la cultura en investigación entre los profesionales.

Material y métodos

Se ha diseñado un método de evaluación con criterios explícitos a través de una aplicación informática para valorar los diferentes trabajos, modificando algunos ítems después del piloto. Se incluyeron aspectos éticos y legislativos, se aunaron las líneas estratégicas de la Organización y se agruparon en tres grandes apartados. En el primero, se considera la pertinencia, relevancia, factibilidad y aportación del trabajo al SUMMA 112. En el segundo apartado, se consideran diferentes puntos del proyecto relacionados con la metodología y forma de presentación (objetivos, ámbito de estudio, tipo de estudio, pregunta de investigación, variables, tamaño muestral, herramienta de recogida de datos, citación bibliográfica, cronograma de ejecución). En el último, se atiende a los aspectos éticos y legales del proyecto (conflicto de intereses, consentimiento informado, protección de datos) así como la autorización de la Dirección en caso pertinente.

Resultados

El diseño de este instrumento de evaluación ha permitido estimar con mayor criterio los proyectos de investigación del SUMMA 112. La diferenciación del instrumento en tres áreas ha facilitado identificar y retroalimentar a los investigadores puntos de mejora en sus trabajos, así como asegurar que se cumplen los requisitos mínimos metodológicos y de la Dirección del SUMMA 112.

Conclusiones

Con esta tabla de valoración de proyectos de investigación, hemos creado un instrumento para la aceptación o no de proyectos que cumplan con unos estándares mínimos de calidad, que en nuestro caso es valorado por 3 evaluadores y que proporciona una base para que todos los investigadores puedan conocer su valoración del estudio y recibir un feed-back con propuestas de mejora si hace falta y con un desglose de puntos fuertes y puntos a modificar, para poder volver a solicitar ese proyecto si no se llega a unos mínimos. Si cumple los criterios establecidos, ese trabajo obtiene los permisos para poder llevarse a cabo.

IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

Selma Herrero López¹; G Fernández Carral²; F González Menéndez³; C Renedo González⁴; M Lázaro Otero⁵; S Moya Mier⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia fue lanzada por la OMS y UNICEF para promover y asegurar prácticas óptimas al inicio de la vida. En España, hay 104 Hospitales IHAN, 17 acreditados. El HUMV está en la fase 2D siendo necesario el diseño y puesta en marcha de una formación que siga la estrategia IHAN. El Área de Formación de Enfermería y la Comisión IHAN del HUMV han diseñado dicho plan, aprobado el 7/1/19, teniendo 4 años para completar la formación.

Objetivos

- Promocionar la LM entre los profesionales sanitarios que tienen contacto con mujeres embarazadas o lactantes.
- Proporcionar conocimientos y herramientas básicas para desarrollar prácticas óptimas de LM.

Material y métodos

Diseño de estrategia formativa a 2 niveles: una para profesionales de unidades diana y otra para personal con implicación directa e indirecta con la madre y el recién nacido.

En el 1º caso, se dió ha conocer y difundir la normativa de LM aprobada por el HUMV, en unidades como Obs-Gin, Partos o Neonatología, entre otras, organizándose 16 actividades formativas en total.

En el 2º caso, se persiguió la aplicación de la normativa en un plan formativo adecuado a las funciones de cada profesional. El plan está compuesto por 3 fases presenciales: 1) Curso de 20h (17h teóricas en 3 módulos y 3h teórico-prácticas en el 4º) para PS con responsabilidad directa sobre la madre-RN; 2) Curso de 4h para personal sin responsabilidad directa ni conocimientos sobre LM; y, 3) Curso de 2h para personal administrativo y celadores, entre otros, del área materno-infantil, sin responsabilidad directa ni conocimientos de LM.

Resultados

Actividades formativas 1ª fase: índice de participación: 95,4% y de satisfacción: 87%. Profesionales formados: 217 (43,3% del total previsto), siendo el 87,5% personal de Enfermería y 12,5% Facultativo. Unidades asistenciales diana: formado el 81,2% del personal previsto. Actividades formativas del 1º itinerario: los 217 participantes se han separado en 3 grupos de acuerdo a necesidades y acreditación formativa en LM: 1) Curso de 20h: 130 profesionales; 2) Curso de 9h: 20 participantes y, 3) Curso de 3h prácticas: 67 personas. Se analizan los datos en relación con el nº de personas que han completado la formación, seguido del total de la parte teórica y, por último, el índice de prácticas realizadas: 1º grupo: 3,1%; 43,1% y 1,67%; 2º grupo: 25%; 100% y 24,4% y, 3º grupo: 47,8% y 1,7 de medida de prácticas por persona. Por último, las tasas de LM ha aumentado en 13 puntos tanto LM exclusiva como LM al alta.

Conclusiones

El HUMV se encuentra en la fase 2D de la normativa IHAN, pero realizando actividades de la fase 3D, con buena aceptación a nivel de participación y satisfacción. En la actualidad está formando a más de la mitad del personal exigido por la IHAN, desarrollándose la parte práctica dentro del horario laboral en grupos reducidos. La transferencia de la formación en la práctica clínica comienza a tener resultados aumentado, significativamente, la LM en el HUMV.

GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO. PROCEDIMIENTO LEAN APLICADO

AUTORES

Ana María Cintora Sanz¹; A Villar Arias²; E Pastor Benito³; B Merino Reguera⁴; CE Polo Portes⁵; AM Perez Alonso⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Urgencias SUMMA 112.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El Servicio de Urgencias del SUMMA hasta hace dos años tenía un procedimiento manual para los profesionales de la institución que quisieran realizar un trabajo de investigación.

Se debía presentar una solicitud en papel en el registro. Esta solicitud contenía unos ítems y espacios prefijados, que producía dificultades en la explicación del proyecto, y por otra parte con un mecanismo de actuación complejo para obtener valoración y resultados.

Es decir; desde que se entregaba en registro, hasta que pasaba por todos los estamentos implicados: Direcciones, Comisiones y Departamento de Informática; se requería bastante tiempo. Y si se necesitaba acceso a base de datos del SUMMA 112, podía ser más complejo aún. Este proceso añadía dificultad a la propia de la investigación.

Objetivos

Realizar un procedimiento de presentación y valoración de solicitudes de trabajo de investigación ágil, versátil, que cumpla con las necesidades de los que presentan la solicitud y de los que tienen que evaluarla, autorizarla y gestionarla.

Material y métodos

Se reunió a todos los implicados en el proceso, junto con responsables del departamento de informática, buscando mejora y eficiencia del procedimiento, usando el método Lean. Se determinó diseñar una plataforma informática de investigación.

Por una parte, se realizó una plataforma de lanzamiento, mediante la cual, se oferta un punto único para todo el servicio, accesible desde cualquier equipo informático, donde se puede descargar una solicitud. En ella, el investigador aporta todos los datos del proyecto que quiere llevar a cabo.

Así mismo se ofrece un producto: Una vez que el investigador realiza una solicitud de proyecto de investigación a través de la plataforma informática, se le informa de la aportación realizada, resultando en una base de datos de los proyectos presentados en el SUMMA 112 e investigadores del servicio.

Dentro de la solicitud, se pide autorización del investigador/es para publicación en abierto de los resultados de investigación, sea comunicaciones a congresos o publicaciones.

Resultados

Se ha creado un procedimiento rápido, ecológico (sin necesidad de papel), con mensajería en corto espacio-tiempo entre los usuarios y el sistema, mediante una herramienta útil, logrando una base de datos.

Con la plataforma se puede enlazar la investigación desarrollada (si no hay derechos de autor) con repositorio abierto "El Madroño", de Madrid; para que el conocimiento generado pueda estar en abierto y ser accesible a todo el mundo.

Esta herramienta es susceptible de mejoras en la medida que surjan nuevas necesidades.

Conclusiones

El uso de las nuevas tecnologías, el apoyo del departamento informático, y la implicación de la Dirección y de la Comisión de Investigación del SUMMA 112 en mejorar los procedimientos, para agilizarlos; ha conseguido aunar un procedimiento exitoso de presentación de proyectos de investigación en nuestro Servicio de Urgencias y Emergencias, fomentando la satisfacción de nuestros profesionales y el impulso a la investigación.

METODOLOGÍA LEAN - 6 SIGMA EN EL PROCESO DE PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE EL SISTEMA DE UNIDOSIS.

AUTORES

COLOMA ALVAREZ DE EULATE LOPEZ¹; BE ODRIOZOLA CINCUNEGUI²; MA UMEREZ IGARTUA³; AN VAZQUEZ MARTINEZ⁴; MA VICENTE BORREGO⁵; MA GRAJERAS ALT⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI DONOSTIALDEA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Se ha detectado un volumen elevado de devoluciones de medicamentos desde las unidades de enfermería (plantas de hospitalización) al servicio de farmacia.

Se decide aplicar esta metodología con objeto de eliminar las in-eficiencias y optimizar la creación de valor, para que nos permita aumentar la flexibilidad, la fiabilidad y la calidad del servicio prestado desde el Servicio de Farmacia.

Objetivos

Reducir las devoluciones de medicamentos.

Material y métodos

- 1.- Constitución del equipo multidisciplinario de trabajo
- 2.- Definición de los objetivos del proyecto y su alcance.
- 3.- Medición de las variables de control establecidas (nº devoluciones por unidad de enfermería, tiempo colocación semanal, tiempo medio por medicamento (9 carros y 2 nodrizas) y representación del 'Value Stream Mapping'.
- 4.- Estudio descriptivo mediante análisis estadístico de comparación de medias y porcentajes.
- 5.- Determinación de acciones de mejora basadas en resultados.
- 6.- Implantación de las medidas definidas.
- 7.- Re-medición de las variables consideradas para su evaluación.

Resultados

* Equipo formado por profesionales de: Farmacia (3 Farmacéuticos, 2 Enfermeras, 1 Auxiliar de enfermería), Servicio de Admisión al hospital (1), Supervisoras de hospitalización (2) y Calidad (2).

* Datos de partida:

Carrusel de dispensación: Unidad de enfermería (Nº medicamentos devueltos, tiempo colocación semanal, tiempo medio por medicamento)

CV1: Primera Cuarta (238 unidades, 40 min, 0,17 min/unidad)

Cuarta Primera (113 unidades, 32 min, 0,28 min/unidad)

Cuarta Segunda (125 unidades, 25 min, 0,28 min/unidad)

Cuarta Tercera (410 unidades, 60 min, 0,15 min/unidad)

Tercera Azul (149 unidades, 53 min, 0,36 min/unidad)

Cuarta Verde (413 unidades, 48 min, 0,12 min/unidad)

Baja Cuarta (111 unidades, 28 min, 0,25 min/unidad).

CV2: Psiquiátrico A (127 unidades, 35 min, 0,28 min/unidad)

Psiquiátrico B (154 unidades, 37 min, 0,24 min/unidad)

2ªA (313 unidades, 60 min, 0,19 min/unidad)

3ªA (483 unidades, 95 min, 0,20 min/unidad)

3ªB (189 unidades, 34 min, 0,21 min/unidad)

4ªA (227 unidades, 34 min, 0,15 min/unidad)

5ªA (512 unidades, 64 min, 0,13 min/unidad).

UCE Gipuzkoa (169 unidades, 13 min, 0,08 min/unidad).

- Acciones de mejora: Sistematizar el aviso de los pacientes que van a ser dados de alta a lo largo del día, Re-determinación de la horas de preparación de los carros de unidosis por unidades de enfermería, Minimizar el envío duplicado de ordenes medicas nuevas en horario de tarde y asegurar la utilización de este envío sin recurrir al botiquín de la unidad de enfermería.
- Datos post implantación: estos datos estarán disponibles en septiembre.

Conclusiones

Conocer a tiempo las altas de los pacientes evita la preparación de medicación innecesaria y su devolución.

El sistema de medicamentos de distribución en dosis unitarias (SDMDU) tiene la desventaja de no cubrir a tiempo real la demanda de medicamentos y por ello es necesario controlar los factores que afectan a la diferencia entre la medicación finalmente necesaria y la enviada.

REFLEXIONANDO MEDIANTE EL JUEGO - LEGO SERIOUS PLAY

AUTORES

MIKEL BURUAGA BERROJALBIZ¹; E IZARZUGAZA ITURRIZAR²; E IDOIAGA URIBE³; A LOYOLA IRULEGUI⁴; B FERNANDEZ MEDINA⁵; B ELORDUY SANTAMARINA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

¿Alguna vez te has preguntado cómo sería una reunión si todos participaran, expresaran claramente su opinión o su compromiso con un tema determinado y comprendieran claramente las ideas de los demás?

Esta es la pregunta que nos llevó a incorporar la metodología Lego Serious Play (LSP) en la reflexión estratégica de la organización.

Objetivos

Crear un entorno a través de un juego serio, divertido, abierto y con significado en el que todos los participantes puedan expresar claramente su opinión sobre un tema en concreto y comprender las ideas de los demás.

Material y métodos

Lego Serious Play es un método de reunión innovador basado en la construcción de modelos tridimensionales para identificar, analizar y solucionar problemas en las organizaciones. Las sesiones están compuestas de 4 etapas:

UN RETO. El facilitador o dinamizador plantea una pregunta a los participantes sin ofrecer una solución obvia, pidiendo que cada uno le dé respuesta a través de las piezas LEGO.

LA FASE DE CONSTRUCCIÓN. Los asistentes responderán a la pregunta formulada creando una figura o modelo LEGO. Se trata de que cada asistente exprese sus respuestas a través de su construcción.

EL MOMENTO DE COMPARTIR. Cada asistente explicará su modelo al resto del grupo. El dinamizador realizará las preguntas pertinentes sobre el modelo construido, nunca se cuestionará al autor, y las preguntas nos permitirán verbalizar ideas y opiniones de las que no éramos conscientes.

EL CIERRE DEL RETO. El facilitador y los asistentes resumirán la actividad.

Resultados

Se ha utilizado esta metodología para realizar la reflexión estratégica con los profesionales (7 talleres) y para reflexionar acerca del modelo de gestión actual y futuro de Atención Primaria en la organización. Identificación de puntos fuertes y áreas de mejora de la organización, creación de una visión conjunta de la organización y un listado de proyectos futuros a incorporar en el Plan Estratégico de la organización. Los participantes resumieron la sesión en una palabra/emoción: Esperanza, apoyo, Motivación, Facilidad de participación, Expectación, Encantada muy buen rollo, Ser útil...

Conclusiones

Mediante la metodología LSP se ejercitan múltiples inteligencias: lingüística, visual, kinestésica, lo que permite que el equipo descubra respuestas a las que nunca llegaría de forma directa. Además LSP no centra su atención en la persona sino en el modelo que construye, lo que evita una confrontación entre los asistentes y permite abordar de forma productiva las sesiones de trabajo.

Otro de los beneficios de la metodología LSP es que se basa en dibujar escenarios de futuro, lo que lo convierte en una herramienta muy potente para la reflexión estratégica, especialmente para el diseño de VISION. Por último, con LSP todos somos iguales en nuestro grupo, todos tenemos el mismo estatus y por tanto podemos expresarnos con total libertad, cada punto de vista es relevante y decisivo para el grupo.

CIERRE DEL PLAN ESTRATÉGICO: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

AUTORES

MIKEL BURUAGA BERROJALBIZ¹; E IZARZUGAZA ITURRIZAR²; E IDOIAGA URIBE³; I BILBAO UNIBASO⁴; S CASTELO ZAS⁵; I GALLEGO CAMIÑA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La planificación estratégica (PE) es una herramienta con plena vigencia y utilidad en la dirección de todo tipo de organizaciones, incluidas las organizaciones sanitarias. Durante los últimos años se han dado grandes avances en la aplicación de diferentes metodologías para promover la participación en la reflexión estratégica, lo que ha resultado en unos planes estratégicos mejor definidos en cuanto a su misión, visión, valores, objetivos, desafíos, metas e indicadores.

El reto ahora está en conseguir transformar la teoría en la práctica mediante el seguimiento y difusión del plan, haciendo visibles los logros obtenidos entre los profesionales.

Objetivos

Involucrar a los profesionales en la consecución de los objetivos estratégicos mediante el seguimiento y difusión del grado de avance alcanzado en el PE.

Material y métodos

Se dispone de una herramienta informática MIDENET que permite realizar un seguimiento visual de los objetivos estratégicos, proyectos, tareas e indicadores definidos en el Plan Estratégico.

- 1- Se ha formado en el uso de MIDENET a los responsables de objetivos estratégicos, proyectos estratégicos, tareas e indicadores
- 2- Se ha sistematizado el seguimiento del PE, definiendo la periodicidad de los indicadores y la fecha de inicio y cierre de proyectos y tareas
- 3- Desde la Unidad de calidad se ha creado la estructura del Plan estratégico en MIDENET, y cada responsable ha sido encargado de introducir los datos correspondientes
- 4- Anualmente se revisa el grado de avance y se traslada la información a la Dirección para que tome las medidas oportunas, también se comparte esta información mediante la Intranet de la organización

Resultados

Grado de consecución del PE 86,1%. Este indicador se calcula en función del grado de consecución de los proyectos estratégicos que se llevaron a cabo, un total de 52.

De los 78 indicadores que se plantearon en un inicio se ha cumplido el objetivo en el 51% de los indicadores.

Conclusiones

El cierre del PE es una fuente de información muy importante de cara a la elaboración de un nuevo PE. Permite cerrar el ciclo y valorar si es conveniente continuar con los mismos objetivos / proyectos o es necesario modificarlos.

Además una buena difusión del seguimiento en el cumplimiento del PE, aumenta el compromiso de los profesionales con la consecución de los objetivos porque empiezan a ver la utilidad de las aportaciones que realizaron en la reflexión estratégica.

Por último, los y las profesionales consideran que el reconocimiento en el cumplimiento de objetivos a personal /servicios, es necesario para que entre los profesionales se perciba la utilidad del PE como herramienta efectiva y practica para la dirección de la organización.

PROYECTO DE MEJORA DE LA TUTORIZACION DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN UNA COMUNIDAD AUTONOMA

AUTORES

MERCEDES MARTINEZ PIEDROLA¹; A LOPEZ ROMERO²; M MORENO ALARCON³; S MONTASAR MARTINEZ⁴; G JIMENEZ SANTIUSTE⁵; P DEL CASTILLO PEREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La Unidad de Formación de Estudiantes de la Gerencia de Atención Primaria gestiona cada año prácticas de 4.000 alumnos en 262 centros de salud (CS). Los alumnos de Grado de Enfermería superan los 1.300, de 14 centros universitarios (CU)

Objetivos

Definir la visión de cómo debe ser el tutor
 Diagnosticar la situación de la tutorización
 Identificar áreas de mejora
 Establecer plan de mejora

Material y métodos

Se creó un grupo de 14 tutores expertos de los 14 CU. Mediante grupo nominal se obtuvieron propuestas priorizadas por votación múltiple consensuándose la visión. Se abordó el diagnóstico de situación de la tutorización. Se clasificó por consenso, en debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades identificándose áreas de mejora. Se priorizaron por votación múltiple. Dos obtuvieron una mayor puntuación, y se aplicó matriz de priorización de Hanlon (MPH), priorizándose una. Para definir el problema, se creó y difundió un cuestionario a responsables de prácticas de enfermería de los CS. Se invitó a participar a todos los tutores del CS. Se identificaron causas del problema, mediante tormenta de ideas (TI). Se utilizó espina de Ishikawa. Se identificaron causas modificables y acciones de mejora, para cada una se aplicó TI. Se determinaron acciones necesarias para abordar causas detectadas y aplicando MPH, se definieron acciones de mejora

Resultados

Áreas de mejora priorizadas:

- Falta de tiempo para planificar el rotatorio y dedicar al alumno
- Falta de formación del tutor en técnicas docentes, conocimientos y corrientes enfermeras
- Falta de reconocimiento/contraprestaciones
- Movilidad en puesto de trabajo
- Aplicación inadecuada de técnicas de comunicación con el alumno
- Inadecuada planificación individual de la actividad formativa

Se priorizó la Inadecuada planificación individual de la actividad formativa. Entre las causas que la ocasionaban se detectaron: agendas de trabajo llenas; falta de tiempo, formación, motivación, contraprestaciones; desconexión con universidad; carga de trabajo; cansancio del tutor...Una vez establecidas acciones de mejora previstas para cada causa, se priorizaron 20. Las 5 con mayores puntuaciones:

- Mantener correspondencia con Universidad (e-mail) para recibir instrucciones, plantear problemas y soluciones, puntos de mejora...
- Elaborar plantilla guía que facilite planificación de la actividad docente
- Facilitar al tutor herramientas adecuadas en relación al desempeño de obligaciones: manuales, instrucciones...
- Revisar por parte de universidad las competencias a adquirir por los alumnos y adecuarlas a atención primaria
- Tutorizar a rotatorios alternos o que exista al menos 1,5 meses entre una tutorización y la siguiente

Conclusiones

Una adecuada labor docente precisa de tiempo para: identificar las competencias que debe adquirir el alumno en su formación práctico-clínica; recoger y analizar información de cada alumno y en función de ello, planificar el desarrollo de la actividad formativa. Es preciso dotar al tutor de herramientas que faciliten su labor.

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE EN LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 DE UNA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA

AUTORES

Angélica Mosconi-Domínguez¹; ML Fraga-sampedro²; J Martínez-Espiñeira³; L Arantón-Areosa⁴; I Campos-Pardo⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La Formación Continua es el conjunto de actividades formativas destinadas a mantener o mejorar la competencia profesional, una vez obtenida la titulación básica o la especialidad correspondiente. La Unidad de Formación Continua (UFoC) es la responsable de planificar, organizar, ejecutar e implementar todas las actividades formativas que se organizan para profesionales y población; así mismo, la UFoC debe gestionar el plan de formación y satisfacer las necesidades formativas de todas las categorías profesionales, con eficiencia y efectividad, lo que requiere contar de procesos de calidad organizativa y formativa.

Objetivos

Aplicar la metodología Lean Healthcare como herramienta de apoyo para certificar con la norma UNE-EN-ISO 9001:2015 nuestra Unidad de Formación Continua.

Material y métodos

Estudio de calidad y auditoría interna-externa para el Cumplimiento de la norma UNE-EN-ISO 9001:2015 “Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos”. Desarrollo y adaptación de los procesos operativos de organización-gestión y formación de una UFoC a los requisitos de la norma de calidad. Uso de los principios de la metodología Lean Healthcare y matriz DAFO para mejorar la calidad, eliminar las ineficiencias y lograr que todo el trabajo realizado proporcione valor.

Resultados

Nuestra UFoC se organiza por el modelo de gestión por procesos. A nivel organizativo la responsabilidad la tiene la Dirección de Procesos de Soporte y se organiza mediante una supervisión de área de la que depende una coordinación de técnicos sanitarios y una unidad administrativa. Referente a los procesos formativos, el 98,2% de la actividad fue acreditada por la Comisión Autónoma de Formación Continua (CFC) y la valoración global de la unidad obtuvo un 4,37/5. También, se logró entre un 30-50%, reducir los tiempos de espera, reducir costes e incrementar la productividad sin aumentar de presión para el personal.

Conclusiones

La aplicación de la metodología Lean Healthcare nos ha facilitado transferir los requisitos de la norma de calidad 9001:2015 y permitirnos conseguir ser la primera UFoC de nuestra comunidad con certificado de calidad; a la vez que resolver los problemas de “despilfarros” (tiempos de espera, sobreprocesos, defectos...) para lograr una mejora continua persiguiendo la excelencia.

PROYECTO DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE CALIDAD DE SECA: CLAVE PARA LA MEJORA Y RECONOCIMIENTO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES

Andreu Aloy-Duch¹; F Ramos-D'Angelo²; M Santiñá-Vila³; ME Llana-Velasco⁴; A Apezetxea-Celaya⁵; B Fortuny-i-Organs⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital General de Granollers¹; Hospital Royo Villanova²; Hospital Clínic de Barcelona³; Hospital de Jarrío⁴; Hospital de Basurto⁵; Marina Salud⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Distintas sociedades científicas han diseñado e implementado sistemas de evaluación, basados en modelos propios, ISO o EFQM para asegurar la calidad y competencia de sus equipos, a partir del desarrollo de estándares (EST). La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) ha desarrollado un proyecto, único en España, para acreditar mediante EST las Unidades de Calidad (UC) que asesoran metodológicamente sobre la calidad asistencial en centros sanitarios.

Objetivos

Describir el proyecto de creación de un modelo de acreditación de UC (2015-2018) liderado por la SECA a través de 5 fases: 1) definición de EST; 2) consenso; 3) validación; 4) pilotaje; y 5) plataforma para su implementación.

Material y métodos

En las reuniones anuales de Coordinadores de Calidad de la SECA se desarrollaron:

Fase 1. En feb-2015 se creó un comité científico que elaboró una primera lista de EST, y en abril-2015 se reunió un panel de expertos para definirlos (metaplan).

Fase 2. En junio-2015, se realizó un estudio de concordancia y consenso mediante el método Delphi.

Fase 3. Entre abril-2016-2017 se organizaron 18 grupos de trabajo, para consolidar los EST, validarlos, y buscar evidencias para el pilotaje de los centros.

Fase 4. En junio-2017 se realizó el estudio de pilotaje en centros sanitarios mediante una autoevaluación de los EST.

Fase 5. Entre junio-2018 y mayo-2019 se elaboró la plataforma informática para facilitar su implementación.

Resultados

El comité científico y el panel de expertos, de >10 CCAA estaba constituido por 96 profesionales, con una media de edad de 48,4±8 años, 62% mujeres, 77% del ámbito hospitalario, 53% médicos y 30% enfermeras, 87% disponían de una "unidad de calidad", 38% eran "coordinadores", y 61% se dedicaba en >75% de su jornada a "calidad".

En las fases 1-3, el comité presentó 140 EST, el panel de expertos seleccionó 134, y con el Delphi se consensó el 82%. Respecto a la estrategia futura: 1) se escogió el modelo EFQM; 2) se propuso certificar modelo a través de organismos normalizadores; y 3) el sistema debía ser independiente, externo e imparcial.

En la fase 4, participaron 25 centros sanitarios de 6 CCAA para el pilotaje de 96 EST provisionales; el 90% de los EST fueron comprensibles por todos, y el 57% se justificaron mediante evidencias. El cumplimiento medio fue del 56% (entre el 11 y el 82%).

En la fase 5, con la revisión final resultaron un total de 88 EST, y se creó la plataforma informática para facilitar la acreditación, poniéndose a disposición de SECA.

Conclusiones

La realización de todo el proyecto ha significado, durante los últimos 4 años, un esfuerzo considerable con la participación, experiencia y el consenso de muchos profesionales pertenecientes a UC del país. La acreditación, como herramienta de autoevaluación y auditoría, es clave para promover y reconocer la excelencia de las UC que trabajan asesorando a los centros sanitarios.

APLICACIÓN DE LA TEORÍA U EN LA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

AUTORES

ELIXABETE IDOIAGA URIBE¹; I GALLEGO CAMIÑA²; S CASTELO ZAS³; M BURUAGA BERROJALBIZ⁴; A LOIOLA IRULEGI⁵; B FERNANDEZ MEDINA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Las organizaciones sanitarias son complejas por volumen y diversidad de perfiles, pero especialmente por la cultura organizativa. Desde nuestra organización queremos transformar nuestro modelo de asistencia y gestión. Para lograr la transformación, no podemos continuar utilizando los mismos patrones de funcionamiento y creemos que desde la propia reflexión estratégica podemos facilitar el cambio cultural.

Objetivos

- Transformar nuestra organización desde dentro, haciendo partícipes a los profesionales en su definición,
- Capturar información clave del entorno y de todos nuestros grupos de interés que nos ayude a realizar una formulación estratégica orientada al cambio y a la adaptación al mismo.

Material y métodos

Hemos utilizado la “Teoría U: liderar desde el futuro a medida que emerge”, de Otto Scharmer, que se desarrolla en las siguientes fases:

1. Escucha activa

Hemos recogido mensajes clave de agentes internos y externos, los cambios y las tendencias del entorno, utilizando distintas herramientas:

- Talleres con profesionales, con Lego Serious Play®
- WOKA con pacientes, ciudadanía y agentes de la comunidad
- Análisis de fuentes de información: encuestas (sociedad, pacientes, proveedores,...), Customer Journey Map, libros de visita, evaluación del Plan Estratégico anterior, inputs clave del PE de la organización central, buenas prácticas de otras organizaciones,...
- Entrevistas con informantes clave.

2. Reflexión y formulación

Esta fase es el punto de inflexión de la Teoría U. En base a los resultados, hemos explorado nuevas posibilidades, reformulado la misión, visión y valores de la organización e identificado las prioridades estratégicas.

3. Concreción

Cada una de las prioridades estratégicas las asignamos a un grupo de profesionales, responsables de identificar e impulsar los proyectos clave que las harán realidad.

4. Priorización

Con la tabla de STAND BY-TO DO-DOING-DO, priorizamos los proyectos.

Resultados

- 9 talleres con profesionales, participando 92 personas con Lego Serious Play®, trabajando sobre escenarios de futuro, valores y priorización de proyectos.
- Grupos con diferentes visiones: residentes, mujeres, jóvenes, líderes, seniors, 2 grupos mixtos y 2 grupos con profesionales de AP.
- WOKA con la comunidad, pacientes y ciudadanía, con 37 participantes.
- Participación de 10 facilitadores en el proceso
- 8 grupos de fuentes de información, con 10 inputs clave en cada grupo.
- Identificadas 10-12 prioridades estratégicas para los próximos 4 años.
- El 100% de los profesionales participantes ha valorado positivamente la experiencia, con palabras como motivación, innovación, ilusión, metodología innovadora, reflexión, creatividad, expectación, comunicación,.

Conclusiones

La Teoría U nos ha ayudado a:

- Redefinir nuestra forma de pensar
- Ejercer una escucha activa de todos los grupos de interés
- Aprender a sintetizar las ideas clave
- Centrarnos en lo importante
- Tejer una red colaborativa de profesionales que trabajan con un objetivo común.

COMO AJUSTAR GASTO REAL EN CAPITULO I DE RECURSOS HUMANOS A PRESUPUESTO ASIGNADO EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

MERCEDES ALMAZÁN DEL POZO¹; M SANCHEZ-CELAYA DEL POZO²; ML TELLO GARCIA³; I LOPEZ MARINAS⁴; F PRADO CORTES⁵; S CALLE TORRERO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. JEFE DE SERVICIO CONTROL DE GESTIÓN.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria de esta Comunidad gestiona 266 Centros de Salud, 163 Consultorios Locales y un centro adscrito; tiene una plantilla fija de unos 13.000 profesionales y hasta 19.000 con suplentes.

El presupuesto que se gestiona (incluido recetas) es de 1.941,86 millones de €. En concreto, el Capítulo I dedicado a Gastos de Recursos Humanos, es de 695,52 millones de €.

Es nuestro deber influir en el Sistema Sanitario para que éste sea eficiente y sostenible. Es nuestra responsabilidad trabajar en la línea de hacer confluir gasto y presupuesto, y minorar las desviaciones. Además obtener un mayor ajuste al pacto se asocia a una mayor percepción de productividad.

Objetivos

Definir un plan de actuación a medio plazo que permita la confluencia efectiva de gasto real y presupuesto pactado.

Mejorar el cumplimiento presupuestario de capítulo I.

Ligar su consecución a la percepción de incentivos. (No es el único criterio pero es muy relevante).

Material y métodos

En la última legislatura, el Gobierno de la Comunidad ha decidido reforzar la Atención Primaria como parte fundamental del Sistema Sanitario. Para ello se ha dotado en estos últimos años de una financiación específica: "Plan de Mejora de Atención Primaria", con destino a incrementar las plantillas y disminuir los ratios de pacientes por profesional. Esta financiación específica también ha sido manejada con el objeto de acercar gasto real y presupuesto pactado.

Se ha elaborado un plan de implementación de nuevas acciones asociadas a la mejora de la calidad asistencial, teniendo en cuenta cuales son las necesidades reales de los centros y adecuando los recursos de profesionales a dichas necesidades y minimizando las diferencias entre ellos.

De forma paralela en los 2015 2018 se ha realizado un análisis de los gastos y se ha desarrollado un seguimiento y control mensual de los mismos. Realizando previsiones, analizando desviaciones y realizando ajustes.

Resultados

Ppto 2015: 617,39 millones €	Gto 2015: 652,06 millones €	% Gto/Ppto: 105,62 %
Ppto 2016: 637,21 millones €	Gto 2016: 661,16 millones €	% Gto/Ppto: 103,76 %
Ppto 2017: 664,71 millones €	Gto 2017: 679,58 millones €	% Gto/Ppto: 102,24 %
Ppto 2018: 695,52 millones €	Gto 2018: 696,23 millones €	% Gto/Ppto: 100,10 %

Incremento % Cumplimiento Contrato Programa ligado a Incentivos

Cump. CP 2015: 77,97 %

Cump. CP 2016: 79,73 %; % Variación 2016/2015, +2,25 %

Cump. CP 2017: 82,19 %; % Variación 2017/2016, +3,08 %

Cump. CP 2018: 84,17 %; % Variación 2018/2017, +2,40 %

Conclusiones

Evolución muy buena.

Desde que se implementó el plan de Mejora de la Calidad Asistencial, así como el seguimiento y análisis del presupuesto, los % de cumplimiento han mejorado cada año llegando en 2018 al equilibrio

El comportamiento de las desviaciones de gasto/ presupuesto han ido minorando hasta ser p oxima a 0 y a la vez el cumplimiento de Contrato Programa (objetivos) ha incrementado.
Se debe continuar en la misma línea.

GRADO DE COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN UNA CORPORACIÓN DE SALUD

AUTORES

ROSA M^a GONZALEZ LLINARES¹; IG ZABALA REMENTERIA²; AN PORTA FERNANDEZ³; JO LETONA ARAMBURU⁴.

CENTRO DE TRABAJO

DIRECCION GENERAL OSAKIDETZA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El cuestionario D'Amour es una herramienta que recoge la colaboración interprofesional en un contexto de integración asistencial, a través de la percepción de éstos. Consta de una escala Likert (1 a 5) y 10 ítems/dimensiones y una 11^a pregunta de carácter voluntario y cualitativa. Año 2016 esta Corporación de Salud culmina su proceso de integración estructural en forma de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) y Redes de Salud Mental (RSM), aplicando sistemáticamente diferentes herramientas de evaluación en torno a la cronicidad y la integración: IEMAC, IEXPAC y D'Amour entre otras.

Objetivos

Conocer grado de participación, perfiles y de colaboración interprofesional en diferentes ámbitos de una Corporación de Salud respecto a las dimensiones relacionadas con la Colaboración y su comparativa respecto al 2016. Identificar acciones aportadas por los profesionales. Identificar mejoras relacionadas con el procedimiento y con los resultados obtenidos

Material y métodos

3 Cuestionarios a través de la intranet Corporativa, adaptados a cada estructura (OSI, RSM, Hospitales L-M). Encuestación del 1 al 20 de octubre 2018, dirigido a fijos, interinos y eventuales mayor 6 meses. En el proceso se envía información a directivos y profesionales. Tratamiento de los datos a través de excel. Datos cuanti-cualitativos, conclusiones e informe y difusión

Resultados

Grado participación: 3.473 personas participaron (12,59% del total de la plantilla a quien iba dirigido). Año 2016 supuso el 8% de la plantilla
Perfiles: 65,28% enfermeras y médicos, 11,31% administrativos, el % restante de diferentes perfiles: técnicos, fisios, matronas, farmacéuticos, celadores, ... El 76,27% fueron mujeres y 2246 personas tenían plaza en propiedad con 16 a 30 años trabajados

Grado colaboración y sus dimensiones: "Objetivos Comunes": 3,45 puntos, "Orientación al Paciente": 3,61, "Conocimiento Mutuo": 3,30, "Confianza": 3,32, "Directrices Estratégicas": 3,15, "Liderazgo Compartido": 2,96, "Apoyo a la Innovación": 3,32, "Espacios de Encuentro": 3,03, "Protocolización": 3,17, "Sistema de Información": 3,28 puntos. Todas las dimensiones incrementan ligeramente su valor respecto a la última medición

Pregunta voluntaria y cualitativa: Proponen acciones el 30% de las personas encuestadas: 21,19% relacionadas con "Espacios de Encuentro", 14,81% con "Conocimiento Mutuo", 14,52% con "Protocolización", 12,24% con "Sistema de Información", 10,62% con "Directrices Estratégicas", el % restante con el resto de las dimensiones

Mejoras: Procedimiento (perfiles, ámbitos ...), medir anualmente, búsqueda de mecanismos para responder a la demanda de los profesionales, reforzar el concepto de colaboración interprofesional más allá de la propia organización

Conclusiones

La Colaboración Interprofesional entre, unidades, dispositivos, niveles de atención diferentes y configuración, es considerada como un elemento clave para mejorar la coordinación y la continuidad de la atención, de aquí la importancia de su monitorización, resultados y mejora.

CÓMO INTEGRAR LA GESTIÓN DE RIESGOS EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ORGANIZACIÓN

AUTORES

ELIXABETE IDOIAGA URIBE¹; E IZARZUGAZA ITURRIZAR²; M BURUAGA BERROJALBIZ³; S CASTELO ZAS⁴; M LATORRE GUIASOLA⁵; I GALLEGO CAMIÑA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El enfoque tradicional de la gestión de riesgos ha dado paso a un nuevo modelo de gestión de riesgos estratégicos, que se integra en la planificación estratégica. Esta integración del Sistema de Gestión de Riesgos con la Estrategia de la organización permite obtener una mayor fiabilidad de la información para la toma de decisiones.

Objetivos

- Disponer de un sistema de gestión del riesgo integrado en la estrategia y desplegado a todos los procesos.
- Hacer partícipes en el proceso a todas las personas con capacidad de gestión, cada una en su ámbito de competencia.
- Establecer la sistemática de planificación, ejecución, evaluación y revisión que permita el cierre de ciclo del proceso.

Material y métodos

El proceso se ha iniciado con los Riesgos Estratégicos y posteriormente se ha ido desplegando a los diferentes Procesos de la organización. Hemos establecido el contexto interno y externo.

Hemos definido los criterios de riesgo y la matriz de riesgo.

Hemos realizado la identificación de los riesgos estratégicos sobre 7 áreas de análisis y los 6 objetivos estratégicos.

Hemos determinado la probabilidad y el impacto con los Criterios de Riesgo.

Hemos obtenido un VALOR para cada riesgo y, utilizando la matriz de riesgos, hemos obtenido el NIVEL de riesgo que nos ha permitido priorizar y tomar decisiones de tratamiento del riesgo.

El proceso se ha realizado en reuniones con el equipo directivo.

Resultados

Definición de los criterios de riesgo y de la matriz de riesgo.

Un Mapa de Riesgos de la Organización, con la identificación de 26 riesgos estratégicos: 10 de Nivel Alto, 14 de Nivel Medio y 2 de Nivel Bajo.

Un Mapa de Riesgos para cada Proceso, con el despliegue de los riesgos estratégicos y los riesgos propios del proceso.

Es una fuente de información clave para el Plan Estratégico.

Todos los riesgos de Nivel Alto disponen de un Plan de Acción, con responsables de su implantación, seguimiento y revisión.

En los riesgos de Nivel Medio y Nivel Bajo se han definido las acciones necesarias en función del análisis del riesgo.

Los planes de acción se han integrado en los planes de gestión de la organización.

Cada riesgo tiene un responsable de su gestión.

Se ha generado un cambio cultural, ya que los gestores son propietarios y por tanto responsables de la gestión de sus riesgos, integrándolos de forma sistemática en la gestión de sus procesos y definiendo indicadores clave para su seguimiento y evaluación.

El sistema es dinámico, con un seguimiento y revisión continuos, acompañados de comunicación y consulta.

Conclusiones

La participación del equipo directivo y de los gestores de procesos ha sido clave para conseguir una integración real y efectiva del sistema de gestión de riesgos en toda la organización.

La sistematización del seguimiento en el día a día de los gestores (reuniones de dirección y de proceso) y en los Planes de Gestión no es una tarea añadida, sino que se trata del método en sí mismo. La aplicación de la metodología ha sido clave para una gestión del riesgo eficaz.

GENERANDO VALOR A LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA INTEGRADA DE CLIENTE INTERNO

AUTORES

BARBARA MARTINEZ DE MIGUEL¹; M MORO AGUD²; R NOVOA PEREZ³; YF VILLÁN VILLÁN⁴; M LORENTE ROMEO⁵; JJ OJEDA FEO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Los hospitales precisan conocer las necesidades y expectativas de sus partes interesadas, y su grado de satisfacción. Una de sus principales partes interesadas, son los clientes internos, otros servicios del centro. Dado el elevado número de servicios consultantes y destinatarios, las encuestas individuales no resultaban ya efectivas, en cantidad ni calidad, por lo que se diseñó una herramienta integrada de recogida de opinión de los servicios que diese respuesta a esta necesidad.

Objetivos

Conocer la opinión de los clientes internos mediante una herramienta propia integrada que aporte valor en la identificación de oportunidades de mejora y detección de nuevas necesidades y expectativas. Conocer el grado de participación con esta herramienta.

Material y métodos

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con la participación de 11 servicios pertenecientes en el sistema integrado de gestión del hospital. En reuniones periódicas se definió la metodología del estudio de opinión y la encuesta electrónica. Ésta incluyó preguntas cerradas y abiertas por servicio, así como preguntas transversales de Calidad, Seguridad del paciente y medioambiente. Datos de filiación: sexo, perfil profesional, ámbito asistencial y ubicación física. Las respuestas se codificaron del 1 a 5 (Muy Insatisfecho, Insatisfecho, No Satisfecho ni insatisfecho, Satisfecho, Muy Satisfecho), "0" para "no aplica".

El tratamiento de las respuestas se ha realizado con el programa SPSS v.20., atendiendo a cada una de las variables de filiación referidas y considerando los estadísticos descriptivos: frecuencias absolutas y relativas, media, mediana y desviación típica.

Resultados

Se registraron 2.869 cuestionarios, correspondientes a 533 profesionales de un total de 1.000 usuarios con acceso habitual a ordenador (53,3%). El 71,2% fueron mujeres. La participación, por cada perfil profesional fue: 875 (30%) personal de enfermería, 779 (27%) facultativos y residentes, 475 (17%) Jefes de servicio/sección, 430 (15%) supervisores, 220 (8%) personal de Gestión y 90 (3%) Responsables de Seguridad Clínica. Según el ámbito asistencial: 919 (32%) Hospitalización, 519 (18%) Consultas externas, 407 (14%) Servicios centrales, 271 (9%) Varios ámbitos, 241 (8%) Gestión, 176 (6%) Quirófanos, 158 (6%) Otros, 126 (4%) Urgencias y 52 (2%) Hospital de Día. Asimismo, se recogieron datos según la ubicación física: 1.359 (47%) hospital general, 480 (17%) hospital infantil, 419 (15%) hospital maternal, 206 (7%) hospital traumatológico, 98 (3%) hospital periférico y 92 (3%) de otro. La satisfacción global media fue de 57% de "satisfechos y muy satisfechos" (media: 3,54, rango 0-5). Las áreas de mejora se analizaron por servicio.

Conclusiones

Esta encuesta electrónica ha permitido integrar los estudios de opinión de los clientes internos de la mayoría de los servicios con sistemas de gestión certificados. La participación ha superado la mitad de los profesionales susceptibles, representando a los distintos perfiles profesionales, ámbitos y ubicaciones.

PROCESO DE CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 CONTINUIDAD ASISTENCIAL

AUTORES

TERESA DE LA HUERGA FERNÁNDEZ BOFILL¹; M RODRIGUEZ-OSORIO CAMPOS²; E SAEZ MARTIN³; J SÁNCHEZ MARTÍN⁴; O GÓMEZ MARTÍN⁵; FJ DODERO DE SOLANO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Avanzar en Continuidad Asistencial beneficia, tanto a pacientes como a profesionales, minimizando la sensación de “salto al vacío” que se produce cuando son dados de alta, mejorando la accesibilidad y la comunicación entre los segundos, poniendo a disposición de los profesionales de Atención Primaria referentes dentro del hospital que puedan solucionar incidencias por medios circuitos diferenciales. La nueva ISO 9001 2015 trae cambios muy importantes, como la gestión del riesgo o el enfoque basado en riesgos en los Sistemas de Gestión de la Calidad, por lo que nos planteamos si nuestra unidad de Continuidad Asistencial cumplía con los requisitos para obtener la certificación

Objetivos

Describir todas las fases del proceso de certificación ISO 9001:2015 aplicado a la Unidad de Continuidad Asistencial durante el año 2018

Material y métodos

La Dirección de Continuidad Asistencial puso en marcha las acciones para certificar la unidad en 9001:2015: se elabora la ficha del proceso Continuidad Asistencia, que se halla dentro del Proceso Estratégico y se estructura en 30.1 COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA, 30.2 ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS, 30.3 COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA, 30.4 APERTURA A LA SOCIEDAD CIVIL. En ese mapa de procesos, se identifican los riesgos, así como los indicadores de cada uno de los subprocesos. Se revisa toda la documentación y se publica en el portal de Calidad. Se mantienen reuniones con las distintas Comisiones del Hospital junto con Atención Primaria. Se realizan encuestas a los profesionales de Atención Primaria, Residencias y Sociedad Civil. Se elabora un sistema de Detección y Registro de No Conformidades, Acciones Correctivas y Acciones de Mejora que contemplaran tareas de Planificación, Ejecución y Seguimiento. Realizamos auditoría interna en junio de 2018 y externa el 12 de noviembre de 2018

Resultados

Se ha conseguido alcanzar los objetivos propuestos para el 2018, destacando la reducción de llamadas telefónicas en un 17%, consecuentemente aumentaron las interconsultas, e-consultas, lo que supone un registro en la historia clínica de pacientes. Aumentamos un 21% las visitas a pacientes hospitalizados. Conseguir que no sobrepase el tiempo de respuesta en 48 h. de lunes a viernes y 72 h. en el fin de semana; evaluar el 100% de las peticiones de cita VPE (Valoración Previa Especialista); evaluar el 100% de las peticiones de cita SM (Sospecha Malignidad); cita en menos de 15 días de todas las citas SM adecuadas

Conclusiones

En auditoría externa, se destaca la importante repercusión en Experiencia del Paciente: creación de puesto de enfermera de continuidad asistencial, herramienta e-consulta, reuniones conjuntas entre especializada y primaria, ingreso programado desde residencia y primaria, portal sociosanitario para comunicación con Residencias, buena documentación de circuitos, alerta al móvil cuando se activa interconsulta, buena definición de indicadores de proceso. Recibiendo el certificado conforme a la Norma del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 el 20 de diciembre de 2018

OBTENCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 EN UNA DIRECCIÓN DE CALIDAD: CLAVE PARA LA GESTIÓN Y LA MEJORA CONTINUA

AUTORES

Rosa M^a Sabater-Raga¹; A Aloy-Duch²; D Maldonado-López³; J Cuquet-Pedragosa⁴; E Micó-Reyes⁵; R Lledó-Rodríguez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital General de Granollers

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La Norma ISO 9001:2015 determina los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad. Algunos de los beneficios de su implantación son, entre otros, la gestión adecuada de los procesos, afrontar los riesgos y las oportunidades asociados, y obtener unos resultados óptimos de los indicadores, destacando entre ellos la satisfacción de los clientes. Es habitual la certificación de equipos asistenciales, si bien no es tan habitual hallar equipos propiamente de calidad certificados en la ISO en el ámbito sanitario.

Objetivos

Describir el proceso de implementación, resultados y obtención de la certificación en la norma ISO 9001:2015 en la Dirección de Calidad (DC) de un centro hospitalario.

Material y métodos

Entre 2013 y 2018 nuestro centro ha obtenido progresivamente 7 certificaciones de la UNE-EN ISO 9001. El sistema se ha estructurado con un comité de calidad por equipo, liderado por la DC. Desde un principio, la DC ha gestionado todos los procesos, procedimientos y registros comunes, siendo la responsable de dar respuesta a todos aquellos aspectos institucionales dando soporte a los equipos mencionados. En el 2018 la DC decidió dejar de ser "sólo el paraguas", y auditarse como uno más para conseguir su propia certificación. La DC ha mantenido el mismo sistema de gestión de la calidad que el aplicado en el resto, con la diferencia de que trata por un lado los procesos propios de la DC y, por otro, los institucionales. Los resultados de los apartados de la norma se describen a continuación.

Resultados

El proceso de implementación anual se realizó durante 2018

1. Se elaboró el organigrama, el mapa de procesos, la cartera de servicios, la descripción de los puestos de trabajo propios de la DC y el registro de las partes interesadas
2. Se describieron 9 procesos generales y 39 guías asistenciales relacionadas (normativas, procedimientos, protocolos, circuitos ...)
3. Se evaluó la satisfacción de los clientes internos a partir de una encuesta realizada a 50 profesionales clave. Respondió el 48%, con una satisfacción global media de 8,6+/-1,2
4. Se documentaron 14 informes con acciones de mejora (AM) (86% cerrados y 2 pendientes de evaluar)
5. Se evaluaron (gravedad, frecuencia y detección) 12 riesgos con un 92% bajo control, si bien se generaron 8 oportunidades de mejora
6. Se definieron y evaluaron a los 8 proveedores críticos, con satisfacción media de 7,7 (sobre 11,2), retroalimentando dichos resultados con ellos
7. Se registraron 187 incidencias; el 97% se resolvieron y sólo dos generaron un informe de AM
8. Se elaboró un cuadro de mando con 29 indicadores (mínimo 2 por proceso) con un 93% de cumplimiento
9. Se plantearon 12 objetivos anuales, con un cumplimiento del 85%

Conclusiones

La certificación ISO fue una decisión estratégica de la organización y le proporciona una base sólida para la eficiencia y la calidad, hacia el ciclo de mejora continua.

El que la DC esté certificada proporciona prestigio y reconocimiento externo para la institución, así como ejemplo para el resto de los equipos.

TU OPINIÓN NOS IMPORTA - SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES FRENTE A LOS SERVICIOS NO SANITARIOS

AUTORES

FERNANDO ENCINAR MARTIN.

CENTRO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Puesta en marcha herramienta web para la realización de encuestas para medir la percepción de los profesionales sobre los Servicios no sanitarios y aportación de sugerencias

Objetivos

- Medir la opinión de los profesionales de la OSI Araba respecto a los Servicios
- Conocer el nivel de satisfacción global y facilitar la aportación de sugerencias
- Tomar medidas que ayuden a mejorar la prestación del Servicio
- Informar a los profesionales de las medidas que se van a llevar a cabo
- Mejorar la redacción de las bases de los futuros expedientes de Contratación Administrativa

Material y métodos

Microsoft Forms es una herramienta ágil que nos permite realizar encuestas de forma sencilla en relación a los Servicios: Vending, Cafetería, Limpieza, Seguridad, Video vigilancia, Obras, Jardines, Lencería/uniformidad,....que se envían por correo electrónico a todos los profesionales de la OSI Araba.

Esta herramienta nos permite segregar los resultados por Sedes (dos Centros hospitalarios y Atención Primaria) y por categoría profesional y así poder comparar el grado de satisfacción en cada una de ellas.

Una vez recibidas las respuestas se analizan los resultados y se proponen las medidas de mejora a tomar para optimizar dichos Servicios. Se envían los informes a las diferentes empresas prestatarias de los Servicios.

Resultados

El proyecto inició en marzo de 2019. Informamos a los profesionales de los resultados publicando los informes, resultados de las encuestas y las medidas de mejora publicando toda la documentación relativa a las encuestas en la Intranet.

Se detecta interés y colaboración por parte de los profesionales aportando sugerencias de mejora.

Conclusiones

La herramienta nos permite conocer y analizar el nivel de satisfacción de los profesionales de la Organización frente a los Servicios externalizados de una forma fácil, rápida y visual, con la posibilidad de tomar medidas para mejorar a los objetivos marcados y para tener en cuenta su opinión para las bases Técnicas de los futuros expedientes.

PLANIFICACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE MEJORA PARA GESTIONAR MATERIAL SANITARIO PRESCRITO DESDE HOSPITALES

AUTORES

JAVIER LOPEZ TORTOSA¹; A GINER PARDO²; C LUCAS VIÑA³; L BARTOLOME LOPEZ⁴; MJ ESPIN DE LOS LLANOS⁵; ML PERIS DIAZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En 2010 la unificación de las áreas de salud requiere un proceso homogeneizador de procedimientos de trabajo. La gestión de material sanitario prescrito desde Hospital es sensible ya que afecta al servicio que se facilita al paciente y complejo ya que unifica la relación entre hospitales y los 266 Centros de Salud.

La información refería una prescripción habitual de 33 hospitales, más de 1200 pacientes y diversidad de materiales.

Objetivos

General: Diseñar un sistema apoyado ofimáticamente que permite a Centros de Salud, Suministros y Hospitales identificar, cuantificar, realizar previsión y agilizar el suministro del material a pacientes con necesidades de prescripción hospitalaria para seguimiento en domicilio. Específicos: Identificar, codificar y agrupar con criterio clínico. Diseñar circuito ágil de solicitud de material y registro. Verificar necesidades mensuales, anticipando provisión. Adaptar identificación del material para entrega. Establecer plan de formación sobre conceptos teórico prácticos.

Material y métodos

Recopilamos información sobre usuarios que precisaban este material específico. Se consignaron y codificaron materiales con criterio clínico. Identificamos prescriptores y circuitos de comunicación para identificar materiales y usuarios.

Diseñamos métodos de solicitud Centro-Suministros-Hospital, considerando formas, tiempos y requisitos de sistema, generando un nuevo módulo basado en el habitual de petición.

Desplegamos el plan de formación para los centros, impartimos 14 sesiones, con asistencia media a sesión de 30 personas, la valoración general sobre contenido y aprendizaje supero 8,5 de 10.

Mejoramos reposición, anticipamos compra y seguridad en entrega, minimizando errores de identificación, reubicando los materiales en zonas separadas de almacenes.

Adoptamos un sistema de identificación exterior con etiquetas de color, permitiendo a los Centros su rápida localización.

Generamos catálogos específicos atendiendo necesidades de usuarios, verificamos información con los centros.

Incorporamos al sistema todos los centros, adaptando tiempos y características específicas, centros externos dependientes como residencias y periféricos.

Resultados

El sistema gestiona 2553 líneas de catálogo, 318 catálogos, 334 artículos distintos.

Al mes 375 reservas con importe 117150€, Supone gestión controlada de 1405800€ año.

Material solicitado a Hospitales prescriptores 100 líneas/mes 57 artículos distintos.

El control de altas/bajas permite la rotación eficiente, no existen bajas por caducidad desde la implantación.

Conclusiones

La integración en módulo conocido previamente por los Centros permitió su implantación sin generar rechazo por sobrecarga de trabajo. La dimensión real de gestión ha impulsado la coordinación con los Servicios Hospitalarios.

Nos encontramos en disposición de anticipar las necesidades a medio plazo y gestionar eficientemente la rotación de material.

Realizaremos una auditoría de calidad para mejorar el sistema.

RUTA HACIA UN SISTEMA DE GESTIÓN GLOBAL INTEGRADO MULTINORMA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

BARBARA MARTINEZ DE MIGUEL¹; S GUSI GIL²; E TEJERA CABELLOS³; YF VILLÁN VILLÁN⁴; C SCHWARZ⁵; JJ OJEDA FEO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La calidad asistencial tiene una amplia trayectoria en la que profesionales del hospital han tomado la iniciativa de implantar en servicios asistenciales y de gestión, un total de 18 sistemas de gestión de calidad (SGC), medioambiente (SGA), responsabilidad social (RSC) y seguridad alimentaria (SA). La natural evolución a un único sistema de gestión (SG) implica la integración de los diferentes sistemas (Unidades, Servicios, Normas) en uno sólo con el liderazgo de la Comisión de Dirección (CD). La nueva versión de las normas 9001 y 14001, con su estructura de alto nivel, constituyen una herramienta de cambio para conseguir un sistema de gestión global integrado (SGGI).

Objetivos

- Integrar la gestión de la Calidad de los distintos Servicios/Unidades, así como las diferentes normas definiendo una metodología común.
- Facilitar la integración de otros Servicios/Unidades.
- Disminuir el coste a través de la obtención de un único certificado del Sistema.

Material y métodos

FASE PRELIMINAR

Se consensua con la CD la composición del Equipo de Trabajo. Se presenta el proyecto: objetivos, metodología, plan de seguimiento, documentos y registros de cada sistema como base del análisis preliminar. Revisión de la documentación existente.

PLAN DE TRABAJO 2017-2019

Integración del sistema documental a partir de los elementos comunes de los sistemas ya implantados. Definición del mapa de procesos. Elaboración de procedimientos comunes y transversales (estratégicos, operativos, soporte y medición). Valoración de herramientas informáticas para el SG. Análisis integrado del contexto, gestión integrada de riesgos y oportunidades, detección de necesidades y expectativas de partes interesadas, seguimiento de planes de acción y elaboración de un informe de revisión global integrado. Adaptación de los sistemas ya implantados en los servicios al SGGI. Planificación temporal de la inclusión de los sistemas de gestión en un plazo de 3 años, dependiendo de la naturaleza asistencial o de apoyo del servicio y de la caducidad del certificado de la norma. Planificación integrada de auditorías internas y externa, así como la elaboración de un único Plan de Acciones correctivas.

Resultados

En junio de 2019 se completan los 3 años de trabajo. A fecha de Junio de 2019, el total de sistemas integrados en el SGGI del Hospital es de 30, incluyendo SGC, SGA, RSC, SA, seguridad del paciente y gestión de compras de valor añadido.

Se han definido los documentos comunes al SGGI, con la aprobación de la CD y completado 3 ciclos de auditorías integradas. Se encuentra en proceso la incorporación de una herramienta informática que facilite el control documental del sistema.

Conclusiones

El SGGI representa una mejora en eficacia y control puesto que crea sinergias de actuación en comparación con los sistemas individuales.

AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE UNA HERRAMIENTA DE FÁCIL APLICACIÓN

AUTORES

ALICIA DÍAZ-REDONDO¹; RS DÍAZ GARCÍA²; D MOLINA VILLAVERDE³; I ARAQUE CRIADO⁴; C FUNES MOLINA⁵; N LÓPEZ FRESNEÑA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Joint Commission International (JCI) es una organización sin ánimo de lucro que propone a las organizaciones sanitarias evaluarse según el cumplimiento de más de 400 estándares, de ellos los de mayor impacto en los resultados son los relacionados con la seguridad del paciente. Lograr el cumplimiento de los mismos en hospitales complejos es un reto, cuya consecución está directamente relacionada con el grado de implicación de los profesionales.

Objetivos

Evaluar la utilidad de un guion resumen, para facilitar la autoevaluación del cumplimiento de los estándares por parte de los referentes de seguridad de cada servicio, así como para potenciar el conocimiento de los mismos.

Material y métodos

Se diseñó un guion ad hoc por un grupo multidisciplinar a partir de los requerimientos de JCI, siguiendo la metodología de paciente trazador de esta organización.

Se realizaron sesiones de difusión y formación a los referentes de seguridad, correo electrónico e intranet del hospital.

Se plantea como objetivo de los referentes de seguridad para 2019, realizar la autoevaluación semestral en su servicio. Se recomienda realizarlo en conjunto médicos y enfermeras, para obtener mayor rendimiento.

Se lleva a cabo un análisis descriptivo de los datos de las autoevaluaciones recibidas de cada área.

Resultados

Los resultados analizados reflejan un cumplimiento del 90% de los ítems relativos a la evaluación inicial de enfermería (riesgo de caídas, dolor basal y reevaluación por turnos, cribado nutricional), y del 84,61% de las relacionadas con una valoración médica inicial de acuerdo a los estándares.

Encontramos un alto cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente:

- El 93% de los encuestados realiza la identificación activa del paciente y el 81,4% lo hace utilizando dos identificadores.
- El 90% conoce el protocolo de comunicación verbal y telefónica y lo aplica.
- El 93,1% conoce las medidas específicas para el uso de fármacos de alto riesgo. La preparación de la medicación se realiza de forma individualizada en el 71,42%, y la supervisión de la toma oral de la medicación se hace en el 69% de los casos.
- El 90% de los encuestados utilizan el Listado de Verificación Quirúrgica y el 76,6% realizan el marcado de sitio quirúrgico según el protocolo.

El 48,1% de los profesionales han notificado algún incidente de seguridad en el último año.

La gestión de los residuos y el registro actualizado de la revisión del carro de parada se realiza en un 100% de las plantas de hospitalización revisadas.

Conclusiones

El abordaje de retos ambiciosos que requieran la implicación de gran parte del personal, debe realizarse con la colaboración en red de profesionales de distintos estamentos, conocedores del área y de los criterios a evaluar. Desarrollar una herramienta que sintetice los principales estándares a evaluar, facilita la evaluación y la implicación de los mismos.

Los resultados de esta primera evaluación son muy positivos y nos ayudarán en la aplicación de mejoras concretas.

GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE RENOVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES

JUAN JAVIER TERÁN ANCIANO¹; M ALMAZÁN-DEL-POZO²; MM CALVO-MARÍA³; A MARTÍNEZ-AGUADO⁴; J GARCÍA-JONES⁵; E ARENAS-LASERNA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Una vez consolidada la estructura del Área Única de Atención Primaria, se procede a asumir las funciones de planificación y gestión de las actuaciones dirigidas a la renovación y adecuación de la Red de Infraestructuras de Centros Sanitarios de Atención Primaria, que con anterioridad se venían desempeñando de forma centralizada.

Para hacer frente a este nuevo planteamiento, ha sido precisa la creación de una nueva Unidad de Gestión de Infraestructuras y el desarrollo de los procedimientos necesarios para afrontar las tareas de planificación, ejecución y seguimiento de los procesos para la gestión de las obras de reforma, ampliación o construcción de nuevos centros de salud y consultorios locales en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

Objetivos

General: Conseguir una gestión más eficaz, eficiente y coordinada de los procesos de planificación, análisis, ejecución y control de los procedimientos técnicos, administrativos y presupuestarios para la implantación y desarrollo de los Planes de Inversiones para la renovación, adecuación y nueva dotación de las infraestructuras de los centros sanitarios dependientes de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Específicos:

- Dotar a la Unidad de Gestión de Infraestructuras de un nuevo marco organizativo más acorde con los nuevos condicionantes surgidos por la re estructuración de funciones en la gestión de infraestructuras.
- Definir criterios y procedimientos para la gestión y coordinación de las diferentes fases del proceso de construcción o adecuación de las infraestructuras.
- Elaboración y actualización de las propuestas de actuaciones de mejora de las infraestructuras, para su inclusión en los Planes de Inversiones de la Gerencia Asistencial
- de Atención Primaria.
- Previsión ejecución y control de actuaciones para la ejecución de las obras previstas en los Planes de Inversiones.

Material y métodos

La Unidad de Gestión de Infraestructuras cuenta con la siguiente dotación de personal:

Recursos de carácter técnico: 3 Arquitectos y 3 Arquitectos Técnicos

Recursos de carácter administrativos: 2 profesionales del Grupo de Gestión y 1 Auxiliar Administrativo

La herramienta fundamental para el desarrollo de los objetivos planteados es el Plan de Inversiones de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria 2016-2019, en el que quedan reflejadas un total de 60 actuaciones de mejora posibles, clasificadas en cuatro niveles de prioridad. El nivel de desarrollo anual de las previsiones del Plan de Inversiones, se ajustan presupuestariamente a los importes previstos en el presupuesto de inversiones de obra nueva y de reposición de cada ejercicio.

Resultados

Durante el periodo analizado, se han iniciado actuaciones para la ejecución de obras de reforma, ampliación o nueva construcción en un total de 37 centros sanitarios de Atención Primaria, de los cuales 5 se encuentran finalizados y 9 se encuentran en fase de ejecución de obra.

Conclusiones

Se ha consolidado la nueva estructura de la Unidad, alcanzando un elevado nivel de desarrollo del Plan de Inversiones.

INTEGRACION DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN EL ENFOQUE DE GESTION

AUTORES

Mikel Mugica Orellana¹; R Herrero Heredero²; J Garmendia Gomez³; S Alameda Etxeberria⁴; A Apezetxea Celaya⁵; M Larrinaga Llaguno⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI Bilbao Basurto.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Como organización pública sanitaria, la Responsabilidad Social Corporativa forma parte intrínseca tanto de la Misión como de la Visión de la OSI Bilbao Basurto, y así queda explicitada en su Plan estratégico, en el que recoge las estrategias y objetivos para hacer frente a sus impactos en sostenibilidad. En este sentido, uno de los requisitos la integración de la Responsabilidad Social corporativa en la gestión es la identificación de la materialidad de los impactos, entendidos los impactos como aquellos cambios positivos o negativos que se generan en la sociedad, la economía o el medio ambiente, producidos en su totalidad o parcialmente como consecuencia de las decisiones y actividades pasadas y presentes de una organización, y la materialidad como concepto que indica la relevancia de los mismos para los Grupos de interés.

Objetivos

Identificar los impactos en sostenibilidad y su materialidad en las tres dimensiones que componen la RSC:

Dimensión social: Aspectos relacionados tanto con las personas de la organización como con la comunidad donde la organización desarrolla la actividad.

Dimensión ambiental: Aspectos que impactan en el medioambiente.

Dimensión económica. Gestión eficiente de los recursos económicos y materiales e impacto en el entorno.

Material y métodos

Los pasos seguidos han sido los siguientes

1. Identificación de las necesidades y expectativas de los Grupos de Interés.
2. Identificación de los impactos en sostenibilidad para cada dimensión de la RSC
3. Identificación de áreas de gestión para cada impacto en sostenibilidad
4. Elaboración de encuesta de materialidad a los Grupos de interés y utilización de la encuesta de satisfacción de personas
5. Elaboración del plan estratégico y plan de gestión en coherencia con las áreas de gestión
6. Elaboración de memoria RSC

Resultados

1. Impactos en sostenibilidad y áreas de gestión relacionadas identificadas.
2. Enfoque de gestión en base a la responsabilidad social corporativa implementado: Coherencia del Plan estratégico y el plan de gestión con los impactos en sostenibilidad asegurada.
3. Análisis de materialidad realizado
4. Validación de la memoria de RSC en base a los GRI standards y certificación IQNetSR10 lograda

Conclusiones

Tal y como establece la norma internacional IQNet SR10, un sistema de gestión de responsabilidad social, una organización que quiera desarrollar su enfoque de gestión en base a criterios socialmente responsables debe identificar los impactos que su actividad genera en el entorno para poder gestionarlos; si no es así, no podemos asegurar que la responsabilidad social corporativa se encuentre integrada en la gestión, pudiendo darse el caso de que se esté realizando únicamente acciones de responsabilidad social sin una coherencia estratégica. Asimismo, la identificación de la materialidad de los impactos es necesaria para la priorización de los objetivos a desarrollar así como para la optimización de la comunicación de las acciones y resultados de la organización a sus grupos de interés.

GESTIÓN DE RIESGOS DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD NEONATAL: CONOCER, ANALIZAR, TRABAJAR Y MEJORAR

AUTORES

NATALIA CASILLAS DIAZ¹; C RUIZ SERRANO²; M RODRIGUEZ-OSORIO CAMPOS³; T CARRIZOSA MOLINA⁴; N RUIZ GARCÍA⁵.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La práctica asistencial desde la perspectiva de la seguridad debe ser un objetivo prioritario para una asistencia de máxima calidad en las unidades hospitalarias. En la unidad neonatal (UN), por sus características específicas y la especial vulnerabilidad del paciente, la exhaustiva gestión de riesgos se ha convertido en uno de los pilares de nuestra actividad. En la UN se ha trabajado en la prevención mediante el uso de planes de contingencia (medidas tomadas o propuestas) para reducir la incidencia y los efectos de los inevitables eventos adversos o para mejorar su detección precoz.

Objetivos

Identificar y analizar profundamente las actividades sujetas a riesgo en los diferentes pasos que cubre un paciente desde su ingreso en la UN. Cuantificar la probabilidad de estos eventos y medir el daño potencial asociado a su ocurrencia para elaborar planes de trabajo específicos con el fin último de disminuir el riesgo sobre el paciente y acercarnos a la excelencia en la asistencia al neonato.

Material y métodos

Para el manejo de los riesgos derivados de la actividad en la se ha elaborado un completo mapa de riesgos según el protocolo propio del centro, siguiendo las siguientes fases: Cognoscitiva: detección de los factores de riesgo para programar intervenciones preventivas ajenas a la improvisación, tomando como fuentes los eventos adversos, el registro de incidencias de la unidad, actas de distintas Comisiones hospitalarias, interrelación con otros procesos, etc. Analítica: estudio de cada riesgo, estableciendo su nivel y el plan de acción asociado. Intervención: aplicación de las actividades programadas por parte de los responsables asignados en los plazos establecidos. Evaluación: verificación de los resultados respecto a los objetivos marcados y reasignación del nivel de riesgo.

Resultados

En la dimensión de seguridad del paciente, prioridad máxima de este proceso, se desarrollaron 14 riesgos. En el resto de las dimensiones 11 riesgos de los cuales 3 eran referentes a calidad percibida. La puesta en marcha de los planes de actuación ha permitido que cuatro de los riesgos de seguridad del paciente cuya exposición al riesgo es alta, hayan disminuido en lo referente a la probabilidad, por lo que observamos que las acciones han sido efectivas. Destacar que en un caso se ha aumentado el riesgo en relación a una disminución de la detectabilidad, este hecho puede explicarse por una evaluación inadecuada previa.

Conclusiones

La elaboración de un mapa de riesgos ambicioso, amplio y dinámico permite el abordaje de los riesgos en la unidad con una mayor efectividad, especialmente en el ámbito de la seguridad. Supone además un cambio de perspectiva y empoderamiento de los profesionales. Esto ha supuesto además que en auditoría externa, en el proceso de certificación 9001:2015, se realizara una indicación positiva respecto a Seguridad del Paciente "Excelente tratamiento de incidencias en neonatología", con la consiguiente motivación positiva para continuar trabajando en la misma línea establecida.

OPINIÓN DE ENFERMERAS/OS SOBRE SESIONES INFORMATIVAS CARRERA PROFESIONAL /ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

AUTORES

Antonia Vázquez González¹; R Navarro Jiménez²; B Sánchez Ramos³; I Aponte Tomillo⁴; A Diez Naz⁵; P Benito Romero⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Virgen del Rocío¹; Colegio de Enfermería de Sevilla²; Colegio de Enfermería de Sevilla³; Hospital Universitario Virgen del Rocío⁴; Hospital Universitario Virgen del Rocío⁵; Colegio de Enfermería de Sevilla⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La acreditación por competencias profesionales se plantea como una herramienta imprescindible en el Sistema Sanitario Público de Andalucía para obtener la carrera profesional.

El Colegio de Enfermería de Sevilla, dentro de su programa formativo, ha impartido un seminario sobre acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y sobre la reanudación de la carrera profesional de la Consejería de Salud de Andalucía segundo semestre de 2018.

Objetivos

Proporcionar una visión integral sobre las diferentes estrategias para la mejora del desarrollo profesional. Motivar a los profesionales a seguir su formación y desarrollo continuo como parte de su carrera profesional. Proveer de un soporte asesor dentro de los distintos recursos que se ofrece.

Material y métodos

Sesiones informativas con metodología docente expositiva participativa con resolución de dudas, entrega documentación de apoyo: legislación vigente de carrera profesional, documento general de servicios de certificación, guía de certificación, y contenidos de la página web del SAS. Encuestas de satisfacción donde se recogen preguntas referentes a tres aspectos: a la calidad de la docencia impartida, a la organización de las sesiones y al impacto de la formación.

Resultados

Se han realizado durante segundo semestre de 2018 y primer semestre de 2019 cuatro sesiones.

Asistentes :128. Número de encuestas cumplimentadas 112.(87,5%).

Sexo: Mujeres 87,5%.

Edad media de los asistentes: 42,5 años

APARTADO DE DOCENCIA

- Cumplido las expectativas 95,5%
- Ponente dominio de los contenidos 95,5%
- Buen clima de aprendizaje 100%
- Transmitido contenidos 95,5%

APARTADO DE ORGANIZACIÓN

- Adecuado el contenido 95,5%
- Los medios adecuados 91,1%
- Las instalaciones adecuadas 77,3%

APARTADO SOBRE IMPACTO DE LA FORMACIÓN

- Actualizar sus conocimientos 95,5%
- Utilidad 95,5%
- Recomendaría 100%
- Motivación 100%

PREGUNTA ABIERTA:

1. Mejoraría en algo el Seminario:22,4% Si mejoraría.

2. Aspectos mejorables:

- Instalaciones, mejor aula:22,4%
- Más tiempo y más práctico: 16,8%
- Sesiones personalizadas: 16,8%

Conclusiones

Alto grado de satisfacción entre los participantes. Docencia e impacto de la formación son los apartados que han tenido una puntuación más alta. Resultado interesante el referente a la pregunta sobre la motivación para empezar el proyecto de acreditación. Destacar que todos los alumnos recomendaría el seminario a sus compañeros y la utilidad del seminario para su proceso de acreditación. Se puede considerar impartir más seminarios, con una adecuación de aula más acertada. Con respecto al tiempo, se podría aumentar la duración del seminario, en función del número de participantes y establecer asesorías personalizadas según demanda.

Como reflexión final, añadir que disponer de este tipo de soporte personal de asesoramiento en centros sanitarios, colegios de profesionales, sindicatos, sociedades etc.... contribuiría al desarrollo profesional y por tanto a la mejora de la atención sanitaria.

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA

AUTORES

Eloisa Valverde Gambero¹; FJ Muñoz Castro²; JM Turiño Gallego³; MP Brea Rivero⁴; L Villanueva Guerrero⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La acreditación de actividades de formación continuada para profesiones sanitarias se realiza bajo los criterios de calidad establecidos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

En nuestra comunidad, estos criterios se recogen en 29 estándares que valoran la calidad del diseño de la formación. La evaluación se realiza por pares, interviniendo un tercer evaluador (revisor) durante la fase de control de calidad interno, el cual resuelve las posibles discrepancias. El resultado de esta evaluación se envía a los primeros evaluadores, quienes indican su conformidad o no, permitiendo una retroalimentación mutua entre los primeros evaluadores y el revisor que interviene en el control de calidad, así como la detección de posibles áreas de mejora en el proceso de evaluación de la formación continuada.

Objetivos

Identificar y poner en marcha áreas de mejora en el proceso de evaluación de las actividades de formación continuada.

Material y métodos

Periodo: 1 Enero 2017 – 31 Mayo 2019

Estudio descriptivo

Población estudio: Respuestas de los evaluadores respecto a la resolución de discrepancias durante el control de calidad interno.

Variable: Posicionamiento de conformidad del evaluador respecto a la resolución de discrepancias (Conforme/No conforme).

Resultados

N= 4149 respuestas: 3723 “Conforme” (89.74%) y 426 “No conforme” (10.26%).

Años

2017: 89,2% “Conforme”; 10,8% “No conforme”.

2018: 89,7% “Conforme”; 10,3% “No conforme”.

2019 (enero-mayo): 90,91% “Conforme”; 9,09% “No conforme”.

Conclusiones

Se observa una tendencia similar en ambos tipos de respuestas en 2017 y 2018, observándose una disminución de la respuesta ‘No conforme’ en 2019.

Tras los resultados obtenidos se han identificado las siguientes áreas de mejora:

- Analizar el contenido de la información que se proporciona a los evaluadores acerca de los requisitos y los criterios de evaluación.
- Mejorar la redacción de los textos que justifican el posicionamiento del revisor en el control de calidad.
- Establecer un sistema de respuesta a los posicionamientos “No conforme” de los evaluadores (post-feedback).
- Analizar el resultado de estas áreas de mejora tras su puesta en marcha.

UTILIZACIÓN DE UNA APLICACIÓN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DE DERIVACIONES INTERNIVELES COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA

AUTORES

AURORA FABERO JIMENEZ¹; I DE LA FUENTE HERMOSÍN²; C ALTEA FUNES³; S ALMONACID BERMEJO⁴; T ALONSO SALAZAR⁵; P BLANCO POZO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCON.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En nuestra Comunidad las derivaciones de Atención Primaria (AP) a las consultas hospitalarias se realizan a través de la aplicación: Solicitud de Citas en Atención Especializada (SCAE). Esta aplicación un elemento facilitador de la libre elección y permite gestionar las derivaciones que requieren valoración previa (VPE) y en las que se sospecha malignidad (SM). Además contiene datos cuyo análisis facilita la priorización de procesos clínicos para elaborar protocolos conjuntos.

Objetivos

1. Diseñar y desplegar un cuadro de mando a partir de las derivaciones tramitadas en la aplicación SCAE tanto para los centros de salud (CS) de nuestro área como para las Unidades del hospital. 2. Utilizar la información del cuadro de mando para identificar áreas de mejora y diseñar protocolos conjuntos en las patologías priorizadas.

Material y métodos

Ámbito del estudio: hospital de segundo nivel y CS del área de referencia. Periodo: junio 2017- junio 2019. En junio 2017 se diseñó un cuadro de mando con los datos de todas las derivaciones tramitadas en SCAE. La Unidad Local de Continuidad Asistencial, con el conocimiento y acuerdo de directivos y profesionales de los dos ámbitos asistenciales, elabora desde entonces un informe trimestral que remite a los CS y a las Unidades hospitalarias.

Las derivaciones, analizadas por especialidad receptora, CS y profesional emisor. Los datos, referidos a tasas de derivación por 1000 habitantes, facilitan el análisis comparativo; el acceso al contenido de cada interconsulta permite valorar la calidad de la información transmitida. La agrupación de motivos de derivación permite priorizar procesos susceptibles de protocolización.

Resultados

Desde junio 2017 hasta la actualidad se elaboran informes trimestrales que agrupan todas las derivaciones realizadas desde Atención Primaria durante el año. Actualmente también permiten la comparación entre diferentes periodos. Los informes son remitidos a cada CS y a las diferentes especialidades hospitalarias. Analizando los datos se han seleccionados las patologías derivadas más frecuentemente desde AP. Mediante la creación de grupos de trabajo multidisciplinares, se han elaborado 8 protocolos conjuntos en tres especialidades (Digestivo, Neurología y Dermatología).

Conclusiones

La información es en sí misma una fuente de estímulos para la mejora. Las herramientas electrónicas disponibles permiten usos alternativos a aquellos para los que fueron diseñadas, ya que cuentan con abundantes datos de recogida sistemática que no suelen ser evaluados. Utilizar información de un periodo amplio, agrupada por especialidades y patologías permite priorizar los temas para la elaboración de protocolos conjuntos.

Contar con información fiable, de fácil interpretación y referida a la propia práctica asistencial, facilita a los profesionales estrategias de mejora sobre las que tienen control directo. La elaboración y envío sistemático del cuadro de mando permitirá analizar en el futuro el impacto de las medidas adoptadas.

¿QUÉ APORTA MODIFICAR EL SISTEMA DE EVALUACIÓN UTILIZADO EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EN CALIDAD?

AUTORES

JOSEFA GONZALEZ PASTRANA¹; T MATÉ ENRÍQUEZ²; MS MONTERO ALONSO³; MJ PÉREZ BOILLOS⁴; MO ALCALDE MARTÍN⁵; Es ARRIETA CERDÁN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Regional de Salud¹.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Los programas de formación deben responder a los principales objetivos de la organización y a sus iniciativas estratégicas. La formación en competencias profesionales relacionadas con la gestión de la calidad es fundamental para el adecuado desempeño en éste área. La evaluación de estos programas de formación no ha de quedarse en la medición de la reacción o satisfacción y el aprendizaje de conocimientos y habilidades, sino que debe también incorporar la medición de los cambios en el puesto de trabajo. Este cambio de enfoque, del aprendizaje a la transferencia en el puesto de trabajo, es parte esencial para la mejora y el impacto en la organización.

Objetivos

Mejorar la transferencia de las actividades de formación en gestión de la calidad.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Se evaluaron 16 actividades formativas impartidas entre 2016 y 2019 sobre diferentes materias relacionadas con la calidad (auditorías ISO, norma ISO 9001:2015, herramientas LEAN y autoevaluación según el modelo EFQM). Estas actividades se planificaron e impartieron con un enfoque que favoreciese su aplicación práctica (desarrollo de herramientas de gestión de la calidad o implantación de mejoras en el puesto de trabajo; realización de auditorías y desarrollo de la autoevaluación EFQM), contribuyendo a la implantación y despliegue de la estrategia de calidad de la organización.

Resultados

Se formaron un total de 425 profesionales (70 en auditorías ISO, 50 en norma ISO 9001:2015, 46 en herramientas LEAN y 249 en autoevaluación según el modelo EFQM). El 78,1% de los profesionales llevaron a cabo la aplicación práctica de los conocimientos y habilidades adquiridos (68,5% en auditorías ISO; 92% en norma ISO 9001:2015; 67,4% en herramientas LEAN y 83,1% en autoevaluación según el modelo EFQM).

Por otro lado, la realización de estas experiencias prácticas ha propiciado que algunos profesionales hayan desarrollado proyectos más ambiciosos a nivel local, utilizando la metodología aprendida (metodología LEAN en tres áreas de un hospital y en tres áreas de Atención Primaria, mediante 5S), junto con la implantación de mejoras en diversas áreas del proceso de laboratorio.

Conclusiones

Las tres cuartas partes de los profesionales que participaron en las actividades formativas, han aplicado de manera práctica los conocimientos y habilidades adquiridas; estas actuaciones han promovido además el desarrollo de proyectos de mayor alcance, contribuyendo al despliegue de la estrategia de calidad de la organización.

Consideramos que la organización de actividades formativas que incorporen la evaluación de la transferencia en el puesto de trabajo es un elemento facilitador de la puesta en marcha de herramientas y sistemas de gestión de calidad.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LOS HOSPITALES CON CONVENIO SINGULAR DEL SESPA

AUTORES

NATALIA RIVAS SUÁREZ¹; VJ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ²; M BADA SÁNCHEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

UC-SESPA¹; UC-SESPA²; UC-SESPA³.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) deriva un porcentaje de la asistencia sanitaria que presta hacia hospitales con los que el mantiene un convenio singular; el SESPA tiene la obligación de evaluar esta atención sanitaria derivada tal y como ha señalado la Sindicatura de Cuentas en su último informe: 'no se han realizado informes de auditoría, inspección o verificación específicos por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias en los centros sanitarios vinculados'.

La Unidad de Certificación en Calidad del SESPA, es el órgano administrativo del SESPA que ostenta la competencia para realizar las evaluaciones de calidad de los dispositivos asistenciales. Para realizar la evaluación de la calidad de sus hospitales, el SESPA cuenta con una herramienta propia: la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencia (GECCAs) y su Esquema de Evaluación.

La UC-SESPA está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) desde 2016.

Objetivos

Proporcionar al SESPA una evaluación de la calidad de los centros hospitalarios con convenio singular imparcial, independiente, homogénea y sistemática.

Ofrecer al dispositivo asistencial evaluado un diagnóstico organizacional en relación a los estándares de la Guía que les permita avanzar hacia la mejora continua de la calidad.

Material y métodos

Las evaluaciones se desarrollaron con la siguiente sistemática:

Redactar y difundir el Plan de Evaluación personalizado para cada hospital, que regula los requisitos, estructura, calendario y contenidos de las auditorías

Realizar una jornada de sensibilización previa a la auditoría

Solicitar, recepcionar y analizar la documentación del dispositivo (procedimientos, manuales, guías etc.) en relación con los estándares a auditar.

Desarrollar el plan de visitas de evaluación de acuerdo a lo establecido en el Plan

Reflejar los resultados de las auditorías en los correspondientes informes.

Emitir los certificados a los dispositivos que cumplan con los requisitos establecidos.

Entregar los informes y el certificado a las partes implicadas en una reunión final con la Dirección Gerencia del SESPA.

Resultados

Desde junio de 2018 a marzo de 2019 dentro del 'Plan de Evaluación de la Calidad Hospitalaria del Principado de Asturias 2018-2021', se evaluaron los cuatro hospitales con los que el SESPA mantiene un convenio singular.

Conclusiones

Con la evaluación de la calidad por parte del SESPA de los hospitales con los que mantiene un convenio singular da respuesta a su obligación de realizar auditoría de los mismos, tal y como expuso la Sindicatura de Cuentas en su informe.

Por otra parte, con estas evaluaciones, se facilita la mejora continua impulsando los procesos de evaluación como parte de la actividad habitual, sirviendo de herramienta para compartir el conocimiento y colaborando en el avance hacia una organización sanitaria con estándares de calidad excelentes.

MATRIZ DE RIESGOS/OPORTUNIDADES: HERRAMIENTA INTEGRADA DE GESTIÓN EN SERVICIO DE UCI CERTIFICADO CON ISO 9001:2015

AUTORES

AM RUIZ-RUIZ¹; MJ DOMINGUEZ-ARTIGA²; V FLOR-MORALES³; MJ MANTILLA-GORDOVIL⁴; C FARIÑAS-ALVAREZ⁵; JC RODRIGUEZ-BORREGAN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La versión 2015 de la Norma ISO 9001 introduce la gestión de riesgos y oportunidades como eje central del sistema de gestión de la calidad, por tanto se debe implementar una herramienta que permita analizar, priorizar, planificar y reevaluar los riesgos y oportunidades identificados, así como monitorizar las acciones programadas.

Objetivos

Integrar la gestión de riesgos y oportunidades según la ISO 9001:2015 en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Alcance: SMI con 34 camas, unidad de intermedios y Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI). En 2015 se comenzó a elaborar en formato Excel una Matriz de Riesgos que permitiese seguir los objetivos y acciones de mejora planificadas para cada riesgo. A partir de 2019 se añadieron las Oportunidades. Los riesgos/oportunidades se identificaron mediante análisis de: entorno (DAFO), proceso, plan de comunicación, competencias, incidencias, partes interesadas, indicadores y auditorías. Se evaluaron y priorizaron por probabilidad de ocurrencia e impacto potencial (escala 1-3, generando un valor de prioridad entre 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 2019 se empezó a reevaluar aquellos considerados como cerrados (eliminados, reducidos o asumidos) utilizando el método previo de priorización y semáforo de colores, para así medir la eficacia de las medidas tomadas y planificar nuevas si no se consiguiese disminuir. Es un sistema en continua actualización.

Resultados

Se identificaron 111 Riesgos y 6 Oportunidades: 21 en 2015, 34 en 2016, 11 en 2017, 36 en 2018 y 18 en 2019, que se agruparon en diferentes áreas: 23,9% sistemas de información, 19,7% recursos humanos/materiales, 14,5% criterios homogéneos de funcionamiento, 12% información a pacientes, 9,4% de coordinación con profesionales de apoyo, 8,5% organización, 7,7% SECI y 4,3% coordinación entre profesionales. Según su origen: 54,7% de análisis del proceso, 17,9% de auditorías, 11,1% del análisis estratégico, 4,3% de indicadores, 2,6% del plan de comunicación y 9,4% otros orígenes. En cuanto a prioridad: en el 13,7% fue muy alta (rojo en la matriz), en el 73,5% alta (naranja) y en el 6,8% media (amarillo). Hasta la fecha se cerraron 70 riesgos y se reevaluaron 17: entre los de prioridad muy alta 3 pasaron a alta, 1 a media y 1 se mantuvo y se asumió; entre los de prioridad alta 9 transitaron a media, 2 se mantuvieron, pero se disminuyó su puntuación, y en 1 se asumió el riesgo sin poder modificarlo.

Conclusiones

La gestión de riesgos y oportunidades mediante una matriz de riesgos ha permitido abordar de forma sistematizada 111 riesgos, eliminando o disminuyendo su impacto en el 78% de los mismos, contribuyendo, de esta manera, a la mejora de la seguridad y calidad asistencial.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA FORMATIVO DE CAPACITACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA.SIMULACIÓN IN SITU

AUTORES

GENOVEVA FERNANDEZ CARRAL¹; S HERRERO LOPEZ²; C RENEDO GONZALEZ³; M LAZARO OTERO⁴; S MOYA MIER⁵; JL COBO SANCHEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En el año 2016 la Unidad de Formación de Enfermería del H. Valdecilla puso en marcha un programa formativo dirigido a profesionales del área de enfermería, con el objeto de entrenar, la atención inicial en situaciones de parada cardiorespiratoria en las unidades de Hospitalización. El propósito del entrenamiento no perseguía tanto la adquisición de conocimientos y habilidades en aspectos de carácter más técnico como si el abordaje de otros factores de aprendizaje también importantes, como eran los aspectos organizativos, la comunicación y el trabajo en equipo. Para asegurar la implantación y la continuidad del programa, se definió que la actividad debía realizarse en la propia unidad de Hospitalización, no debería superar los 30-35 minutos y además en cada unidad se formarían a dos instructores, que recibirían formación previa tanto en aspectos técnicos como en la gestión de los entrenamientos, incluyendo la coordinación de la reflexión grupal una vez finalizado el entrenamiento y la elaboración de un informe con las propuestas de mejora, a la vista de los resultados obtenidos

Objetivos

Evaluar el impacto que el programa de entrenamiento ha tenido durante estos dos años de desarrollo

Material y métodos

Se analizaron los datos provenientes tanto de los informes que los instructores remitían a la Unidad de Formación tras cada entrenamiento, así como las encuestas de satisfacción cumplimentadas por los participantes. En los informes de los instructores se recogían además de datos relativos a, fechas, unidades y datos del personal participante en el simulacro, aquellos déficits detectados tras el entrenamiento relativos tanto a factores del propio sistema como al equipo humano, y medidas de mejora recomendadas. Se analiza el periodo que va desde el 7 de febrero de 2017 (1º simulacro) hasta el 4 de junio de 2019, participando durante este periodo 24 unidades de Hospitalización.

Resultados

2017: Simulacros realizados: 65. Profesionales formados:196. Categorías:109 Enfermeras y 87 A. Enfermería. Índice medio Satisfacción:90,12; 2018 Simulacros realizados:86. Profesionales formados:275.Categorías:163 Enfermeras,110 A.E y 2 Matrona .Índice M. Satisfacción:95,62; 2019:Simulacros realizados:23. Profesionales formad:75.Categorías:33 Enfermeras,30 A.E,11 Matronas y 1 EIR . Índice M. Satisfacción: 97.

Deficits detectados: Falta de conocimiento en: Sistema alerta, técnicas de RCP, manejo del desfibrilador, composición carro de paradas, manejo de las camas, falta de liderazgo, falta de coordinación, órdenes verbales poco claras.

Áreas de mejora: Planificar más formaciones de RCP, realizar más simulacros, revisión conjunta del carro de paradas, reubicar equipos de reanimación, elaboración de esquema de asignación de roles.

Conclusiones

1. La actividad ha mejorado el conocimiento y habilidades .en las técnicas de Reanimación
2. Ha mejorado la comunicación entre los miembros del equipo
3. Ha aportado mayor seguridad en el manejo de este tipo de situaciones
4. En algunas unidades ha fortalecido el vinculo del equipo

ACTUALIZACIÓN DE UNA MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL PROCESO DE TRASPLANTE PULMONAR

AUTORES

AM RUIZ-RUIZ¹; VM MORA-CUESTA²; V FLOR-MORALES³; JM CIFRIAN-MARTINEZ⁴; RJ MONS-LERA⁵; C FARIÑAS-ALVAREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El Proceso de trasplante pulmonar obtuvo la certificación ISO 9001:2008 en 2014 y se actualizó a la versión de 2015 en 2016. Dentro de este sistema de gestión de la calidad, la gestión de riesgos debe permitir sistematizar la detección de riesgos, su análisis, priorización, planificación y establecer las acciones de mejora. De igual modo, se deben gestionar las oportunidades.

Objetivos

Implementar una herramienta de gestión de riesgos y oportunidades, actualizando la matriz de riesgos ya en uso, incorporando la reevaluación de riesgos antes de su cierre y la descripción y planificación y reevaluación de las oportunidades, en un proceso ya certificado con la Norma ISO 9001:2015 desde 2016.

Material y métodos

En el proceso de trasplante pulmonar se trabaja con una matriz de riesgos dentro del proceso de gestión de la calidad desde 2015. Sobre los riesgos ya identificados y priorizados en una escala de 1 a 9, (según probabilidad de ocurrencia e impacto potencial), se añadió una gradación de colores similar a un semáforo de menor a mayor puntuación (verde – amarillo – naranja – rojo) para mejorar su visualización. También se modificó el formato del archivo para reevaluar de nuevo los riesgos tras las acciones de mejora y darlos como eliminados, reducidos o asumidos.

Además, se incluyó la gestión de las oportunidades identificadas en la misma herramienta. Se priorizaron según probabilidad e impacto, con las opciones de mejorar, compartir o explotar también en las mismas escalas que los riesgos. en el análisis del entorno, partes interesadas y análisis del proceso se incorporaron a la matriz y

En la esta matriz se incorporaron todos los riesgos y oportunidades identificados mediante análisis de: entorno (DAFO), partes interesadas, proceso y subprocesos, indicadores, incidencias y resultados de auditorías.

Resultados

Entre 2018 y mayo de 2019 se reevaluaron y cerraron 24 riesgos. De estos, uno (4,2%) era de prioridad muy alta, 18 (75%) de prioridad alta, 5 (20,8%) de prioridad media y ninguno de prioridad baja. Tras las acciones de mejora, el riesgo de alta prioridad pasó a media, los de prioridad alta, 14 pasaron a baja prioridad y 4 se mantuvieron, los de prioridad media se mantuvieron y los de baja prioridad aumentaron a 16. Permanecieron abiertos 25 riesgos (23 de priorización alta y 2 de priorización media) relacionados con la asistencia (68%), sistemas de información (20%), estratégicos (8%) y de comunicación (4%).

A lo largo de 2019 se incorporaron 12 oportunidades aún abiertas con una priorización muy alta y con acciones de mejora dirigidas a explotar su desarrollo, 1 con prioridad media y otra de menor prioridad con acciones de mejora dirigidas a mejorar su desarrollo.

Conclusiones

La implementación de la matriz de riesgos en el proceso de trasplante pulmonar, permite priorizar las acciones de mejora y explotar las oportunidades distribuyendo los recursos. Además, con el semáforo de colores, se obtiene una visión global de la situación del proceso convirtiéndose en una herramienta ágil.

STOP DISFAGIA, ABORDAJE INTEGRAL

AUTORES

RAQUEL CUTILLAS RUIZ¹; M Benavides Gabernet²; C Blázquez Peccis³; C Aragón Valera⁴; C Beltrán Motiño⁵; C García Fernández⁶.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La disfagia es una entidad infradiagnosticada e infratratada con una importante repercusión clínica en los pacientes si no se identifica y se aborda de forma correcta. Es la causa de múltiples reingresos por neumonía y por las consecuencias directas e indirectas de la deshidratación y la desnutrición. Para ello es importante un abordaje multidisciplinar, dado que está presente en numerosas patologías y requiere un trabajo coordinado del personal sanitario que garantice la identificación, intervención y seguimiento adecuados y eficaces del paciente a lo largo de todo el proceso

Objetivos

Conseguir un abordaje integral y multidisciplinar de los pacientes afectados de disfagia, proporcionándoles la mejor atención, identificando los puntos a mejorar y aspirar a mantener la más alta calidad en su asistencia, disminuyendo las complicaciones derivadas de la misma

Material y métodos

Se realiza la ficha del proceso de la Unidad de Disfagia, elaboración de protocolos, unificación de historias clínicas (donde se establecen formularios que permiten conocer el seguimiento del paciente a través de indicadores de calidad asistencial), gestión de riesgos de la unidad que se identifican y trabajan para su eliminación o reducción, registros de incidencias y áreas de mejora, establecimiento de líneas de actuación conjuntas, reuniones periódicas multidisciplinarias para el abordaje conjunto de los distintos casos por parte del personal sanitario que incluye el área médica, enfermería, terapeutas, farmacia, trabajo social

Resultados

En cuanto a uno de los indicadores del proceso cuyo objetivo es conseguir menos de un 5% de neumonías aspirativas en pacientes con disfagia en seguimiento por ORL, se puso el límite de alarma en un 3% en el 2018, habiendo logrado 2,20%. Y continúa bajando en 2019, ya que estamos en 1,28%. En lo relativo a las ausencias a tto, dada la importancia de adherencia al tto, que no deben superar el 10% de las sesiones totales realizadas, se ha conseguido cumplir el objetivo, pues el resultado anual ha sido de 9,77%. La Unidad de disfagia dispone de otro indicador que controla que los pacientes sean visto en 48 h hábiles, dada la importancia de su patología; en 2018, el límite de alarma se hallaba en un 2% y hemos obtenido 1,38%. En 2019 con los formularios implantados en el sistema informático del hospital Casiopea, obtendremos una información detallada de nuestros pacientes (adherencia al tto, desnutrición, etc.)

Conclusiones

Es fundamental el abordaje multidisciplinar de la disfagia de modo que el paciente siga un hilo conductor desde que se identifica hasta que se va de alta hospitalaria. En resumen, la coordinación entre el personal de planta, la enfermería, los terapeutas en rehabilitación y las especialidades médicas hace que, una vez que el paciente es diagnosticado, se pueda realizar un abordaje integral sobre el mismo, minimizando las complicaciones que el proceso puede llevar asociadas.

METODOLOGIA LEAN PARA GESTIÓN DE COLAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

Nieves Camañes Garcia¹; A Cortes Cortes²; A Martin Lorente³; M Pepió Tomas⁴; O Ochoa Gondar⁵; C Blasco Galve⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia territorial Camp de Tarragona¹; Dirección atención primaria Camp de Tarragona²; Equipo Atención primaria Jaume I³; Equipo Atención primaria Jaume I⁴; Equipo Atención primaria St Pere i St.Pau⁵; Equipo Atención primaria St Pere i St.Pau⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En un entorno cambiante donde aparecen nuevas formas de relación entre los ciudadanos y los profesionales consideramos indispensable reformular la prestación del servicio de la Áreas de Atención al Ciudadano. La metodología Lean permite disminuir los errores y el tiempo de proceso y mejorar la calidad del servicio, aumentando la eficacia y la eficiencia, sin incrementar la presión sobre los profesionales.

Objetivos

Diseñar un modelo de atención más resolutivo y eficiente, a la vez que proporcione un entorno más seguro y confortable al profesional, y que incorpore potenciar la gestión en back office (atención no presencial) y la mejora de la atención personalizada incorporando elementos que aporten valor añadido.

Material y métodos

Se identifican Áreas de Atención al Ciudadano de los equipos Atención Primaria con más afluencia de pacientes. Se planifica una semana de observación directa incorporando metodología Lean para gestión de colas. Los indicadores recogidos hacen referencia al tipo de gestiones, frecuencia y picos de actividad, comportamiento de las colas y tiempo de proceso entre otros. Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar, integrado por el referente de calidad de la unidad, profesionales del Área de Atención al Ciudadano, profesionales asistenciales de medicina y enfermería y miembros de la dirección. El grupo de trabajo abordará la reingeniería de los procesos más ineficientes y propondrá un plan de acción. Se presentan las conclusiones del grupo al resto del equipo y se aplican con carácter inmediato aquellas que no afectan a otras áreas de actividad del equipo.

Se valora su efectividad y se presentan al resto del equipo con la finalidad de hacerlas extensivas

Resultados

La semana de observación directa ha identificado desperdicios relacionados con desplazamientos innecesarios de profesionales y pacientes, sobreproducción, tiempos de espera excesivos, y deficiencias en el proceso. El nuevo modelo permite planificar más e improvisar menos, mejorando la atención presencial y haciendo un abordaje integral del proceso asistencial. Esto reduce significativamente las colas y proporciona al profesional un entorno más seguro y confortable para trabajar.

Conclusiones

El volumen y la variabilidad de trámites y gestiones que se realizan desde estos puntos de atención hace imprescindible actuar proactivamente para resolver las demandas de los ciudadanos. Los equipos de trabajo formados por los distintos actores del proceso, pueden ofrecer la visión de todo el flujo de valor y poseen las habilidades y conocimientos necesarios con autonomía para poner en práctica las acciones de mejora, garantizando la credibilidad del proyecto y la implicación del resto de profesionales en el momento de aceptar un cambio en el modelo de atención. El abordaje multidisciplinar modifica la forma de trabajar tanto de la Unidad de Atención al ciudadano como de la propia consulta, incrementando la coordinación entre ambas y proporcionando una mejor atención de forma integrada.

OPTIMIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE INFECCIONES GASTROINTESTINALES – TÉCNICA FILMARRAY®

AUTORES

MARIA EUGENIA LLANEZA VELASCO¹; A PEREZ GARCÍA²; V GONZALEZ GOMEZ³; F ABREU SÁNCHEZ⁴; I COSTALES GONZÁLEZ⁵; ME FERNANDEZ FERNADEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Actualmente, existen nuevos métodos basados en técnicas moleculares de PCR que detectan múltiples microorganismos simultáneamente en muestras de heces. FilmArray® GI Panel proporciona un resultado integral en 1 hora, mejorando el tiempo de resultados y la tasa de detección de patógenos, incluidas las infecciones mixtas. Lean es una metodología de gestión enfocada en incrementar la eficiencia de procesos y optimizar los recursos, eliminando tareas redundantes o que no aportan valor al resultado. Mediante esta técnica y la filosofía de mejora continua se obtiene un proceso más fluido cuyo producto final genera valor en el paciente.

Objetivos

Evaluar el impacto de la implementación de técnicas Lean en la mejora en la eficiencia y efectividad operacional en el diagnóstico microbiológico de infecciones gastrointestinales en muestras de heces al integrar la tecnología FilmArray®.

Material y métodos

Durante 5 días laborales (8am-3pm) se realizó un análisis y observación de los procesos y flujos de trabajo actuales en el laboratorio para localizar las partes de proceso potencialmente optimizables con la aplicación de técnicas Lean. Se realizó un mapa del flujo de procesos de rutina del laboratorio, la secuencia de actividades y el número de muestras implicado en cada paso, mediante una herramienta de mejora continua denominada Value Stream Mapping. Esta actividad, combinada con mediciones de tiempos de cada parte del proceso, permitió identificar las tareas de valor añadido, así como las que no aportan valor, y definir los siguientes indicadores:

Turnaround time (TAT); Eficiencia; Eficacia; Número de pasos; Desplazamiento requerido por muestra; Tiempo administrativo en el proceso; Espacio requerido para la realización de pruebas; Residuos generados

Resultados

La implementación del panel FilmArray® GI permitiría obtener las mejoras de proceso siguientes:

- 1) Reducción del TAT del 99% (de 91.2 horas a 1 hora)
- 2) Reducción del número de pasos en un 73%
- 3) Reducción del desplazamiento por muestra en un 82%
- 4) Reducción del tiempo de técnico de laboratorio equivalente a 1,3 TEL
- 5) Reducción del tiempo de gestión administrativa diario por muestra en un 79%
- 6) Reducción del espacio total necesario para gestionar las muestras en un 87%

Con esta estrategia, las peticiones de diagnóstico en materia fecal de virología, parasitología y bacteriología son manejadas en un único proceso evitando su gestión de manera independiente. En particular, en el escenario de gestión de 1000 muestras anuales mediante esta técnica se consigue un ahorro del 67% del tiempo de técnico anual que puede ser dedicado a otras tareas del laboratorio.

Conclusiones

La implementación de técnicas Lean al diagnóstico microbiológico de heces permitió identificar áreas de mejora en el proceso, así como seleccionar el grupo de pacientes donde la incorporación del panel FilmArray® GI en la rutina del laboratorio es coste-efectiva, generando valor para el paciente y maximizando la eficiencia del laboratorio.

ABORDAJE DE LA GESTIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN

AUTORES

MARÍA BELÉN CANTÓN ÁLVAREZ¹; L CALLEJO GONZÁLEZ²; JM VICENTE LOZANO³; F ALTES MELGAR⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El área quirúrgica es un nicho dentro de los hospitales de difícil manejo debido a la idiosincrasia de los procesos que tienen lugar dentro de él, el número de colectivos y personas que actúan en los mismos, la cantidad de entradas y salidas de elementos de dichos procesos y las características propias del proceso clave, del que el paciente es el protagonista indiscutible, crea un entorno crítico.

Objetivos

Protocolizar los procesos para reducir la variabilidad interpersonas minimizando el número de conflictos entre el personal.

Optimizar el funcionamiento del bloque quirúrgico

Mejorar el clima laboral del bloque quirúrgico

Material y métodos

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar en el que estaban representados todos los colectivos que trabajan en el bloque quirúrgico, seleccionando a dichas personas por tener un perfil crítico pero constructivo.

La implantación de la metodología Lean tiene como objetivo mejorar la calidad, eliminar los despilfarros y reducir los tiempos de espera, además persigue la reducción de costes y el incremento de la productividad sin que esto suponga un aumento de presión para el personal o una disminución de la calidad del servicio al paciente.

Se realizaron 7 sesiones, 3 de ellas al pie de terreno, observando, midiendo, etc. Posteriormente se elaboró un mapa de flujo de la cadena de valor y se elaboraron propuestas.

Resultados

Tras el análisis de la información se obtuvieron por consenso 30 propuestas de mejora con responsables de liderar cada una. Dichas mejoras incluían en su mayor parte reorganización de tareas que estaban mal definidas, así como el establecimiento de protocolos de gestión de pacientes dependiendo del tipo de procedimiento a realizar. Determinadas mejoras se pudieron implantar antes de terminar el análisis, como fue la del almacén para la gestión del material de préstamo, pintando de colores diferentes las 2 zonas o evitar el retraso del inicio de la cirugía en el quirófano de Oftalmología con el transporte de determinados fármacos a través del celador de Farmacia. De la totalidad de medidas propuestas, el 30% se han puesto en marcha en menos de 15 días, y otro 30% se prevé que se haga en el periodo de 3 meses post-análisis.

Conclusiones

La mejora de los procesos complejos precisa de la aportación de todos los actores que de alguna manera tienen algo que decir. Es importante desvestir estos grupos de la exclusividad de los mandos intermedios.

La metodología Lean aplicada a bloque quirúrgico busca reducir los tiempos de espera del proceso total de atención al paciente. Si con los mismos recursos conseguimos disminuir el tiempo del proceso global, estaremos mejorando la eficiencia del proceso, reduciendo sus costes y mejorando la capacidad, ya que liberaremos antes los recursos para poder atender a otro paciente.

La necesidad de acometer con cierta rapidez parte de las propuestas de mejora, es clave para que el personal perciba la utilidad de la herramienta y por lo tanto se asegure el éxito de la misma.

PROCESO DE MEDICIÓN DE INDICADORES DEL LABORATORIO DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

AUTORES

MARINA GOMEZ CHINCHON¹; L PEÑA SANCHEZ²; B PEREZ FLORES³; B GARCIA CORRAL⁴; C PEREZ-JORGE PEREMARCH⁵; I GADEA GIRONÉS⁶.

CENTRO DE TRABAJO
FUNDACION JIMENEZ DIAZ

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Para la mejora continua del Laboratorio es imprescindible el análisis de indicadores de todas las fases del proceso, revisando en profundidad los datos mensuales y manteniendo informados a los centros, para analizar de forma conjunta las posibles medidas correctivas.

Objetivos

Medición de indicadores en la fase pre-analítica, analítica y post-analítica del Laboratorio de la Fundación Jiménez Díaz y su posterior análisis mensual.

Material y métodos

Fase pre-analítica:

- 1.º incidencias pre-analíticas: Los técnicos registran en hojas Excel las incidencias, que soluciona el administrativo o manda correo al centro para solventar la incidencia. Mensualmente analizamos estos datos y los colgamos en la página web de Atención Primaria, para que los centros vean su mejoría o empeoramiento y su comparativa con respecto al resto.
2. Días que las valijas no cumplen los rangos de temperatura establecidos en los centros cercanos (trayectos < 1 hora) y lejanos (trayectos > 1 hora). Las temperaturas de las valijas se descargan en tablas Excel que compartimos con cada Centro externo, para que solucionen los posibles desvíos de temperatura.
3. Muestras rechazadas en Recepción de muestras, separando el análisis por tipo de tubo e incidencia y realizando comparativas mensuales de estos datos.
4. Pacientes que esperan más de 15 minutos en la Sala de extracciones, estratificando por franjas horarias y días de la semana.
- 5.º análisis solicitados al mes, en función de la procedencia (centros públicos y privados).

Fase analítica:

6. Evaluación del control de calidad externo de todas las secciones, justificando los parámetros fuera de 2 IDS y las acciones correctivas tomadas.

Fase post-analítica:

- 7.º pruebas fuera plazo con respecto al tiempo de respuesta establecido en el Catálogo.

Resultados

1. El límite de alarma global de incidencias es de un 0.8%. Además, evaluamos cada uno de los centros y si superan el 2%, se analizan de forma pormenorizada los motivos y posibles acciones.
2. Los datos obtenidos en centros lejanos han bajado de un 30% a un 15% y en centros cercanos, de un 50 a un 35%, en los 3 últimos años.
3. La comparativa mensual de los datos no ofrece diferencias significativas.
4. En la franja horaria de 8-10h, especialmente los lunes, hay un aumento significativo de los tiempos de espera, por lo que se refuerza con 3 nuevos puestos de extracción.
5. El cálculo refleja un 77% de públicos frente a un 23% de privados, manteniéndose en el tiempo.
6. El indicador muestra un descenso en los 3 últimos años en todas las secciones del Laboratorio, excepto en Microbiología que se mantiene.
7. El límite de alarma global es de un 1% de resultados fuera de plazo. Además, evaluamos individualmente cada sección y si alguna supera el 5%, se analizan los motivos y se toman las acciones correctivas necesarias.

Conclusiones

El análisis de los indicadores de forma exhaustiva es una herramienta fundamental en la búsqueda de la excelencia en el Laboratorio, para poder objetivar los puntos críticos e implementar las acciones de mejora necesarias.

LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS INVESTIGADORES COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

AUTORES

Guillermo Alcalde-Bezhold¹; A Hernández-Gil²; M Rodríguez-Velasco³; MI Alfonso-Farnós⁴; I Urreta-Barallobre⁵; C Romeo-Casabona⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Comité de Ética de la Investigación, Organización Sanitaria Integrada Araba¹; CEIC de Euskadi. Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco²; CEIC de Euskadi. Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco³; CEIC de Euskadi. Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco⁴; CEIC de Euskadi. Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco⁵; CEIC de Euskadi. Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Los comités de ética de la investigación (CEI) tienen la responsabilidad de velar por la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los participantes en la investigación.

El CEI de Euskadi tiene implantado un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades de los diferentes agentes implicados en la investigación, especialmente participantes e investigadores.

La satisfacción del cliente radica en sus percepciones como consecuencia de la experiencia del servicio obtenido. El CEI trata de conseguir que el cliente quede satisfecho, tanto por la calidad del servicio prestado, como por las condiciones en las que se lleva a cabo, destacando aspectos como el trato personal o la agilidad en la resolución de incidencias.

Por otra parte, los CEI deben comprobar que los estudios evaluados cumplan los estándares científicos. Esta exigencia implica frecuentemente la solicitud de aclaraciones que no siempre se comparten por los investigadores, lo que puede redundar en una percepción negativa del comité.

Objetivos

Describir el cambio en la satisfacción de los investigadores cuyos proyectos son evaluados por el CEI, tras la implantación de acciones de mejora acordadas en la reunión del comité de calidad.

Material y métodos

Tras analizar los resultados de las encuestas de satisfacción dirigidas a los investigadores en 2017, se detectó que no se cumplían los objetivos planteados porque el porcentaje de satisfacción (respuestas bien, muy bien o excelente) fue del 69,7%, inferior al valor de referencia de ese indicador (>80%). Como consecuencia, se decidió adoptar varias medidas de mejora, tras cuya implantación en 2018, se midió nuevamente la satisfacción de los investigadores.

Resultados

Las acciones de mejora implantadas en 2018 fueron: otorgar estabilidad a los recursos humanos de la secretaría del comité; elaborar un folleto informativo dirigido a profesionales sanitarios para dar a conocer la actividad de los CEI y mejorar la percepción sobre los mismos; revisar la claridad y el estilo de la redacción de los informes de evaluación; establecer un procedimiento abreviado de evaluación de respuestas a aclaraciones menores; y puesta en marcha de un sistema para explicar por teléfono a investigadores/promotores las segundas aclaraciones a estudios. Una vez implantadas las acciones de mejoras, el porcentaje de satisfacción medido en 2018 aumentó al 82,1%.

Conclusiones

La satisfacción del cliente implica tanto sus percepciones como sus expectativas. Las encuestas de satisfacción pueden facilitar no sólo la medición de la satisfacción de los clientes, sino también recabar información sobre sus expectativas: cuáles de los atributos del servicio tiene mayor importancia para el cliente (plazo de evaluación, accesibilidad, capacidad de reacción ante imprevistos o la información proporcionada). La adopción de medidas destinadas a clarificar el funcionamiento del comité ha redundado en una mejora de la satisfacción de los investigadores.

NUEVOS ENFOQUES PARA UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN HABILIDADES QUIRÚRGICAS PARA CIRUJANOS

AUTORES

Franciso Jose Alvarez Diaz¹; MC Matthies²; S Diez³; J Carames⁴; M Calabozo⁵.

CENTRO DE TRABAJO

OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, Hospital Universitario Cruces

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Las especialidades quirúrgicas han usado los recursos de simulación y cirugía experimental para llevar a cabo sus tareas de formación de forma individualizada. Debido a la dispersión de esfuerzos y excesivo gasto, se establecieron unos criterios para la elaboración de un programa unificado basado en aprendizaje compartido, sinergia entre las especialidades, moderación del coste, y uso racional de instalaciones

Objetivos

Establecer un programa consensuado con niveles de habilidad quirúrgica graduales, crecientes y objetivables en complejidad, consolidando una estrategia de aprendizaje compartido

Material y métodos

Se siguieron las siguientes premisas:

- Planificación detallada con objetivos, actividades, escenarios, y niveles de complejidad,
- Disponibilidad de equipo docente multidisciplinar (9 servicios),
- Disponibilidad del equipamiento necesario, y
- Evaluación económica del programa.

El programa consta de diferentes fases en Simulación, niveles crecientes de complejidad (I, II y III) y una fase de Cirugía Experimental, desarrollándose durante el periodo de formación MIR. Se estableció un único escenario de aprendizaje común, compartido entre residentes y profesores de las diferentes especialidades, usando espacios adecuados: laboratorio de simulación y quirófano experimental.

Para el desarrollo de la fase de entrenamiento en los niveles de simulación, se consideró necesaria la adquisición de cajas de entrenamiento. El calendario se diseñó de forma que los profesores de una especialidad formarían tanto a los alumnos de su especialidad como a las de otras. Los criterios de evaluación se basaron en pruebas prácticas de aprendizaje mediante la resolución de ejercicios y el uso de escala de criterios bajo observación directa del profesor. Asimismo, se realizó una encuesta de valoración por parte de los alumnos de diferentes aspectos del programa (de 0 a 5)

Resultados

Las cajas de entrenamiento fue identificada como el punto débil en la planificación del programa debido a su alto coste. Para superar esta dificultad, se diseñó una caja con todos los aspectos técnicos requeridos por el equipo docente (modelo de baja definición).

El cumplimiento del programa se desarrolló de acuerdo a lo programado. Los resultados cualitativos de las encuestas al alumnado, demostraron una positiva evaluación general en sus diferentes aspectos: objetivos (4.9), equipo docente (4.9), utilidad (5.0), resultado global (4.9). Asimismo, los alumnos evaluaron positivamente la adquisición de conocimientos y habilidades de especialidades quirúrgicas diferentes a la suya

Conclusiones

El programa de formación mejoró la curva de aprendizaje en un entorno seguro, estableciendo un criterio común de la calidad en la cirugía. El aprendizaje en entornos simulados con baja y alta definición, fue fundamental para la adquisición y el mantenimiento de las habilidades. Aun con una evaluación económica desfavorable, el desarrollo de un modelo alternativo de caja de bajo coste, apporto viabilidad al proyecto

MODELOS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN, ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

AUTORES

YOLANDA LAY HERRERA¹; D SANCHEZ IZQUIERDO²; M SANCHO GOMEZ³; M ARJONA ABELAIRA⁴; JA DURO PEREZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

DAP¹; Bellvitge²; DAP³; Bellvitge⁴; Bellvitge⁵.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

El reconocimiento de los profesionales es uno de los comportamientos directivos asociados al liderazgo. En la última encuesta de clima (2016) los profesionales demandaron que la empresa implementase medidas para mejorarlo, además, la acreditación en calidad requiere disponer de un plan que dé respuesta a esta premisa.

Objetivos

Diseñar un modelo de reconocimiento a los profesionales Elaborar un cuaderno de mando con indicadores sobre acciones de reconocimiento Implicar a profesionales en la definición de acciones de reconocimiento e indicadores Impregnar la organización de la cultura del reconocimiento

Material y métodos

Para conseguir los objetivos se llevó a cabo una metodología participativa Se creó una comisión integrada por 14 profesionales dinamizada por el Área de Gestión del Talento. Se elaboró un cuestionario respondido de forma anónima con tres preguntas ¿En qué aspecto quieres ser reconocido? ¿Cómo quieres ser reconocido? y ¿Por quién quieres ser reconocido? Los miembros de la comisión fueron los promotores y responsables de distribuirlo entre sus compañeros. El cuestionario se publicó en la intranet con el objetivo de obtener el mayor número de respuestas. El grupo de trabajo clasificó y estructuró la información obtenida y elaboró una propuesta de cuaderno de mando anual La propuesta fue validada y aprobada por el comité de dirección Se hizo difusión de los resultados y del documento elaborado Se planificó reunión anual para seguimiento de la implementación y cerrar el ciclo de mejora continua

Resultados

Elevada participación, 134 profesionales respondieron el cuestionario Los profesionales quieren ser reconocidos en aspectos como el trabajo diario, compromiso hacia la organización, dedicación, competencia, iniciativa y colaboración, esfuerzo diario, responsabilidad, consecución de resultados y en cumplir los altos estándares de calidad. ¿Cómo quieren ser reconocidos? Con mayor autonomía en el desempeño de sus funciones, con un plan de carrera y desarrollo profesional, implantando políticas de igualdad, recibiendo un trato justo e igualitario, participando en comisiones y grupos de trabajo, con transparencia en la comunicación organizativa, recibiendo un agradecimiento, con flexibilidad, y recibiendo feedback por parte de sus directores. Quieren recibir este reconocimiento a través del equipo directivo, de la población, los usuarios y los compañeros. De las propuestas de los profesionales, se ha elaborado el cuaderno de mando con 20 acciones con indicadores cuantitativos y cualitativos

Conclusiones

El Plan de Reconocimiento nos ha permitido conocer la percepción y opinión de los profesionales en relación al reconocimiento y de esta manera dar respuesta a sus demandas y a la Acreditación en calidad La implicación de los profesionales en el proyecto ha facilitado su implementación. La comunicación y difusión de los resultados obtenidos ha conseguido impregnar la cultura de reconocimiento entre los profesionales y organización, hecho difícilmente medible de forma objetiva.

EVOLUCIÓN ECONÓMICA 2014-2018. NUEVO EQUIPO, NUEVA VISIÓN

AUTORES

MARIA PILAR RUIZ JARA¹; AN AGUILAR ARMERO, ANA ISABEL²; TE GÓMEZ GUILLERMO, MARIA TERESA³.

CENTRO DE TRABAJO

AREA VI SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

La facturación a terceros obligados al pago por las asistencias sanitarias prestadas por los Servicios de Salud públicos es la fuente principal de autofinanciación, resulta por ello imprescindible la correcta identificación y gestión de las asistencias facturables a fin de obtener los ingresos que legalmente les son propios de acuerdo a la normativa vigente en nuestro país.

El servicio de Facturación a Terceros del Area VI del Servicio Murciano de Salud consta de cuatro administrativos y una Jefatura de Sección. Con motivo de la renovación del puesto de Jefatura en junio 2014 y de dos administrativos en febrero y marzo de 2015 se vienen planteando áreas de mejora tanto para la gestión como para la capacitación y desarrollo del equipo que repercutan directamente en la seguridad y confianza en el trabajo desempeñado, así como en consecuencia en la partida de ingresos.

Objetivos

PRINCIPAL:

- Mejorar los resultados económicos del Servicio de Facturación a terceros del Area VI del Servicio Murciano de Salud (SMS)

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Mejorar la comunicación entre los usuarios y terceros obligados al pago con el Servicio de Facturación a Terceros del Area VI del SMS.
- Mejorar la comunicación entre el resto de Servicios del Area VI y el Servicio de Facturación a Terceros.
- Dominio por todos los miembros del equipo del Servicio de Facturación a Terceros de todos los procesos facturables y su gestión.

Material y métodos

Se tomaron inicialmente como puntos de mejora: la modificación de los formularios de toma de datos necesarios para la facturación de la asistencia sanitaria facturable según su financiación; la incorporación del correo electrónico en todos los formularios, como suma a los medios de comunicación entre los asistidos y los terceros obligados con el Servicio de Facturación a Terceros del Area VI; y por último, la rotación entre los distintos miembros del Equipo de Trabajo, en la gestión de las distintas financiaciones facturables .

Resultados

Los resultados obtenidos con estas mejoras ha sido altamente positivo, destacando un incremento en la recaudación del 22% en el que pasamos de 1.433.045€ a 1.758.606€, alcanzando los casi 1.800.000€ en 2017, y más sobresaliente aún en facturación europea, donde hemos alcanzado un incremento del 70% pasando de 606.839€ a 1.034.926€. En el resto de facturación la repercusión ha supuesto un incremento de 45%.

Conclusiones

Podemos determinar que la revisión, actualización y adaptación de las formas de trabajo, a la vez que facilitar las vías de comunicación tanto externa como internamente, ha supuesto directa y positivamente una mejora notable en los ingresos del Área VI del Servicio Murciano de Salud, como fuente principal de financiación, así como un equipo de trabajo integral y compacto.

UN PLAN ESTRATÉGICO CON RESULTADOS

AUTORES

MADDI ZUBIZARRETA LABAKA¹; J RETEGI ORMAZBAL².

CENTRO DE TRABAJO

OSI DONOSTIALDEA- OSAKIDETZA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

Más del 90% de los Planes Estratégicos no son implementadas exitosamente. Es más, en la mayoría de los casos, se estima que en el 70% de esos casos el problema real no ha sido una mala estrategia, sino una mala ejecución. Por eso, el Plan Estratégico de la OSI Donostialdea 2015-2019 tiene un Plan Estratégico enfocado a resultados que sigue la metodología de Dirección de Proyectos y es un Plan Estratégico eficaz y que se ha cumplido en su mayoría. La elección de esta metodología de Dirección Proyectos se da en el momento de la integración de Atención Primaria y el Hospital fruto de la 'Estrategia de integración de organizaciones sanitarias' de Osakidetza (Ente Público de derecho privado adscrito al Departamento de Salud cuya finalidad es desempeñar la provisión de servicios sanitarios). De esta manera, todo Osakidetza se agrupa por 22 Organización Sanitaria Integrada que consisten en estructuras orgánicas unificadas en las que se integran la atención primaria y la atención hospitalaria. La Organización Sanitaria Integrada Donostialdea integra 31 centros que formaban parte de la Comarca Gipuzkoa de Atención Primaria y el Hospital Universitario Donostia y, en la actualidad, su actividad, equipo humano y presupuesto constituyen aproximadamente el 20% de Osakidetza. Recientemente ha conseguido el Premio Vasco Gestión Avanzada además de la A de oro a la gestión avanzada. La OSI Donsotialdea diseñó en 2015 un Plan Estratégico de 10 programas, 49 proyectos, 149 planes que cierra este año y para medir su eficiencia se evalúa cuantitativamente y cualitativamente. capaces de adaptarse a estos cambios corren el riesgo de perder cuota de negocio, llegando incluso a desaparecer.

Objetivos

- Enfocado a proyectos, evolucionar a metodologías innovadoras en el ámbito de la salud y en organizaciones públicas
- Hacer del PE una herramienta útil y efectiva de gobierno y dirección estratégica de la Universidad.
- Dotar al PE de flexibilidad para adaptarse a una coyuntura cambiante.
- Conseguir que el proceso de seguimiento del Plan Estratégico sea eficaz y sirva de guía para el control adecuado del rumbo de la organización.
- Implicar las unidades/servicios y a profesionales en la consecución de los objetivos del PE y dotarles de autonomía para toma de decisiones
- Mejora Continua (gracias al apartado de Lecciones Aprendidas)

Material y métodos

- Metodologías Dirección de Proyectos (fichas de programas, proyectos, planes) y Agile (scrum trello)
- Bikain para la supervisión de indicadores- evaluación cuantitativa
- Microsoft office

Resultados

- Resultado Cuantitativo: 87% de cumplimentación del Plan Estratégico, donde hay programas que se han cumplido al 100%
- Resultado Cualitativo: pendiente de finalizar (el definitivo estará para mediados de julio)
- Premios

Conclusiones

La metodología de Dirección de Proyectos queda confirmada como metodología marco de nuestra gestión estratégica
Evolución a metodologías Agile
Lecciones aprendidas cualitativas
Aumenta la Toma de decisiones profesionales y aumenta la redarquía

LA TRANSFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA TRADICIONAL EN CONSULTAS HACIA UN “NUEVO MODELO” ASISTENCIAL

AUTORES

ELENA ALTARRIBAS BOLSA¹; I BARRASA VILLAR²; MP FUSTER DIESTE³; P IBAÑEZ TENAS⁴; A GUIJARRO CASADO⁵; M CHARLO BERNARDOS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Modelos y herramientas de gestión, acreditación, certificación y evaluación

RESUMEN

Justificación

En el Hospital Clínico Universitario se realizan anualmente unas 450.000 consultas médicas, muchas de ellas con apoyo enfermero en tareas de menor cualificación. En 2015, el hospital no disponía de sistemas de información para la gestión de la actividad, prestaciones y cuidados que realizaban las enfermeras de Atención Ambulatoria. Los cambios sociales y políticos han creado un aumento en la demanda de atención médica que permite el surgimiento de diversos perfiles profesionales bajo el término Enfermera de Práctica Clínica Avanzada (APN). La APN es una enfermera que ha adquirido una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones y competencias clínicas para una práctica extendida. En España, debido al proceso de Bolonia y los cambios dentro de la universidad, como la formación de posgrado, estos perfiles han comenzado a emerger y tienen un impacto positivo en las instituciones, los profesionales de enfermería, los pacientes y las familias (Beortegui et al (2012). Según Martín et al (2015), algunas pruebas indican que los profesionales de enfermería en funciones complementarias de atención ambulatoria especializada mejoran los resultados de los pacientes. Sin embargo, existe una gran asimetría, entre la formación y puesto de trabajo, con la práctica asistencial enfermera de los hospitales. Por estas razones, en 2015, el Equipo de Dirección apostó por la estrategia de liderar la transformación de la actividad enfermera tradicional en consultas de práctica enfermera hacia un “nuevo modelo” de servicios, competencias y roles.

Objetivos

Implantar y evaluar los resultados de las Consultas de Enfermería en Atención Especializada

Material y métodos

1) Identificación de áreas clínicas y tipo de consultas a implantar; 2) Diseño de los componentes mínimos de cada consulta: Agendas integradas en HIS, Asignación de Cartera de Servicios, Definición de Prestaciones básicas, Espacio físico específico y equipamiento apropiado y Registro del proceso en Historia Clínica; 3) Despliegue de una estrategia de implementación; 4) Evaluación de resultados; 5) Gestión del conocimiento generado (investigación).

Resultados

Indicadores de medida:

- 1) N° de consultas implantadas en 2015/18= 58;
- 2) N° de áreas clínicas (servicios) cubiertas 25/34=73,5%;
- 3) N° de pacientes atendidos totales/año 2018 =51.451;
- 4) N° de pacientes en consultas de seguimiento y cuidados año 2018 =49.728;
- 5) N° de pacientes en consultas de técnicas y procedimientos año 2018 =1.723;
- 6) Proyectos de investigación generados= 3.

Conclusiones

Logros alcanzados: a) “Visibilizar” sistemáticamente la actividad de enfermería con el paciente ambulatorio (actividad, prestaciones); b) Desarrollar el trabajo enfermero a su máximo nivel de cualificación; c) Potenciar el conocimiento y aprendizaje continuo; d) Difundir y alinear la actividad de enfermería con los objetivos del hospital; e) Mejorar el trabajo en equipo y la coordinación entre las unidades y Atención Primaria y, f) Satisfacción Profesional.

EN LA NUBE, NUESTRA FORMACIÓN SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES

AUTORES

SERGIO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ¹; AM GARCÍA HELLÍN²; F MERINO TORRES³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

La utilización de las nuevas tecnologías, pueden facilitar y mejorar nuestro buen hacer diario. Disponer de un “archivador” con toda la información necesaria, organizado por Servicios, especialidades... es una herramienta que aporta Seguridad a nuestros procesos y, por tanto, a nuestros pacientes.

La “NUBE”, es una aplicación utilizada como herramienta de comunicación, de consulta e información que permite el desarrollo personal y profesional de todos los trabajadores.

La “NUBE”, disponiendo de las claves o autorizaciones necesarias, facilita a los profesionales, el acceso a la información las 24 horas del día, los 365 días del año, desde cualquier dispositivo que tenga conexión a internet.

En la “NUBE” podemos colgar toda información que consideremos importante y necesaria para el mejor funcionamiento de los Servicios incluidos en el mismo.

La “NUBE”, en constante transformación, debe ser alimentada por profesionales específicos y cualificados que, convenientemente motivados, se encargan de su actualización casi permanente....

Objetivos

- Promover el contacto y comunicación permanente con todos los profesionales
- Ayudar y orientar a los profesionales a desarrollar su trabajo diario, facilitando guías, técnicas, protocolos y planillas.
- Disponer de un “archivo virtual” en el cual está centralizada toda la información del Servicio, facilitando así su búsqueda.
- Aumentar la Seguridad de Paciente, si se conoce el procedimiento, la técnica y los materiales necesarios aumentamos la seguridad a la hora de trabajar.
- Aumentar la formación de nuestros profesionales, facilitando desde el mismo las opciones formativas actualizadas.

Material y métodos

- Formación del personal sobre manejo de la ‘NUBE’, información de contenidos y forma de uso. Sesiones presenciales de una hora en las que se actualizan los teléfonos y se descarga la aplicación ‘google drive’.
- Se facilitan usuario y claves de acceso (sólo para acceder no para modificar).
- Adaptación de todos los registros a formato, para poder colgarlos en el drive

Resultados

Satisfacción destacada de los usuarios, mediante la evaluación de encuestas de satisfacción online, que son realizadas por todos los profesionales que tengan acceso a la ‘NUBE’.

Conclusiones

- ‘La nube’ que hemos desarrollado nos aporta, en tiempo real, toda la información, como si de un archivador se tratara.
- Permite mejorar la asistencia y la seguridad del paciente, en la medida en que facilita la organización del trabajo y la preparación previa del mismo por parte de todo el personal, mediante las guías elaboradas por el personal de Enfermería.
- Es un avance para todo el personal, ya que no se limita a introducir técnicas y procedimientos, sino toda la documentación que es imprescindible conocer a tiempo real.
- Facilita el trabajo en el servicio. No sólo promueve el contacto y la comunicación permanente entre los profesionales que trabajan sino que también aporta nuevos enfoques en la comunicación de todo el equipo multidisciplinar del servicio.

ESTRUCTURA HOSPITALARIA Y GESTIÓN COMPARTIDA DEL TIEMPO Y EL ESPACIO EN LA ATENCIÓN “OUT-DOOR” AL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES

Emilio Moreno-Millán¹; JM García-Torrecillas²; S Ferra-Murcia³; M Cid-Cumplido⁴; J Villegas-Del Ojo⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Universidad de Almería, Equipo de Investigación EAJ-144, Economía Aplicada¹; CH Torrecárdenas, Almería²; CH Torrecárdenas, Almería³; Hospital Virgen del Rocío, Sevilla⁴; Hospital de Jerez, Jerez⁵.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

El retraso en iniciar y aplicar cuidados intensivos a pacientes críticos (PC) -especialmente a los que acceden por Urgencias, pero también a los ya ingresados- conlleva más morbimortalidad, necesidad y horas de VM, empleo de recursos, estancias en la UMI y en el hospital, y costes. En España existe una oferta insuficiente (3-4% de las camas hospitalarias) mientras aumenta progresivamente su multifactorial demanda. La demora por este desequilibrio obliga a una exquisita gestión del tiempo en el acceso del PC y a una correcta planificación y programación del espacio (altas) de las UMI.

Objetivos

Pretendemos conocer la opinión de los profesionales (UMI) y la situación arquitectónica de nuestros centros en su oferta al PC, tanto dentro como fuera de la Unidad, para configurar un proyecto de cogestión y atención “out-door” al PC, según la estructura asistencial del hospital.

Material y métodos

Encuesta autoadministrada (35 ítems) -enviada a médicos de Medicina Intensiva- para evaluar la estructura de atención al PC (capacidad UMI, ocupación, tipo hospital, cuidados intermedios), gestión del PC (tiempo inicial asistencial y por quién, existencia de protocolos, limitaciones técnicas, mantenimiento sin camas de UMI), y actitud (intención cogestora “out-door”, equipos de reconocimiento de PC y precríticos). Estudio descriptivo y análisis cruzado mediante tablas de contingencia, para evaluación en función de edad, sexo y antigüedad del profesional, nivel hospitalario, estancia media y existencia de cuidados intermedios. Contrastes establecidos para nivel de significación $p < 0,05$. Fue concedido al proyecto Aval Científico de SEMICYUC.

Resultados

830 respuestas, 29,9% de hospitales nivel III, 55,7% con box de críticos en Urgencias, 33,5% UMI con 8-16 camas, 59,9% presentan estancia media 5-7 días, 44,3% ocupación $>80\%$ y 17,4% sin disponibilidad habitual, 79,0% no tienen equipo de intervención rápida, 77,8% no hay cuidados intermedios, existe protocolo de llamada a UMI en 55,7%, en 65,3% la respuesta se produce en < 5 minutos, 50,9% ingresa en UMI < 15 minutos y 35,9% entre 15-60, siendo en 67,1% el box y en 23,4% Observación el área de atención intensiva al PC.

Conclusiones

Los hospitales españoles cuentan con escasa oferta de atención intensiva e intermedia, muy alta ocupación en UMI y todavía escasas posibilidades para la coparticipación de otros profesionales en la gestión del PC, tanto en Urgencias como con equipos de detección rápida en el hospital. En dos tercios de los casos afirman que la respuesta para la atención intensiva se produce en tiempos adecuados, y en la mitad se accede a UMI antes de una hora, pero los PC que se atienden en Urgencias lo hacen en áreas no correctas (box de ingreso u Observación). Creemos que la coordinación y la comunicación son herramientas indispensables en la innovación de la gestión hospitalaria para la atención al PC, mejorando así su seguridad y la calidad asistencial.

APLICABILIDAD DEL DISEÑO 3D Y LOS INSTRUMENTALES PERSONALIZADOS EN LA CIRUGÍA DE REVISIÓN PROTÉSICA DE RODILLA

AUTORES

VICENTE JESÚS LEÓN MUÑOZ¹; M LÓPEZ LÓPEZ².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA¹;
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN. SERVICIO MURCIANO DE SALUD.².

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

La cirugía de recambio de prótesis de rodilla (PTR) puede ser de extrema dificultad, es muy dependiente de la experiencia y habilidad del cirujano y es cada vez más frecuente. Obtener un resultado satisfactorio (mejorar la calidad de vida del paciente) exige una colocación precisa del implante. Es complejo conseguir dicha precisión con instrumentales estándar.

Objetivos

Presentar una innovadora aplicación del diseño de cirugía sobre modelos virtuales en 3D. Hemos desarrollado la aplicabilidad de las guías de corte personalizadas (GCP) a la cirugía de revisión protésica de rodilla, encajando el instrumental personalizado sobre la prótesis in situ, permitiendo que puedan utilizarse como posicionadores de pernos para las guías de corte convencionales metálicas.

Material y métodos

A partir de un estudio por tomografía computerizada de la rodilla, cadera y tobillo del paciente y mediante un software específico se obtienen modelos 3D virtuales de la rodilla. Dicho software se utiliza para determinar el tamaño adecuado del implante y el posicionamiento óptimo de la prótesis para cada paciente de forma individual. Mediante programas CAD se diseñan las GCP que se ajustan al perfil externo de la prótesis in situ. Los cálculos se realizan para minimizar la pérdida ósea durante la revisión, planificando resecciones 1 mm por debajo de las preexistentes y perpendiculares a los ejes mecánicos en planos coronal y sagital. La adaptabilidad del sistema a codos en 360° entre los componentes y los vástagos de extensión permiten un amplio abanico de posibilidades para estimar la posición óptima del implante. Durante la intervención se constata que cada paso se ajusta a lo planificado, pero no se realizan mediciones ni se improvisan decisiones, si el desarrollo sigue estrictamente lo planificado. No hemos tenido que abortar la técnica en ninguno de los casos.

Resultados

Los resultados clínicos de los primeros casos han sido muy satisfactorios. Los pacientes han mejorado significativamente del dolor, no han presentado complicaciones postoperatorias y el balance articular ha sido satisfactorio. Una evolución más larga en el tiempo será necesaria para una evaluación adecuada de la calidad de vida relacionada con la salud, ya que los primeros casos presentan un seguimiento inferior a un año. Radiológicamente hemos obtenido el resultado planificado.

Conclusiones

En nuestra experiencia (primera que nos consta en ser comunicada) el uso de GCP que encajan sobre el perfil externo de la prótesis primaria a retirar in situ, combinadas con una planificación preoperatoria en 3D, puede facilitar la ejecución de la cirugía de revisión de la rodilla y mejorar su precisión, por lo que puede reducir la 'agresión quirúrgica'. Aún es necesario un mayor desarrollo tecnológico (nano-acelerómetros, giroscopios y micro-cámaras de infra-rojos) para el correcto manejo del equilibrio ligamentario que optimice la cinemática y estabilidad de la prótesis recambiada.

CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE TERAPIA CAR-T EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID

AUTORES

María Liz Paciello Coronel¹; E Güemes Arce²; B Andrades Velazquez³; J Martínez López.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital 12 de Octubre¹; Hospital 12 de Octubre²; Hospital 12 de Octubre³; Hospital 12 de Octubre.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

El tratamiento con linfocitos CAR-T es una terapia personalizada, basada en la reprogramación de los linfocitos T mediante un transgen codificante de un receptor de antígeno quimérico para identificar y eliminar las células diana. Ha demostrado un beneficio sustancial en los EC con pacientes con LBDCG o LLA B refractarias o en recaída. Constituyen un desafío logístico como administrativo, dado que su administración solo se limita a ciertos centros certificados por fabricantes y autoridades gubernamentales.

Objetivos

El objeto de este estudio es describir nuestra experiencia institucional en el desarrollo de un programa de células CAR T.

Material y métodos

Etapas de la creación de un programa CAR-T. 1. Creación del comité de terapias avanzadas, con infraestructura administrativa efectiva para facilitar la derivación, selección y evaluación del paciente. 2. Creación de la consulta de valoración del paciente. Verificar carga tumoral de la enfermedad, y valoración de idoneidad para el tratamiento. Se creó la figura de enfermera gestora. 3. Recolección, procesamiento, envío y recepción. Recolecciones exitosas en 100% de los pacientes. Procesamiento que garantiza trazabilidad y potencia. Envío y recepción a la institución de origen. Para garantizar la cadena de identidad se adaptó la base de gestión de terapia celular e-Delphyn. El fabricante realizó una inspección para cualificar al centro. 4. Terapia puente. Linfodeplección previa para mejorar la función e injerto de las células T CAR. 5. Infusión de células. Se desarrollaron procedimientos de verificación de administración. Procedimiento conjunto con farmacia que permite rastrear y registrar los productos administrados. Se generó un consentimiento informado. 6. Manejo de las complicaciones post-infusión. Procedimientos conjuntos con UCI, neurología, oftalmología, farmacia e infecciosas con formación y capacitación. Se realizó una estimación anticipada de pacientes, tasas de derivación, duración media de la estancia hospitalaria, tasas de recaída y complicaciones. 7. Seguimiento inmediato del paciente dentro del primer mes del alta. Se desarrolló la monitorización del CAR-T en SP por CMF y PCR. 8. Seguimiento a mediano y largo plazo. Basado en la enfermedad de base. Se establecieron las muestras que se almacenan para el biobanco. Seguimiento hasta 15 años después de la administración.

Resultados

Con los 8 pasos realizados, se creó la unidad de terapia CAR-T que recibió la cualificación del fabricante para administrar estas terapias.

Conclusiones

Las células CAR T son un nuevo paradigma de tratamiento para tumores malignos previamente intratables. Iniciar un programa de terapia CAR supone desafíos tanto clínicos como administrativos y en la próxima década se tendrá un conocimiento significativo del uso óptimo y el manejo de esta terapéutica. A pesar de las importantes barreras regulatorias y administrativas, no se debe perder de vista el tremendo beneficio que las células CAR T pueden brindar a nuestros pacientes.

FORMACIÓN DE NUEVOS PROFESIONALES A TRAVÉS DE VIDEOTUTORIALES: LAS PALABRAS CONMUEVEN PERO EL EJEMPLO ARRASTRA

AUTORES

Juan Luis Deza Carrillo¹; U Saez de Maturana Fernández²; KJ Luzurraga Bilbao³; P Gonzalez Escola⁴; I Morales Ochoa de Alda⁵; R Sánchez Bernal⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Red de Salud Mental de Álava

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

Debido a la incorporación periódica de nuevos profesionales a la Unidad de Gestión Sanitaria de la Red de Salud Mental de Álava, sin conocimiento de las aplicaciones informáticas de Osakidetza, se detectó la necesidad de crear una metodología de formación novedosa que fuese útil, sencilla y visualmente interesante.

Se consideró que en el Siglo XXI, había que avanzar desde los viejos métodos heredados de nuestros antepasados, basados en la escritura en material de fina lámina hecha con pasta de fibras vegetales u otros materiales molidos y mezclados con agua, secados y endurecidos después, hacia una forma de transmitir conocimiento de forma visual a través de la técnica de la captura de pantalla o "screencast".

Objetivos

1. Generar una ayuda en las tareas a realizar a los nuevos profesionales
2. Utilizar un método ágil, visualmente atractivo y útil
3. Disponer de ejemplos prácticos de cada tarea y/o actividad que han de realizar los trabajadores
4. Validar la iniciativa y conocer la satisfacción de los profesionales

Material y métodos

Se utilizó la Aplicación SMRecorder, gratuita, que permite realizar videos de los movimientos que se realizan en pantalla, permitiendo voz y narración de quien lo realiza, con capacidad de capturar y grabar audio y vídeo desde una cámara web, muy fácil de usar y configurar, usa interfaces de usuario multi-lenguaje, registra el movimiento y sonido/voz Micro del escritorio en formato AVI para su presentación / demo/ tutorial o simplemente para compartir, es capaz de sincronización de vídeo y audio grabado, soporta comentarios en la pantalla, graba cualquier sonido del PC o Micro en MP3, y muy importante, es gratuito.

Resultados

Se han realizado un total de 17 video tutoriales desde el mes de Agosto de 2018 hasta la actualidad, que son los siguientes:

1. Cita de Podología
2. Citación de Pruebas Complementarias
3. Citas Programa de Steps de Trastornos de la Personalidad
4. Conceptos básicos de E-Osabide
5. Dar citas para el programa de residencias (PAPER).
6. Impresoras de E-Osabide
7. Imprimir etiquetas, altas y traslados
8. Ingresos involuntarios
9. Ingresos voluntarios
10. Liberar camas
11. Solicitar ambulancia
12. Subir electrocardiogramas a Osabide Global
13. Dar de altas a Residencias
14. Como comprobar si una persona ha tenido contacto con la organización
15. Gestión de Altas
16. Libro de registro de documentos
17. Funcionamiento de una centralista de telefonos

2. El 100% de los profesionales de la UGS está satisfecho.

El plan de futuro es generar un número suficiente de videotutoriales para que un profesional pueda solventar cualquier duda en cualquier momento.

Conclusiones

La idea es novedosa, ha cumplido los objetivos establecidos, y es extrapolable al resto de las Redes de Salud Mental y al conjunto de las organizaciones de Osakidetza, de hecho ya lo han copiado algunas, y formarán parte de una red similar con funcionamiento similar a Youtube para poder buscar por la palabra que se indique y visionar el documental elegido.

EQUIPOS DE MEJORA EN URGENCIAS INFANTILES. UN COMPROMISO CON LA CALIDAD

AUTORES

DOLORES BETETA FERNÁNDEZ¹; C PÉREZ CANOVAS²; S MORALO GARCÍA³.

CENTRO DE TRABAJO

URGENCIAS PEDIÁTRICAS. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

La apertura de unas nuevas instalaciones de Urgencias de Pediatría (UP) brinda numerosas oportunidades de mejora en todos los ámbitos de urgencias.

Partiendo de esta premisa se decide la implantación de un Programa de Gestión de la Calidad (PGC) para avanzar en la efectividad, eficiencia y satisfacción de todos los protagonistas de la asistencia. Siendo el objetivo último, la mejora continua de la calidad en un proceso hacia la excelencia.

Objetivos

Detectar y analizar problemas en UP.

Implantar medidas correctoras.

Evaluar las mejoras conseguidas.

Crear equipos multidisciplinares de trabajo que permitan implantar un PGC.

Material y métodos

En junio de 2017 tras la apertura de las nuevas urgencias infantiles se crea una Comisión de Calidad constituida por 2 FEA pediatría y una enfermera master en gestión de calidad quienes diseñan el programa. Posteriormente se realizan reuniones periódicas con el personal de UP donde se planifican la implantación del PGC. En todas las reuniones se elaboran actas.

Se crean 5 equipos de mejora propiamente dichos (triage, atención inmediata, reconocimientos, técnicas y SOU) y 4 equipos de mejora transversales (calidad, dolor, clima laboral y formación continuada). Todos los equipos son multidisciplinares (pediatras, enfermeros y auxiliares). Como líneas de trabajo planteadas por los diferentes equipos destacan: Mejorar la formación del personal de UP, aumentar la seguridad del paciente en el proceso de urgencias, normalizar la práctica asistencial, estandarizar técnicas de enfermería, conseguir unas UP sin dolor, crear un buen clima laboral.

Resultados

El proyecto tiene una gran aceptación, se inscribe un 74% (31:42) del personal.

Los equipos son multidisciplinares formados por 4-8 profesionales.

Acciones de mejora implantadas, destacan: creación de un Itinerario Formativo de 2 años con 3 niveles de complejidad y 9 cursos, monitorización de indicadores, puesta en marcha de ciclos de mejora, implantación de checklist de transferencia en politrauma, uso de diluciones estandar.

Mejoras conseguidas hasta el momento: disminución de la tasa de hemocultivos contaminados, trazabilidad del paciente en el proceso de UP, distribución de roles y localización del personal en todos los turnos, estandarización de la terapia inhalatoria, aumento de la satisfacción de los profesionales, establecimiento de circuitos.

Conclusiones

La implantación de un PGC nos ha permitido detectar y analizar problemas en UP, estableciendo medidas correctoras y evaluando periódicamente los resultados. Cualquier PGC debe adaptarse al servicio donde se implanta, siendo imprescindible la participación de todo el personal implicado en el proceso.

METODOLOGÍAS ITIL Y PMP EN LA GESTIÓN DE RIESGOS DE UN PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES

TEODORO JOSE MARTINEZ ARAN¹; IS ROBLES GARCIA²; L RENTERO REDONDO³; JA LOPEZ GARCIA⁴; J MATEO CARMONA⁵; J SANCHEZ SANCHEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

La implantación de software en centros sanitarios conlleva riesgos específicos por la transición entre los antiguos procesos a retirar y los nuevos a implantar. Las metodologías genéricas de gestión de proyectos incorporan procesos específicos para la gestión del riesgo. El PMI-PMP describe herramientas para planificar, identificar, analizar cualitativa y cuantitativamente, planificar la respuesta, implementar la respuesta y supervisar los riesgos del proyecto. ITIL v3 dispone de un paquete de procesos específico para la transición de los servicios. Ambas metodologías han sido diseñadas para ámbitos no sanitarios, con experiencia de uso limitada en nuestro medio.

En Junio de 2018 se decidió implantar un sistema de prescripción electrónica en nuestro hospital comarcal. El sistema había producido incidencias durante la implantación en otros hospitales del sistema autonómico de salud, por lo que se optó por una gestión de riesgos específica para el proyecto de implantación.

Objetivos

Realizar una gestión integral de los riesgos de la implantación de un sistema de prescripción electrónica (planificación, identificación, análisis, plan de respuesta a riesgos, supervisión y respuesta), utilizando una adaptación de las herramientas, técnicas y procesos de gestión de riesgos de ITIL y PMP para el ámbito sanitario.

Material y métodos

Se adaptaron los procesos del PMP (PMBOK 6.0) de planificación, identificación, análisis cualitativo, planificación de respuesta a riesgos, implementación de la respuesta y supervisar los riesgos del proyecto, completándolo con elementos de ITIL-Transition (V3).

Se diseñó una estructura de gestión de riesgos específica de implantación de software sanitario, y se elaboró el plan de gestión de riesgos y los planes de contingencia necesarios.

Se empoderó al gestor de riesgos para controlar el ritmo de implantación, y se subordinó el ritmo de implantación a dicha gestión, con apoyo de las direcciones asistenciales.

Resultados

Se obtuvieron los siguientes productos derivados de la gestión de riesgos de este proyecto:

- Planificación: Estructura de desglose de riesgos (EDR) de implantación de software sanitario reutilizable en nuevos proyectos
- Identificación: Identificación y análisis cualitativo de riesgos del proyecto
- Plan de respuesta a riesgos: Plan de contingencia ante caída de sistema de prescripción electrónica
- Supervisión: Informes semanales de supervisión y gestión de riesgos, alineados con la EDR diseñada
- Resultados en la organización: Proyecto completado acorde a plan de proyecto en alcance, tiempo y coste
- Resultados en pacientes: Incidentes de seguridad graves (con o sin daño): 0

Conclusiones

Las herramientas y procesos de gestión de riesgos de PMP e ITIL son efectivas para gestionar el impacto de los riesgos en proyectos de implantación de software en instituciones sanitarias. Las metodologías genéricas de gestión de proyectos deben adaptarse en proyectos sanitarios. Sería deseable una extensión específica del PMP, como la existente para la construcción.

CONCURSO DE TRASLADOS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SERVICIO RIOJANO DE SALUD (SERIS)

AUTORES

Carmen Díez Grenabuena¹; E Fernandez Argiz²; N Marauri Corcuera³.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio Riojano de Salud, Atención Primaria¹; Atención Primaria²; Atención Primaria³.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

Facilitar la incorporación de las enfermeras que obtuvieron plaza definitiva por concurso de traslados en Atención Primaria de La Rioja a sus nuevos puestos de trabajo, fomentar el conocimiento del nuevo entorno laboral.

Reducción del estrés por el cambio.

Asegurar unos conocimientos mínimos en el nuevo entorno laboral:

- Conocimiento de la plataforma informática Selene AP
- Conocimiento de los dispositivos del entorno.
- Conocimiento del territorio y del medio
- Conocimiento de las competencias.
- Conocimiento del trabajo en equipo.
- Conocimiento de la estructura orgánica.

Objetivos

Asegurar la eficiencia desde el primer minuto respecto a la organización en los nuevos destinos, evitando en la medida de lo posible todos los problemas que ocasionan los traslados masivos. Por este motivo abordamos todos aquellos aspectos relacionados con el conocimiento de las funciones y el rol de la enfermería en Atención Primaria, enfermeras comunitarias, con una demarcación territorial delimitada en 20 ZBS y con destinos tanto en Centros de Salud urbanos y rurales como en Consultorios rurales dependientes de un Centro de Salud, además se abordaron todos los aspectos relacionados con el conocimiento y uso de los programas informáticos y de la HCE, programas relacionados con la cronicidad y con el gestor de pacientes, Carteras de Servicios y por supuesto manejo del entorno territorial y de la relación con todos los servicios interrelacionados.

Material y métodos

Desarrollamos un cronograma de 3 días consecutivos en horario laboral, de carácter obligatorio.

Se explicó a todos los Responsables el proyecto.

Se solicitó la colaboración de todos los Centros de Salud, se notificó el número de profesionales que se incorporaban en los diferentes equipos de enfermería y se les pidió a los Responsables de enfermería que estudiaran las necesidades de sustitución al 100% en aquellas Consultas de Enfermería que en tres días consecutivos no tendrían la nueva enfermera disponible.

Enfermeras de Atención Primaria con conocimientos expertos en diversas materias fueron las ponentes de todos los temas que se abordaron.

También pudimos contar con la colaboración de compañeros del Hospital San Pedro y del Hospital Fundación de Calahorra.

Distribución de 52 enfermeras en 3 aulas de 8:00 a 15:00h durante los días 14, 15 y 16 de Noviembre 2018.

Resultados

Nota de evaluación 9,5

Conclusiones

Demostramos que la clave del éxito de una Estrategia radica en tener :objetivo definido, método organizado y motivación.

TELECONSULTA EN MEDICINA LABORAL: VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

AUTORES

FERNANDO DAVID BLANCO GONZÁLEZ¹; C LOPEZ LERA²; P TEIXIDÓ MARTÍNEZ³; F MAYÁ TRUJILLO⁴; G COLOMINAS BALADA⁵.

CENTRO DE TRABAJO
MUTUA UNIVERSAL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

Ante los cambios socioeconómicos actuales, los sistemas de salud deben responder a una creciente demanda de atención sanitaria de calidad, una población envejecida y la movilidad de los ciudadanos. La telemedicina ha generado muchas expectativas para afrontar esos retos. Clínica online (COL) es el sistema de telemedicina de Mutua Universal, garantiza la equidad y calidad de la asistencia sanitaria facilitando el acceso de pacientes y profesionales a la medicina especializada, mediante teleconsulta e incorporación de imágenes multimedia a la HCE. Los 126 centros asistenciales (C.A) desde noviembre 2013 disponen de Box de telemedicina con los periféricos necesarios ya instalados para realizar teleconsulta. Los estudios de evaluación de las TIC existentes no examinan datos centrados en los usuarios y son en su mayoría segmentarios, concretos y poco concluyentes. Es por esto que nos proponemos estudiar la valoración que nuestros profesionales hacen de COL.

Objetivos

Conocer la valoración de sanitarios solicitantes y especialistas sobre COL.

Identificar necesidades y establecer propuestas de mejora funcionales y tecnológicas para evolucionar la herramienta.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo transversal prospectivo mediante encuesta a sanitarios

Periodo: 23 octubre 2017- 10 noviembre 2017.

Plataforma utilizada Moddle, ubicada en la Comunidad Asistencial.

Muestra: 29 sanitarios especialistas, 266 sanitarios de C.A.

Variables:

Generales: Utilización, usabilidad, ventajas e inconvenientes, incidencias

Específicas: Circuitos, calidad del registro.

Resultados

Un 11% de nuestros profesionales no la utilizó y resolvió consultas por otras vías (teléfono, correo electrónico).

Solo el 10% de los sanitarios de C.A. y 48 % de especialistas tuvieron incidencias y éstas ocurrieron en < 10% de las conexiones.

Para el 62% de los profesionales de C.A., la satisfacción general con respecto a la COL fue buena o muy buena, aceptable para un 32 % y solo un 5% la calificó como insuficiente o muy insuficiente.

El 69% de los especialistas la valoró como buena o muy buena, un 14 % como aceptable y un 7% como insuficiente.

Conclusiones

Se comprobó una amplia utilización y la mejora en la robustez del sistema. Las incidencias técnicas fueron mínimas.

Entre las incidencias más habituales destacó la demora de inicio de la consulta por no disponibilidad de los diferentes actores (paciente, sanitario solicitante, especialista). Se detectó la necesidad de revisar el procedimiento, reforzar la formación en exploración para sanitarios de C.A, así como fortalecer el registro de solicitud en HCE. Se elaboraron decálogos de buenas prácticas.

Los aspectos mejor valorados fueron el registro de toda la información en HCE, la calidad de respuesta, la usabilidad y la conciliación de la vida del paciente. Los especialistas deben mejorar en el tiempo de respuesta y ampliar la disponibilidad de franjas de agenda en determinadas especialidades.

La incorporación de dispositivos móviles mejoraría la funcionalidad de la herramienta.

AUMENTAR LA ADHERENCIA A PROCEDIMIENTOS MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE LOS MISMOS EN FORMATOS ACTUALES DE DISEÑO

AUTORES

SERGIO POLITE DELFA¹; MT CASTELLO DEL PINO²; E RAMOS PAREJA³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

La documentación de protocolos, procedimientos y aspectos relacionados con la práctica sanitaria es una necesidad para disminuir la variabilidad de la práctica. Además, es un requisito de todos los sistemas de gestión y certificaciones/acreditaciones existentes. Esta necesidad y obligación provoca muchas veces una burocratización y un exceso de documentación existente en los centros asistenciales. El alto volumen de documentación existente, la inexistencia o poca usabilidad de los gestores documentales y la farragosidad que muchas veces presenta esta documentación son algunas de las barreras que provocan que el personal termine por no consultar estos documentos. Los formatos clásicos de los documentos de los sistemas de gestión provocan que las personas no los usen en su práctica habitual ya que no son ágiles ni cómodos de consulta. En la actualidad, existen muchos tipos de formatos de transmisión de información que son ágiles, visuales y sencillos de usar y consultar.

Objetivos

Reducir una de esas barreras es el objetivo principal de la mejora en la que se está trabajando en nuestro centro. Tras un análisis interno se consideró que el formato de los documentos donde se recogían estos protocolos provocaba que no fuesen consultados por el personal de base. Se ha marcado el objetivo que aumentar la consulta que en el centro se hace de la documentación colgada en el gestor documental informático existente.

Material y métodos

El proyecto de mejora se ha organizado en las siguientes fases:

- Identificación de las causas del problema y priorización de las mismas en función de varios criterios (importancia, facilidad de corrección, inversión necesaria). Mediante varias sesiones se establecieron las causas y se ponderaron en base a los criterios elegidos.
- Propuesta de acciones concretas. Mediante una lluvia de ideas de un grupo multidisciplinar se establecieron las acciones a realizar y se fijaron objetivos concretos.
- Implantación de las acciones. Fase en curso del proyecto. Se seleccionaron 3 tipos de nuevos formatos de documentos: a) Infografías. b) Videos. c) Flujogramas. Los nuevos documentos a realizar a partir de ahora se intentará realizarlos en uno de estos tres formatos.
- Información y educación. Fase futura donde se informará y formará a todo el personal sobre donde y como poder consultar estos documentos.
- Evaluación. Dado que existe un gestor documental informático donde se deposita toda la documentación del sistema de gestión, se evaluarán los accesos que recibe el mismo. Se ha realizado ya una auditoría de accesos al mismo, obteniendo los datos actuales de acceso que serán comparados con los datos futuros de acceso.

Resultados

Se ha establecido el mes de febrero de 2020 como fecha de evaluación del plan de mejora mediante el cálculo del indicador seleccionado.

Conclusiones

Nuestra hipótesis es que unos formatos de documentos más actuales van a provocar un mayor uso de los mismos, suponiendo por tanto una mayor adherencia del personal a los protocolos internos de trabajo.

RADIOGRAFÍA DEL LÍDER, EXPECTATIVAS Y REALIDAD.

AUTORES

Mónica López Ventoso¹; J Martínez Casas².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital del Oriente de Asturias¹; Hospital Universitario Campus de la Salud (Granada)².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

En la evolución del hospital del Oriente de Asturias han sido muchas las etapas que se han vivido, pasando por la creación de un hospital de gestión privada pero de orientación pública a la plena integración del centro y sus trabajadores en la red sanitaria del SESPA. Durante este período han coexistido diferentes tipos de líderes con diferentes estilos de liderazgo, adaptándose a los momentos vitales de la organización y a la propia plantilla. Durante el estudio que se presenta se describen tanto los roles adquiridos por los diferentes líderes formales entre 1997 y 2015 y como una aproximación de las características del líder ideal al que aspiran los trabajadores del centro.

Este estudio descriptivo invita a la reflexión por ambas partes para evaluar tanto expectativas como realidades y como pueden adaptarse unos y otros para lograr el equilibrio.

Objetivos

Describir las características del líder ideal definidas por los trabajadores del Hospital del Oriente y las características del estilo de liderazgo que a lo largo del tiempo ha prevalecido en el mismo hospital entre 1997 y 2015.

Material y métodos

Mediante una investigación cualitativa, de carácter retrospectivo y analítica, se aborda desde la perspectiva fenomenológica en un abanico temporal entre 1997 y 2015. La investigación cualitativa se considera muy adecuada para aportar conocimiento desde el punto de vista de la gestión.

Como técnicas de recogida de datos se emplearon técnicas conversacionales o narrativas definidas por M.Vallés (2000) mediante la entrevista individual y la técnica biográfica.

Se entrevistaron a un total de 16 trabajadores clave que representaban los siguientes roles en diferentes ámbitos del centro: Profesional Base (sin responsabilidades en gestión), Trasversal (quien las haya ejercido en algún momento), Directivo (profesional que ejerce en el momento de la entrevista roles de mando intermedio o dirección-gerencia).

Resultados

Se definieron 20 características del estilo de liderazgo de los líderes formales a lo largo del periodo analizado, entre las 20 las cuatro más frecuentes fueron: Falta de comunicación: 68.8%, Deconetado/Ausente:n 68.8%, Falto de autonomía/supeditado: 62.5% y autócrata: 50%.

En cuanto al líder ideal definido por los mismos entrevistados, las características fueron 18, de las que las cuatro más frecuentes: Con Formación y experiencia, 75%, Asertivo 75%, Capacidad de escucha activa 56.3% y con Presencia en el servicio 43.8%.

Conclusiones

La figura del líder descrita por los entrevistados en este trabajo se aleja de forma considerable de la que ellos mismos han caracterizado como ideal, esto es una persona experta y respetada por ese conocimiento de la unidad, asertiva, capaz de escuchar activamente, presente en el servicio que lidera, implicada con el equipo y buena comunicadora, en contraposición con: Poco comunicativos, desconectados, con falta de autonomía en las decisiones, autócratas y con excesiva rotación entre los puestos de gestión.

Esto afecta directamente al clima laboral y la motivación.

OPTIMIZACIÓN DE LOS CIRCUITOS ANALÍTICOS DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS

AUTORES

Maria Luisa Casas Losada¹; JM Acedo Sanz²; FJ Dominguez Hernández³; E Romero Mari⁴; MC Herrero Alonso⁵; ME Renilla Sanchez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

Se consensua que hasta un 70% de las decisiones clínicas se apoyan en información analítica. Se presenta un proyecto para el seguimiento de analíticas de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital.

El ciclo de vida de una petición abarca desde su solicitud hasta que el médico recibe los resultados del estudio analítico y toma decisiones clínicas. La monitorización de las analíticas urgentes permite detectar ineficiencias, optimizar circuitos y en definitiva mejorar la atención a pacientes que acuden a Urgencias.

Objetivos

Asegurar la trazabilidad de las analíticas de pacientes en Urgencias monitorizando el proceso completo :

Fase Preanalítica: desde la petición de la analítica hasta su llegada al Laboratorio

Fase Analítica: desde la incorporación hasta su finalización en el Laboratorio de Urgencias.

Fase Postanalítica: desde la emisión del informe del laboratorio hasta que el paciente abandone el servicio de Urgencias por alta o ingreso

Objetivo final : mejorar el proceso analítico de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, reducir el ciclo de vida de las peticiones analíticas urgentes y finalmente evaluar si dicha mejora supone una reducción de la estancia media de los pacientes en la Urgencia.

Material y métodos

Se diseña una herramienta en el Sistema Informático del laboratorio (LIS) que recoge indicadores generados de la Historia Clínica desde que el paciente acude a Urgencias hasta su alta o ingreso.

La monitorización con estos indicadores que son los que se describen en el listado de procesos tiene una doble finalidad:

1) Trazar el ciclo de vida de la petición, desde que se inicia hasta que se informa

2) Trazar la estancia del paciente en la Urgencia desde el triage hasta su alta o ingreso.

Los indicadores que recoge el LIS se corresponden con los diferentes procesos o con indicadores analíticos específicos.

Se diseña una aplicación que permite monitorizar una petición a tiempo real.

Se desarrolla un cuadro de mandos con indicadores que trazan por tramos las etapas del proceso y miden los tiempos que se producen entre cada uno de ellos.

Resultados

El proyecto se encuentra en su fase inicial. Se monitoriza mayo para confirmar el uso de las herramientas informáticas y la operatividad de las mismas.

Se obtuvieron 5881 peticiones, se traza el intervalo de tiempo desde que se realiza la petición hasta que llega al laboratorio en el 77.33% de los casos. En éstos el proceso (T5-T6) tiempo de incorporación al LIS desde la llegada tuvo una media de 7mn, los flujos horarios influyen sobre este tiempo.

El tiempo medio de validación del primer resultado (T6-T7) fue de 33 mn con SD elevada. Los tiempos de los indicadores específicos cumplieron objetivos

Conclusiones

El proyecto está en fase de consolidación. No obstante los resultados iniciales permiten vislumbrar una optimización de los circuitos analíticos y por ende una mejora de la atención y la seguridad de los pacientes en el Servicio de Urgencias.

NUEVO SERVICIO DE INTERVENCIONES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: “ACLARANDO CONCEPTOS Y MEJORANDO RESULTADOS”

AUTORES

MARIANELA BAYÓN CABEZA¹; A BARBERÁ MARTÍN²; M VICENTE DEL HOYO³; Y DEL REY GRANADO⁴; B BECERRIL ROJAS⁵; J SANZ DEL OSO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA¹.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

En 2014 se incluye en la Cartera de Servicios (Sº) de Atención Primaria (AP) el Sº de Intervenciones Comunitarias (IC) que recoge actividades que realizan los centros de salud (CS) con distintos grupos de la comunidad, dirigidas a promover la salud e incrementar el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas o necesidades. El Sº tiene una gran acogida y en 2015 se realizan 1.144 IC llegando a 1.900 en 2017. En 2018 se actualiza el Sº con la identificación de los tipos de IC y el diseño de nuevos indicadores. Se definen 3 tipos: Intervenciones Puntuales (IP): se desarrollan con grupos para informar, sensibilizar y/o dinamizar a la comunidad en el cuidado de su salud (celebración de días mundiales...); Reorientación de Servicios (RS): intervenciones estables en el tiempo dirigidas a influir en la organización de los servicios, con el fin de mejorar la gestión de los recursos (Mesas Sociosanitarias...) y Planes de Desarrollo Comunitario (PDC): intervenciones prolongadas en el tiempo que requieren participación e implicación de la población, administraciones y servicios técnicos, en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de los proyectos. Las IC se registran en una aplicación específica diseñada para gestionar estas actividades y su evaluación, que comprueba que se cumplen los criterios de calidad definidos en Cartera: tipo de IC, identificación de participantes del CS y de otras partes de la comunidad, área temática y cronograma de actividades (1 actividad para IP, al menos 3 para RS y 6 para PDC)

Objetivos

Conocer y validar los resultados de los tipos de intervenciones comunitarias recogidos en el Sº de Cartera tras 1 año de implantación

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal en 262 CS de AP. Se evalúan los registros de IC realizadas hasta el 31/12/2018. Sobre los resultados arrojados por la aplicación se realiza un proceso de validación manual para verificar individualmente que las IC han sido bien clasificadas por tipo y cumplen los criterios de calidad definidos. Los resultados se presentan agregados por comunidad en frecuencias absolutas y relativas

Resultados

Se extrajeron de la aplicación 2.964 IC susceptibles de evaluación: 1.744 IP, 983 RS y 237 PDC. De ellas 1.828 (61,7%) cumplían criterios de calidad según la aplicación informática: 1.679 IP, 133 RS y 16 PDC. Tras la validación manual se verificó que 2.089 (70,5%) cumplían criterios 1.863 IP, 212 RS y 14 PDC. Se recuperaron 261 IC: 184 puntuales y 79 reorientaciones de servicios. 200 IC que cumplían criterios estaban mal codificadas: 44 PDC y 122 RS pasaron a puntuales y 34 PDC pasaron a RS. 2 PDC estaban duplicados. Del total de IC extraídas, 875 no cumplían criterios al ser registros repetidos con igual o distinta tipología y/o incompletos

Conclusiones

Con este trabajo hemos conocido el punto de partida de los resultados del Sº y detectado incidencias en el proceso de registro y evaluación que nos están permitiendo poner en marcha acciones que mejora

EL MODELO DE INNOVACIÓN EN CLÍNICAS IMQ: UNA HERRAMIENTA PARA AVANZAR HACIA LA EXCELENCIA

AUTORES

Consuelo Pantoja Alvarez¹; I Urrutia Johansson²; C Alonso Rodriguez³; A Uranga Ibarra⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Clínica IMQ Zorrotzaurre.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

Los hospitales forman parte de un sistema sanitario cambiante en el que el desarrollo acelerado de las nuevas tecnologías genera nuevas oportunidades, y donde existe una demanda sofisticada que exige mejoras constantes. En las Clínicas IMQ, realizamos un esfuerzo permanente por hacer cosas nuevas y/o de manera diferente, con la intención de mejorarlas y poder asegurar nuestra misión y visión de negocio.

Objetivos

- Potenciar al máximo una cultura de la innovación dentro de las Clínicas.
- Establecer un sistema de vigilancia tecnológica y una inteligencia competitiva permanente.
- Alinear la innovación con el cuadro de mando estratégico.

Material y métodos

En Junio de 2016, se consiguió la certificación de I+D+i en ambas Clínicas, conforme a la Norma UNE 166.002, otorgada por AENOR, lo que nos ha permitido en los últimos años orientar nuestros esfuerzos en este ámbito alineándolos con las necesidades de la organización. Actualmente, la estrategia de innovación de las Clínicas IMQ se basa en cinco pilares: la consolidación continua del sistema de I+D+i, la colaboración mediante el establecimiento de una red de aliados estratégicos, la apuesta por la innovación abierta como un mecanismo de acceso a conocimientos y tecnologías avanzadas, la alineación con los objetivos estratégicos de las Clínicas y la apuesta por los ensayos clínicos.

Resultados

Desde 2016 se han formalizado mecanismos para la captación de ideas innovadoras internas empleando por ejemplo la intranet social, se ha gestionado una media de 7 proyectos innovadores/año con un enfoque de principio a fin. En los últimos dos años, en consonancia con la estrategia de innovación de las Clínicas se ha participado en diversos foros promoviendo la búsqueda de soluciones innovadoras a diversas problemáticas: Innovation Forum Euskadi, programa BIND 4.0, Reto Bizkaia Open Future, proyecto transfronterizo Competitiveko y se ha potenciado el trabajo con la Universidad como generadora de conocimiento avanzado (UPV/EHU y Mondragon Unibertsitatea, Universidad de Deusto).

Conclusiones

Se dispone de una apuesta clara por la innovación, concebida como una herramienta que nos permite crear valor y servir cada día mejor a nuestros clientes, tanto externos como internos, las personas, las cuales son el principal motor de la gestión de la innovación en las Clínicas. Es por ello, que hemos establecido un modelo de innovación orientado a captar ideas dentro y fuera de la organización.

CRECIENDO CON EL BARRIO

AUTORES

IZASKUN ANTÚNEZ TRICIO¹; A CARRACEDO CASTRO²; A PÉREZ REDONDO³; N ILUNDAIN TIRAPU⁴; M ARIAS RUEDA⁵; A ORTIZ DE ZÁRATE SAMANIEGO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

UAP ZABALGANA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

Gestionar la actividad comunitaria de una población tan joven como la adscrita a nuestro Centro de Salud, pasa por establecer alianzas y sinergias que permitan conocer las necesidades demandadas y/o sentidas por sus habitantes, así como la necesidad y por qué no obligación de ser como profesionales de la Salud, innovadores y creativos.

Las fuertes alianzas conseguidas con los tres centros educativos del barrio nos han hecho fortalecer más aún la importancia de trabajar bajo una visión comunitaria, social y de determinantes de Salud.

Cualquier actividad llevada a cabo con la población infantil, será casi con seguridad de gran impacto, ya que es responsabilidad de los profesionales sanitarios en este caso junto a los pilares Familia y Educación, trabajar en aras de lograr un empoderamiento de los que serán futuros usuarios de nuestro sistema sanitario.

Objetivos

Acercar el Centro de Salud a la población infantil creando lazos y estableciendo relaciones fluidas en un espacio amable entre profesionales de la Salud y los niños de nuestro barrio.

Sensibilizar a edad temprana del conocimiento y uso racional del recurso sanitario, teniendo en cuenta que serán futuros usuarios.

Impulsar el rol proactivo en el niño con el objetivo de trabajar de forma temprana el empoderamiento en materia de autocuidado.

Colaborar con los centros educativos del barrio en el desarrollo de la inteligencia emocional en el niño.

Visibilización de la figura del Administrativo de la Salud dentro del Equipo.

Normalización del uso del euskera en las relaciones externas.

Material y métodos

Para el desarrollo e implementación progresiva de este Plan de Intervención Comunitaria hemos utilizado la reunión anual con los equipos directivos de los tres colegios al inicio del curso escolar con el fin de diseñar el plan de actividades durante el curso.

Existe una participación activa de todos los grupos profesionales del Equipo de Atención Primaria en todas las actividades desarrolladas.

Resultados

Las actividades llevadas a cabo son evaluadas de forma previa y posterior, contando para ello con la colaboración del alumnado participante con edades comprendidas entre los 8 y 12 años, y utilizando para ello el formato de cuestionario prediseñado o la nube de palabras, dependiendo de la actividad.

En el caso de los niños participantes de 4 años, son sus profesores responsables en el aula los que trabajarán los contenidos de la actividad de forma posterior en el tiempo, con un formato de cuestionario prediseñado que ellos mismos contestarán y nos harán llegar.

Las charlas a los padres de los niños de 4 años en materia de alimentación saludable y lavado de manos, también cuenta con un cuestionario pre y post actividad.

Conclusiones

Destacar la elevada implicación de las figuras del Equipo en el desarrollo de todas las actividades realizadas. Desde los colegios año tras año se traslada el mensaje de alto grado de satisfacción, así como el interés en mantener e ir haciendo crecer este proyecto de empoderamiento de futuros usuarios.

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON ECMO

AUTORES

ALBERTO TOUCEDA BRAVO¹; MD RIVAS VILAS²; D MOSQUERA RODRIGUEZ³; EM MENOR FERNANDEZ⁴; V GOMEZ CASAL⁵; S FREITA RAMOS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es una modalidad de soporte artificial del sistema cardiorespiratorio utilizado en el tratamiento del fallo cardiopulmonar refractario a medidas convencionales. Sus indicaciones en la actualidad son múltiples abarcando un amplio espectro de patologías, incluyendo desde hace no mucho tiempo aquellas paradas cardiorespiratorias (PCR) refractarias, donde proporciona un soporte vital adecuado que consigue duplicar la supervivencia.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es el de exponer todo el proceso, a lo largo de 4 años, de implantación del programa de ECMO en un hospital de nivel III hasta la resucitación intrahospitalaria con ECMO.

Material y métodos

Exposición de las distintas fases del proceso.

Resultados

FASE 1 (2015-2016): Inicio del programa de ECMO con la adquisición de competencias por parte de dos miembros del servicio en centros de referencia a nivel mundial (Glenfield Hospital-Leicester y Hospital La Pitie-Paris). Periodo de seis meses posterior de formación (cursos acreditados y sesiones de entrenamiento quincenales) de un grupo formado por dos médicos más y once DUEs, de cara a obtener la capacitación para utilizar el ECMO en nuestro hospital.

FASE 2 (2016-2017): Se prosigue con la formación de enfermería con cursos acreditados en nuestro centro y nuevas rotaciones de médicos en centros de prestigio mundial en la materia (en este periodo un 82% de la enfermería del Servicio y 86% de los médicos conseguirán la habilitación). Se crea además un protocolo para la atención de pacientes bajo terapia ECMO, y se realizan reuniones periódicas del grupo, de carácter multidisciplinar, para exponer y revisar los problemas surgidos en los diferentes casos. Es en esta fase cuando se autoriza por parte de la Dirección de asistencia sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad a utilizar dicho procedimiento, y el reconocimiento como centro de referencia para hospitales de áreas contiguas.

FASE 3 (2018-2019): Consolidación del proyecto, con incorporación plena del personal formado a la atención de pacientes con ECMO en las indicaciones ya establecidas, e implementación de un programa a nivel hospitalario para la organización y gestión de la parada cardíaca, mediante la formación del personal de las plantas de hospitalización para la atención rápida y eficaz de la misma. Se consigue finalmente iniciar la atención a la PCR con ECMO en noviembre de 2017, con un total de 7 casos durante el primer año, y una supervivencia del 43% de los pacientes, siendo la descrita en la literatura con RCP convencional menor del 20%.

Conclusiones

El ECMO representa una técnica de alta especialización, siendo el programa de ECMO-RCP su indicación más complicada dada la situación de emergencia, por lo que necesita un entrenamiento específico, logística y cuidados postresucitación adecuados. Todos estos condicionantes hace que sean muy escasos los hospitales que realizan esta técnica, siendo el Servicio de Medicina Intensiva de nuestro centro uno de ellos.

ACCESIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA ACTIVIDAD ECOGRÁFICA.

AUTORES

SERGIO RUIZ ALONSO¹; M HERNÁNDEZ PASCUAL²; C RUIZ TUÑÓN³; PJ CAÑONES GARZÓN⁴; JJ SANZ DEL OSO⁵; O PASCUAL MARTINEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

La inclusión de Indicadores de Actividad ecográfica en el Contrato Programa de los Centros de Salud (CS) de Atención Primaria (AP) con dotación de ecógrafo en la Comunidad Autónoma (CA), requiere revisar la información derivada de dicha actividad y plantear herramientas que permitan su visualización y seguimiento poniéndolas a disposición de los profesionales y cumpliendo con la Ley Orgánica de Protección de Datos.

Objetivos

Incorporar los Indicadores de Actividad en el Cuadro de Mandos Integral de AP (CMI).

Desarrollar herramientas de visualización y seguimiento de actividad de forma gráfica en una intranet corporativa para los distintos niveles de la Organización.

Material y métodos

Se define la base de datos de información de la que extraer los indicadores. Dicha información es la que se recoge en el Protocolo de Ecografía del programa informático de historia clínica de AP.

Se construyen Indicadores de Actividad que se incorporan al CMI según los criterios de búsqueda de información y de visualización que tiene el mismo. Se seleccionan los Indicadores gráficos para su presentación en web para los distintos ámbitos (actividad a nivel CA, Dirección Asistencial de AP y CS) y temporalidad (anual o mensual):

1 ECOGRAFÍAS REALIZADAS. Muestran el nº total de ecografías.

2 ECOGRAFÍAS REALIZADAS POR ECÓGRAFO. Media de las realizadas por mes desde la implantación del Ecógrafo.

3 ECOGRAFÍAS POR RESULTADO. Resultados de la exploración ecográfica según lo registrado en el protocolo.

4 ECOGRAFÍAS POR EPISODIO. Nº de ecografías realizadas agrupadas por código de Episodio de atención.

5 ECOGRAFÍAS TOTALES DERIVADAS. Intención de Derivación Atención hospitalaria o a Radiología según se registra en el protocolo.

6 ECOGRAFÍAS DERIVADAS A AE POR ESPECIALIDAD. Especialidades a las que se indica intención de derivación.

7 INFORMACIÓN POR PROFESIONAL. Gráficos de actividad individual y comparada con otros profesionales del CS, con los de otros Centros y total de CA.

Se definen los permisos de acceso a la Información según ámbito.

Resultados

Se incorporan al CMI los indicadores específicos de actividad ecográfica y en entorno web, los indicadores gráficos.

Se dota del permiso de acceso a todos los facultativos (médicos de familia y pediatras) de los Centros con ecógrafo, contando con las normas de seguridad de acceso precisas. Se realizan las pruebas y adaptaciones y finalmente se presenta en una Jornada de Ecografía de la CA. Se monitorizan los accesos a los distintos programas (cuadro de mandos y página web) lo que permite ver su utilización como seguimiento de la Actividad realizada y del cumplimiento de los indicadores.

Conclusiones

La incorporación de indicadores de actividad ecográfica en el CMI refuerza la implantación de la estrategia de la organización.

Disponer de herramientas de visualización de la actividad de forma global (toda la CA) y con un nivel de desagregación individual y comparativa permite el seguimiento y la gestión de recursos desde los distintos niveles de la organización.

SISTEMA DE VIGILANCIA TECNOLÓGICA E INTELIGENCIA COMPETITIVA

AUTORES

ARRATE LOYOLA IRULEGUI¹; R GARCIA FERNANDEZ²; I GALLEGO CAMIÑA³; R BENITO RUIZ DE LA PEÑA⁴; A BILBAO MAIZA⁵; L BERMEJO MENACHO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES - IIS BIOCRUCES BIZKAIA - IIS BIOCRUCES BIZKAIA¹; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES - IIS BIOCRUCES BIZKAIA²; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES³; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁴; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁵; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

En la gestión de la innovación uno de los elementos críticos es estar vigilantes a lo que sucede en el entorno para poder aprender de las tendencias. El sistema de innovación de la OSI Ezkerkerralde Enkarterri Cruces está certificado desde el 2014 por la norma UNE 166002:2014. En el marco de esta norma, el Sistema de Gestión de la I+D+i debe incluir un proceso de Vigilancia Tecnológica e Inteligencia Competitiva.

A lo largo de estos años hemos implementado diferentes sistemas de vigilancia tecnológica que no han terminado de funcionar, por lo que hemos aplicado ciclos de mejora sobre nuestro sistema para estructurar y organizar el sistema de mejor manera. Con la compra de una plataforma online de gestión de la vigilancia, hemos puesto en práctica un nuevo sistema de recogida de información.

Objetivos

Implantación de una sistemática de recogida, análisis y socialización de información clave sobre tendencias del entorno, así como de tecnologías y metodologías emergentes que nos permita avanzar en la innovación de nuestra organización.

Material y métodos

1. Dinámicas de grupo para definir las líneas de información de la organización
2. Aplicación de diferentes herramientas y trabajo en red.
3. Creación de un equipo de trabajo.
4. Cronograma; reuniones periódicas, objetivos y resultados.

Resultados

Los siguientes son las acciones que hemos llevado a cabo para poner en marcha el sistema de vigilancia tecnológica:

1. Revisar las líneas de innovación de la OSI EEC.
2. Detectar a las personas referentes en el ámbito a trabajar.
3. Importancia de marcarse un objetivo y acciones a llevar a cabo.
4. Formación en la plataforma (herramienta Innguma).
5. Todas las fuentes de información detectadas están incluidas en la plataforma.
6. Reuniones cada 3 semanas para actualización de las publicaciones en la web y selección de las publicaciones para el boletín.
7. Traducción a euskara o castellano (dependiendo del idioma)
8. Lanzamiento de boletín trimestral.

Conclusiones

- Para la implantación de este sistema, las líneas de la organización tienen que ser claras y tienen que ir unidas por objetivos de información.
- Uno de los aspectos más importantes a la hora de implantar un sistema de vigilancia tecnológica, es tener claras las necesidades de información de la organización.
- Del mismo modo, esas necesidades tienen que estar implícitas en el trabajo diario de las personas que van a hacer esas búsquedas, para que sean analistas "naturales".

HOSPITAL 4.0: IMPLEMENTACIÓN TECNOLÓGICA DESDE LAS PERSONAS

AUTORES

RUBÉN I. GARCÍA FERNÁNDEZ¹; I GALLEGO CAMIÑA²; A LOYOLA IRULEGUI³; R BENITO RUIZ DE LA PEÑA⁴;
A GANDIAGA MANDIOLA⁵; N CIVICOS SANCHEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EE CRUCES - IIS BIOCRUCES BIZKAIA¹; OSI EE CRUCES²; OSI EE CRUCES - IIS BIOCRUCES BIZKAIA³;
OSI EE CRUCES⁴; OSI EE CRUCES⁵; OSI EE CRUCES⁶.

TIPO: ORAL “LO QUE NO TE PUEDES PERDER”

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

Las nuevas tecnologías, la alfabetización digital y las competencias digitales están provocando una transformación del modelo asistencial en la salud. Es necesaria una apuesta por la innovación como motor de cambio y transformación. Buscando adaptarnos con mayor rapidez a un entorno cambiante, con el fin de contribuir a la mejora continua y a la sostenibilidad de nuestras organizaciones. Las nuevas tecnologías de imagen 3D como la Impresión 3D, la Realidad Virtual o la Realidad Aumentada, ya son tecnologías maduras en otros entornos. Su implementación en las organizaciones sanitarias depende de una estrategia organizativa de transformación.

Objetivos

Implementación de nuevas tecnologías de imagen, como herramienta de apoyo en la rutina clínica de los diferentes servicios.
Empoderamiento y capacitación tecnológica del personal clínico.
Transferencia de conocimiento: innovación como motor de cambio para el asentamiento de las tecnologías.

Material y métodos

- Proceso de Innovación. Consolidar el proceso para la canalización y gestión de los proyectos de innovación.
- Vigilancia Tecnológica. Proceso y herramientas para estar al tanto de nuevas tendencias y tecnologías.
- Redes de conocimiento. Presencia en Grupos Nacionales e Internacionales para compartir buenas prácticas.
- Sesiones de difusión ‘Berripills’
- Sesiones de cocreación con clínicos (“Desayunos tecnológicos”) y con pacientes (“Grupos focales”).
- Formaciones específicas.
- Implementación guiada y evaluada de las tecnologías: Estudios clínicos.
- Formación y capacitación: Incorporación de perfiles clínicos que asuman nuevos roles tecnológicos.

Resultados

REDES: Coordinadores del Grupo de Trabajo eHospital de la plataforma nacional ITEMAS.

VINCULADO A TECNOLOGÍAS DE IMAGEN 3D:

A partir de las formaciones: Aumento de retos tecnológicos y personas que los plantean.

Formación e incorporación de nuevas competencias académicas. Acuerdo con Centro San José de Calasanz en Impresión 3D para Técnicos de Radiología.

Proceso interno definido en Impresión 3D: 116 casos clínicos realizados, solicitados por 31 personas de 13 servicios diferentes. 15 radiólogos participando activamente en el proceso.

2 proyectos de implementación clínica de la Realidad Virtual: Lesionados Medulares y C. Pediátrica.

1 proyecto de exploración de Tecnologías de Realidad Aumentada en C. Maxilofacial.

Creación de nueva línea de trabajo en Bioimpresión.

Conclusiones

La innovación tecnológica tiene que ver con la implementación y la transferencia, debe ser un paso más a partir de la investigación. La investigación es una apuesta por generar conocimiento, mientras que la innovación debe ser una apuesta por aplicar el conocimiento y generar valor en las organizaciones. La aplicación de las nuevas tecnologías 4.0 en el modelo asistencial requiere de una implementación guiada y evaluada, incorporando agentes clave en el proceso como Gerencias, Sistemas de Información o Direcciones Médicas. La transformación tecnológica de las organizaciones debe formar parte de la estrategia.

INNOVANDO EN LA GESTIÓN DEL CÓDIGO INFARTO DESDE UN TERRITORIO INSULAR

AUTORES

Roberto Gómez Pescoso¹; MD Amador Demetrio²; I Rodríguez Palmero³; F Báez Rodríguez⁴; N Bañón Morón⁵; MP García de Carlos⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la principal causa de morbimortalidad en los países desarrollados es la cardiopatía isquémica (CI). La Estrategia Nacional de CI viene impulsando programas asistenciales integrados, los llamados 'Código Infarto'. Canarias no disponía de un plan integrado y homogéneo para toda la Comunidad Autónoma.

Objetivos

Disminuir la mortalidad por infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) en Canarias, mediante el establecimiento de una red asistencial integrada para la realización sistemática del tratamiento de reperfusión más adecuado, con criterios de calidad y atendiendo a la insularidad.

Establecer un registro homogéneo que permita evaluar la actividad asistencial en Canarias.

Material y métodos

Desarrollo de un grupo multidisciplinar con profesionales de Atención Primaria (AP), Urgencias extra e intrahospitalarias, cardiología, intensivistas y técnicos del Servicio Canario de la Salud (SCS) que elaboraron el documento 'Asistencia al IAMCEST en la Comunidad Autónoma de Canarias. CODICAN. Código Infarto Canarias'.

Selección de hospitales de referencia del SCS para angioplastia.

Optimización de las ambulancias de medicalizadas y sanitizadas.

Homogeneización de los botiquines de medicación de AP.

Adquisición de nuevos electrocardiógrafos conectados online para facilitar la transmisión del electrocardiograma (ECG).

Desarrollo de un registro secuencial, integrado y único para cada caso, que recoge los datos aportados por todos los intervinientes desde sus propias aplicaciones informáticas, de obligado cumplimiento ante un posible CI.

Formación presencial en todas las islas para profesionales de AP, Servicio de Urgencias Canario (SUC) y atención hospitalaria.

Resultados

Implementación de una red asistencial en Canarias con criterios de homogeneidad y equidad para el IAMCEST.

Disponer de un registro activo que permite conocer diariamente el resultado asistencial de este proceso.

Mejora y homogeneización de los recursos sanitarios disponibles para dar una asistencia de mayor calidad.

Datos: se han registrado en el CODICAN un total de 367 angioplastias de Enero a Mayo del 2019 que representa una tasa en la Comunidad de 0.19 x 1000 adultos. El hospital con mayor tasa es el HUNSC (0.21) y el que más actividad realiza es el CHUIMI con 114 angioplastias en este periodo para una tasa de 0.18

Conclusiones

Disponer del CODICAN ha permitido homogeneizar y mejorar la asistencia al IAMCEST en Canarias. El Registro integrado permite evaluar la atención prestada por ámbito asistencial, Áreas de Salud y saber si cumplimos los estándares de calidad establecidos con el fin de introducir las medidas correctoras que sean necesarias.

RING, RING... ¿HAY ALGUIEN EN EL DEPARTAMENTO DE RRHH QUE ME PUEDA AYUDAR?

AUTORES

ISABEL LOPEZ MARINAS¹; C MERDADE RUIZ²; JC GARCÍA ANTÓN³; MT TELLO GARCÍA⁴; JM COSTA SAMANIEGO⁵; L PANIZO LAIZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECTORA TÉCNICO RRHH¹; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SUBDTORA RRHH²; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA³; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁴; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁵; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

En la Comunidad Autónoma, hasta hace 9 años, existían en Atención Primaria 11 Áreas Sanitarias con 11 departamentos de RRHH. Con la creación del Área Única y la centralización de los departamentos de RRHH de las antiguas Áreas, se pasó de un modelo descentralizado, accesible y personalizado a un modelo centralizado, diferenciado, complejo y menos accesible.

Por ello se consideró necesario abordar la comunicación con los profesionales de un modo más operativo y directo. Se decide crear la Unidad de Atención al Profesional (UAP) para dar respuesta y canalizar las demandas de información, y mejorar el acceso de más de 13.000 trabajadores y 266 Centros de Salud.

Objetivos

Objetivo General

- Atender las demandas de información de los profesionales y mejorar la accesibilidad a los Servicios de RRHH, a través de un servicio de información y orientación.

Objetivos específicos

- Abordar el 40% de las llamadas y consultas de los Servicios de contratación y Servicio de Atención Rural a través de diferentes canales de comunicación.
- Promover la Intranet como principal canal de información. Editar y publicar contenidos de RRHH y procesos de carácter periódico: Movilidad, Promoción, Carrera Profesional, etc.
- Proponer el desarrollo de herramientas colaborativas que faciliten la gestión administrativa de las Unidades, formularios WEB, consultas.

Material y métodos

Atención telefónica y presencial en horario de 8:30 a 20:30 con 8 efectivos a los que se les diseña un plan de formación específico.

Dotación de un espacio físico, dotación telefónica básica y ordenadores.

Creación y mantenimiento de dos espacios en la Intranet para compartir información y contenidos de RRHH.

Resultados

Total consultas durante 2018: 47.172:

- Consultas telefónicas 36.208.
- Presenciales 9.053.
- Consultas WEB 1.911.

La atención telefónica representa el 77 % del total de consultas de la UAP. Sobre una estimación de 70.000 llamadas año del Servicio de Contratación supondrá el 51,72 %.

Del total de las consultas telefónicas el 73 % son atendidas, el 26 % perdidas y las no atendidas representan el 1%. La duración media de las llamadas es de 3:52 minutos.

El 80% de la atención telefónica en horario de mañana

Una atención presencial del 19,19 % sobre total consultas.

Accesos a la página WEB de profesionales; 53.219 de media mensual en 2018.

A través de la WEB: descarga de recibos de nóminas y certificados. Se informan sobre procesos en marcha y se realizan consultas (4,05 % de las consultas).

Conclusiones

- La UAP ha descargado de trabajo al resto de Unidades. Sólo a través de la atención telefónica, el 51,72% de las llamadas estimadas del Servicio de Contratación son atendidas.
- La INTRANET de RRHH representa el primer puesto en cuanto a accesos respecto al resto de espacios de Atención Primaria.
- Hay que avanzar en la edición de contenidos WEB y en dotar a la UAP de software telefónico tipo “call center” para monitorizar la gestión y mejorar los indicadores de gestión telefónica.

INCORPORACIÓN DE UNIDADES DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

MONTERRAT HERNÁNDEZ PASCUAL¹; M SANCHEZ-CELAYA DEL POZO²; Y DEL REY GRANADO³; A DIAZ HOLGADO⁴; M VITORES PICÓN⁵; M DRAKE CANELA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA¹; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA²; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA³; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁴; DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR⁵; DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

En 2018, Atención Primaria propone mejorar la atención a la población con ansiedad-depresión y/o somatizaciones de intensidad leve-moderada (AD y/o S L/M) mediante la implantación de un nuevo servicio de Terapia Cognitiva Conductual Grupal (TCCG) realizada por Psicólogos Clínicos de Atención Primaria (PCAP)

Objetivos

Implantar una nueva unidad de apoyo de Psicólogos clínicos en Atención Primaria para el tratamiento de ciudadanos con AD y/o S L/M mediante la aplicación de TCCG

Incluir en el proceso de atención a ciudadanos AD y/o S L/M un modelo protocolizado de diagnóstico y derivación al PCAP para la aplicación de TCCG; Mejorar la accesibilidad de las personas con AD y/o S L/M a la TCCG. Establecer canales de comunicación y coordinación de PCAP con los demás profesionales del centro de salud (CS) y centro de salud mental (CSM). Evaluar el impacto del proyecto en el proceso de atención a los paciente con AD y/o S L/M.

Material y métodos

Constitución de grupo multidisciplinar que definió el proceso asistencial, el plan de formación, difusión y plan de despliegue.

Adaptación de la Historia Clínica Electrónica: valoración de la AD, incorporación de escalas de severidad (GAD7, PHQ-9, PHQ-PD), registro de la TCCG.

Definición de indicadores de implantación. Monitorización y Seguimiento de indicadores de accesibilidad, efectividad y adherencia de TCCG.

Resultados

Constitución de 7 unidades con 21 PCAP. Plan de acogida de 20h; 70h de entrenamiento en TCCG. El 69.46% CS realizado reunión coordinación (RC) (182/262), 24% en CSM (12/50). Elaboración de protocolo de registro de valoración de AD y derivación médica y protocolos de valoración inicial y final para los PCAP. ACCESIBILIDAD Atendidos 7.915 pacientes distintos (73% mujeres, 27% hombres) con una media de 1,5 citas por paciente 6946 ciudadanos recibieron una valoración inicial a través de protocolo y escalas (GAD-7, PHQ-9, PHQ-PD). Se realizan 378 grupos TCCG, finalizados 202, 125 permanecían abiertos a 31 de diciembre 2018. Nº ciudadanos que inician la TCCG: 3317 de los cuales 2115 corresponden a grupos finalizados; ADHERENCIA sesiones TCCG: El 58% de los ciudadanos acuden a 5 o más sesiones, mientras que el 29,3% completan las 7 sesiones. EFECTIVIDAD: El 80.75% de los ciudadanos que finalizan la TCCG obtienen mejores resultados en la evaluación post TCCG en la escala de severidad (GAD-7, PHQ-9, PHQ-PD) correspondiente.

Conclusiones

La implantación de la unidad de apoyo de PCAP se ha realizado con éxito y ha facilitado la incorporación de un protocolo de registro para la valoración de la AD con escalas de severidad que permiten al médico de familia mejorar la adecuación de la derivación de estas patologías. La TCCG ha contribuido a la mejora de la calidad asistencial en los pacientes con AD. Se evaluarán indicadores de seguimiento a medio y largo plazo para comprobar su efectividad y eficiencia. Se detectan áreas de mejora en comunicación entre profesionales y en la adecuación de la derivación.

PLANIFICACIÓN DEL SERVICIO DE ANESTESIA INTEGRADA A LA GESTIÓN DE PERSONAS

AUTORES

MARIA ISABEL ARRIETA SEGURA¹; L GAMELL ALVAREZ²; MV MORAL GARCIA³; A SALAZAR SOLER⁴; A FROILAN ROMERO⁵;
L GONZALVO MAILLO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACIÓ GESTIÓ SANITÀRIA HOSPITAL DE SANT PAU.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

La justificación del proyecto es optimizar la planificación del servicio de anestesia, especialmente difícil por el volumen de profesionales que lo conforman y la complejidad de la estructura asistencial a la que tienen que dar servicio.

Objetivos

- Integrar la programación de los quirófanos a la planificación del servicio.
- Facilitar las herramientas informáticas que permitan asignar las guardias y jornada ordinaria a los profesionales del servicio
- Gestionar el conocimiento especializado
- Desarrollar un módulo específico para los médicos residentes.
- Poner al alcance de los profesionales el portal del empleado i la app que permita consultar su planificación, solicitar permisos e intercambios.

Material y métodos

En el Hospital de Sant Pau se realizó el desarrollo del programa informático específico que permita dar solución a las diferentes necesidades organizativas y de planificación que se identificaron. Se pueden clasificar en dos grandes grupos:

1. Herramientas de planificación del servicio de anestesia:

- programación de quirófanos
- planificación de las rotaciones de los médicos residentes
- asignación de jornada ordinaria
- asignación de guardias

2. Herramientas de planificación al alcance del servicio de anestesia y de sus profesionales:

- calendario del profesional
- portal del empleado para la gestión de vacaciones, permisos e intercambios
- portal del responsable para la gestión de las vacaciones, permisos e intercambios.

Resultados

Se gestionan 44 áreas de trabajo / necesidades (incluidos los quirófanos) que requieren anestesista, 67 profesionales, 11 puntos de guardia, las rotaciones de los médicos residentes, con horarios que dan cobertura al servicios según planificación (turnos de mañana, tarde, noche), además de la actividad extra que se produce a lo largo del año.

134 solicitudes de vacaciones y permisos realizadas a través del portal del empleado.

Con la incorporación de los nuevos residentes, se introducirán y gestionarán dentro del aplicativo, lo que permitirá a lo largo del 2019 gestionar íntegramente la planificación de todo el servicio de anestesia

Conclusiones

El alcance del proyecto con esta visión integradora ha de permitir

- Dimensionamiento adecuado de la plantilla.
- Planificación lo más automatizada posible teniendo en cuenta necesidad versus subespecialidad.
- Reducción de la duplicidad de tareas y eliminación de errores (p.ej: pago automático de guardias y actividad extra).

- Integración de la información del profesional (calendario de permisos y vacaciones) con la planificación del servicio (guardias y jornada ordinaria).
- Mejorar la gestión del responsable a través de la gestión de permisos e intercambios.
- El aspecto que todavía requiere una línea de trabajo y mejora es la gestión del cambio que implica la implantación del aplicativo informático en la nueva manera de gestionar, con la implicación de diferentes actores en el proceso.

LA IMPLEMENTACION DE NUEVAS TECNOLOGIAS EN UNA ACTIVIDAD FORMATIVA AUMENTA LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

AUTORES

LUIS PARDILLOS FERRER¹; R CASTILLO RUBIO²; R RODRIGUEZ OLIVEROS³; J MALLO PEREZ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA112.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

Desde el Departamento de Formación de SUMMA112 entendemos la Gestión del Talento como aquellos procesos y actividades encaminadas a que nuestros profesionales adquieran y perfeccionen conocimientos y habilidades que sean, además de una oportunidad para su propia capacitación y desarrollo profesional, fuente de una mejor calidad de la asistencia sanitaria.

Una de las actividades que venimos desarrollando desde el departamento es la actividad llamada sesión clínica. En el momento actual existen tecnologías asequibles y de fácil manejo que permiten la transmisión de una actividad en directo a través de internet. Implementar estas tecnologías puede conseguir un aumento de la participación de los profesionales en ella.

Objetivos

- 1.- Incrementar la participación de los profesionales del SUMMA112 en una actividad desarrollada desde el departamento de formación llamada sesión clínica.
- 2.- Facilitar la transmisión de conocimiento en una organización cuyos profesionales desarrollan su actividad con una importante dispersión geográfica.
- 3.- Convertir la formación en urgencias y emergencias en una herramienta de transformación y modernización de nuestra organización.

Material y métodos

Comparar la participación de profesionales de nuestra organización en la actividad llamada Sesión Clínica tras implementar las siguientes intervenciones:

- 1.- Acreditar de forma conjunta la actividad organizándola como una única actividad formativa repartida a lo largo de un semestre.
- 2.- Abrir la participación en la exposición a profesionales de otras Instituciones y a los diferentes colectivos profesionales de la organización haciéndola multidisciplinarias.
- 3.- Incorporar una nueva tecnología, como es la transmisión vía STREAMING, para su mayor difusión.

Resultados

En datos comparativos en 2017 asistieron de forma presencial 365 profesionales a un total de 7 sesiones organizadas (53 asistentes/sesión) mientras que en 2018 se pudieron llegar a realizar 16 sesiones con un total de 1006 asistentes (62 asistentes/sesión). Esto supuso un incremento de un 175% en el número total de asistentes y un incremento del 17% de asistentes por sesión organizada.

La incorporación de la tecnología STREAMING permitió además incrementar la visibilidad y la difusión de esta actividad a personal que no pudieron incorporarse presencialmente llegando a un total de 1533 conexiones en 8 sesiones.

Conclusiones

La implementación de nuevas tecnologías (TRANSMISIÓN VIA STREAMING), la agrupación por semestres para su acreditación y la participación de profesionales de otras Instituciones y de diferentes categorías profesionales en la actividad llamada sesión clínica ha permitido en SUMMA112 una mayor participación de los trabajadores en esta actividad formativa.

Entendemos que ofrece también una imagen de transformación y modernización en la propia organización

IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE LA CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA A PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

MARTA MARTÍN MARQUÉS¹; PA LÓPEZ BROSETA²; M MENDOZA AGUILERA³; S JORNET MONTAÑA⁴; L CANADELL VILARRASA⁵; R REIG PUIGBERTRAN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

Una atención farmacéutica (AF) al paciente externo (PE) de calidad, que proporcione valor añadido y que promueva los resultados en salud, debe centrarse en el paciente, orientarse por procesos asistenciales y garantizar una continuidad asistencial. Por tanto, es deseable que el PE sea atendido en consultas externas por farmacéuticos integrados y coordinados con el equipo asistencial y que promuevan una continuidad asistencial intra y extrahospitalaria.

Objetivos

Describir el proceso de implantación y consolidación de la actividad de AF en consultas externas (CEXAF) para dar continuidad asistencial a los programas de conciliación, adherencia farmacológica, formación e información de medicamentos y monitorización farmacoterapéutica para el PE y desvinculada de la dispensación de medicamentos.

Material y métodos

Para la apertura de la actividad de AF a PE dentro de la organización de consultas externas del hospital se siguió el siguiente proceso: Consenso con los diferentes servicios asistenciales de la actividad a realizar en la CEXAF.

Establecimiento de los procedimientos normalizados de Trabajo (PNT) para la estandarización de la actividad.

Diseño del circuito de citación de pacientes.

Documentación de la actividad farmacéutica en la historia clínica del paciente.

Y la integración dentro del cuadro de mandos hospitalario que permitiera el control de la actividad.

Resultados

La implantación de las diferentes consultas se ha ido realizando a lo largo del 2018. El horario de dicha actividad es de lunes a viernes de 9-15 h.

Se han elaborado los PNT que incluyen la captación de PE (interconsultas o citaciones por farmacéutico); criterios de AF; circuito de CEXAF; manejo de agenda y obtención de indicadores del cuadro de mandos del hospital.

Durante el 2018 se establecieron 6 agendas diferentes (AF hepatitis C, VIH, formulación magistral, inmunosupresores selectivos, esclerosis múltiple y onco-hematológica).

Fueron realizadas un total de 874 visitas de las cuales un 45% (396) fueron primeras visitas y con un índice de reiteración de 1.21. Esta actividad ha incrementado en un 194% la actividad realizada en esta área durante el 2017.

Los servicios con mayor demanda fueron 38% gastroenterología, 16% reumatología, 12% oftalmología y medicina interna, y 6% dermatología y pediatría.

Las consultas con mayor actividad fueron AF Hepatitis C 46%, 22.4% formulación magistral y 13.5% AF en ISS.

Intervinieron en esta actividad un total de 8 farmacéuticos diferentes de los 10 en plantilla.

Conclusiones

La implantación de una CEXAF desligada de la dispensación de medicamentos supone un reto para un Servicio de Farmacia y un esfuerzo del equipo para garantizar la normalización de circuitos, la continuidad asistencial y la prevención de riesgos asociados a la farmacoterapia.

La inclusión de procesos de AF en los circuitos de soporte tecnológico del hospital mejora la visibilidad de la actividad realizada entre los profesionales y el equipo directivo ya que es registrada en el cuadro de mandos del hospital.

IMPLANTACIÓN DE LA E_CONSULTA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN Y COMUNICACIÓN CLÍNICA

AUTORES

JOSE DAVID CERDEÑO ARCONADA¹; MN FERNÁNDEZ DE CANO MARTÍN²; MC GARCÍA CUBERO³.

CENTRO DE TRABAJO

SUBDIRECCIÓN GENERAL CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

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 establece la necesidad de diseñar e implantar canales y herramientas de comunicación que garanticen la trazabilidad de la atención y la seguridad en la transmisión de la información clínica, sin necesidad de desplazamientos por parte del paciente.

Objetivos

Implantar una herramienta de integración asistencial compartida por Atención Primaria, las Residencias de Mayores con titularidad pública y Atención Hospitalaria.

Incrementar la eficiencia al racionalizar tiempos de atención, reducir los tiempos de espera y evitar los desplazamientos innecesarios del paciente en aquellos casos que no se precisen.

Optimizar la calidad de la atención sanitaria garantizando la seguridad en el proceso.

Material y métodos

La implantación de la e_Consulta, desde la Subdirección General de Continuidad Asistencial conjuntamente con la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y la Dirección General de Sistemas, se está llevando a cabo de forma progresiva en todos los hospitales, centros de salud y residencias de mayores de titularidad pública, priorizando aquellos hospitales que carecían de alguna modalidad de e_Consulta.

Desarrollo:

Diseño de la herramienta. Sistema de Informado de Peticiones

Priorización de los hospitales donde implantar la herramienta

Identificación por los hospitales de las prestaciones y servicios que utilizarán la herramienta

Diseño de los circuitos y procedimientos necesarios

Pilotaje inicial con un hospital y sus centros de salud, ofertando la herramienta en diferentes servicios y prestaciones

Implantación progresiva. Inicio de implantación 2018

Seguimiento del uso de la herramienta. Adecuación de uso y tiempos de respuesta

Evaluación e identificación de medidas correctoras

Resultados

Actualmente 14 hospitales y 26 servicios tienen activa esta e_Consulta centralizada, y más de 200 centros de salud y consultorios locales y 3 residencias públicas pueden realizarlas según oferta de su hospital.

Se han realizado más de 2500 e_Consultas con un 99,4% de respuestas en tiempo, siendo este de 48h-72h dependiendo del tipo de prestación ofertada, racionalizando los tiempos, reduciendo consultas presenciales, evitando desplazamientos innecesarios y ofreciendo una mejor calidad asistencial.

La seguridad está garantizada mediante el acceso a través de Gestión Automática de Identidades, herramienta de registro único que permite gestionar la identidad en los distintos sistemas de información corporativos y la trazabilidad a través de los sistemas informáticos.

Conclusiones

Mediante la e_Consulta se ha iniciado un camino que facilita la comunicación entre profesionales con la máxima seguridad, evitando desplazamientos innecesarios de los pacientes.

La transversalidad, seguridad, trazabilidad y facilidad de manejo de la herramienta son claves en la aceptación por los profesionales, su implantación y utilización.

PROYECTO HERMES

AUTORES

MARINA GOMEZ CHINCHON¹; MB JIMENEZ MORENO²; C SORIANO GOMEZ³; M OCHANDO GOMEZ⁴; C MARTINEZ ARRANZ⁵; I GADEA GIRONÉS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACION JIMENEZ DIAZ¹; FUNDACION JIMENEZ DIAZ²; Health Diagnostic³; Health Diagnostic⁴; Health Diagnostic⁵; FUNDACION JIMENEZ DIAZ⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

En el Laboratorio es imprescindible tener un control exhaustivo de las muestras que nos llegan procedentes de todos los puntos de España, de cara a la Seguridad del paciente. Nuestra prioridad es sistematizar un proceso que controle informáticamente el estado de cada una de las valijas. El proyecto HERMES nos ha permitido un registro pormenorizado de la valija en cualquier punto del circuito.

Objetivos

Controlar la totalidad de las valijas que nos llegan al Laboratorio y su temperatura mediante un indicador, para poder conocer en qué punto se encuentra cada valija que transporta muestras al Laboratorio y así permitir una trazabilidad total de las muestras.

Material y métodos

Para la gestión de valijas y el control de temperaturas Health diagnostic ha creado el programa HERMES, que controla en qué punto se encuentran las valijas de los centros que envían muestras al Laboratorio de la Fundación Jiménez Díaz (FJD), gracias a varios registros: valija cargada, recogida, entregada, abierta, procesada y retorno. En caso de no recibir la valija en el tiempo estipulado se activa un código de colores, acotando la búsqueda en el punto exacto del circuito.

Para el control de temperatura cada valija lleva asociada una sonda que es exclusiva y que permite conocer el tiempo que la valija ha estado en ruta y su temperatura, a través de medidas cada 15 minutos. Estas temperaturas se descargan al llegar al Laboratorio y en el caso de alguna incidencia (rotura de frio) quedaría reflejado en el programa, enviando un correo al usuario que ha recepcionado la valija y otro correo al que la ha cargado, para analizar las soluciones de esta desviación. Además, se puede anotar en el sistema si llega alguna muestra descongelada, analizando las causas para esta desviación.

Resultados

Actualmente contamos con un indicador que evalúa el nº de días que las valijas no cumplen los rangos de temperatura establecidos en los centros cercanos (trayectos < 1 hora) y lejanos (trayectos >1 hora). Estos datos se extraen en tablas Excel, que se comparten con cada uno de nuestros Centros externos. Los datos obtenidos en centros lejanos han bajado de un 30% en el año 2016 hasta un 15% en el 2018 y en centros cercanos de un 50 a un 35%. En el año 2019 se prevé un descenso de estas cifras y conseguir el control del 100% de las valijas con la implantación del proyecto HERMES.

Conclusiones

La FJD, además de los pacientes del propio Hospital y sus 25 centros de Salud, recibe muestras de 3 hospitales públicos, 31 hospitales privados y Centros de prevención. Con este proyecto se ha conseguido un control pormenorizado de revisión de valijas, que ha supuesto una gran mejora en cuanto a tiempos de respuesta, evitándose también cualquier posible extravío de las mismas. Así mismo, se asegura que las valijas conservan la temperatura idónea de tal forma que las muestras no se deterioran y no hay que someter al paciente a una segunda extracción. Por otra parte, el centro de origen puede conocer las condiciones en las que se hayan las muestras en todo momento.

INDEMAND, CO-CREACIÓN LIDERADA POR LA DEMANDA

AUTORES

Gorka Sánchez Nanclares¹; MJ Caravaca Berenguer²; I Villegas Martínez³; L Cabrera Jiménez⁴; JM Alcaraz Muñoz⁵; LG Contreras Ortiz⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio Murciano de Salud

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Gestión de la Innovación

RESUMEN

Justificación

La innovación sanitaria está tradicionalmente liderada por la oferta de las empresas. Esta inercia resta posibilidades de éxito al producto, ya que el desarrollo comienza lejos de la necesidad para intentar adaptarse a ésta sólo en la fase de implantación. inDemand propone un nuevo modelo en el que la iniciativa parte de la demanda, proponiendo los profesionales necesidades de forma concreta y reglada (retos), seleccionando después la mejor solución entre las ofertas de empresas y co-creando el producto desde el primer momento en colaboración con los usuarios, sean sanitarios o pacientes.

Objetivos

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

Material y métodos

inDemand fue seleccionado por la Comisión Europea y financiado.

El modelo inDemand se basa en la existencia de tres actores necesarios para el éxito de la innovación:

1. El retador (servicio de salud),
2. el financiador (agencia regional de desarrollo) y
3. el solucionador (empresa).

Por ello el consorcio está formado por un socio por cada rol de cada una de las 3 regiones implicadas (Murcia, París y Oulu en Finlandia) de forma que pueda probarse el modelo en 3 regiones europeas muy distintas. El modelo se ha extendido a otras 11 regiones europeas dentro de la inDemand Community.

El proceso se inicia con una convocatoria interna en la que el Servicio Murciano de Salud (SMS) logró 68 retos propuestos por sendos grupos de profesionales. De ellos el SMS seleccionó 4 retos ganadores para ofrecerlos en concurso público a las empresas de toda Europa. Con las 4 empresas y grupos profesionales ganadores se inició 4 pilotos para la co-creación y validación de las 4 soluciones.

Resultados

Los 4 pilotos ganadores en la primera edición fueron:

1. ACRA: búsqueda de un algoritmo predictivo de los réingresos en UCI, aplicando machine learning a un data lake con los datos históricos.
2. MENUDO: app gamificada para la prevención de la obesidad infantil, centrada en la familia.
3. EPICO: canal de comunicación, seguimiento y auto-gestión para pacientes con epilepsia.
4. HEAT: solución para la planificación, evaluación y gestión de la formación sanitaria especializada.

Conclusiones

inDemand ha permitido al SMS no sólo obtener un primer mapa de la demanda (plasmado en 68 retos), sino un mapa del talento al identificar 68 grupos con conocimiento y compromiso para innovar. Además las experiencias de co-creación han sido intensas y provechosas, logrando resultados sorprendentes en tiempo récord. La satisfacción ha sido muy alta para todos los participantes, incluso para las empresas que han encontrado un nuevo formato de trabajo que les aporta mayor velocidad y precisión en sus desarrollos, aumentando la probabilidad de éxito.

MEJORANDO LA ATENCIÓN AL PROFESIONAL EN UN HOSPITAL: LA OFICINA DE ATENCIÓN AL EMPLEADO

AUTORES

M^a DEL MAR BEDOYA CAÑEQUE¹; C LORENZO GARCÍA².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

En los hospitales, muchas veces, a los profesionales les resulta complicado realizar sus propias gestiones laborales y asistenciales, debido a horarios, turnos, o la imposibilidad de ausentarse durante mucho tiempo de su puesto como ocurre en quirófanos o UVIS. Todo esto, junto al funcionamiento tradicional de los servicios de personal y a la dispersión de las fuentes de información, motivó que se pensara en la apertura de la Oficina de Atención al Empleado como único punto de referencia en el que los trabajadores pueden solicitar información y realizar gestiones laborales, así como sus propias citaciones de consultas médicas, con un horario adaptado a todos los turnos.

Objetivos

Facilitar al profesional la posibilidad de realizar todas sus gestiones de forma cómoda y optimizando tiempos. Concentrar en un solo punto la información, gestiones laborales y las citas a consultas médicas, en el hospital, del trabajador. Generar en el profesional confianza y satisfacción en lo que se refiere a su relación con el hospital. Evitar que el servicio de personal y nóminas tengan atención al público y así realizar sus funciones de forma más eficiente y en menos tiempo.

Material y métodos

Se cuenta con una Oficina de fácil acceso, situada en la planta Baja. En ella trabajan ocho personas, cuatro con atención directa al empleado, otras dos realizan las gestiones administrativas, la atención telefónica, del correo electrónico y del Whatsapp, con respuesta inmediata a dudas y consultas planteadas, y finalmente dos responsables. Los profesionales de atención directa facilitan información, tramitan las solicitudes de los trabajadores, y les entregan los documentos y resoluciones referentes a las gestiones y situaciones administrativas generadas. Además, citan las consultas médicas de los trabajadores y de sus familiares hasta segundo grado. La mayoría de la actividad de la Oficina de Atención al Empleado ya se hace de forma telemática. Su personal tiene diferentes horarios para facilitar la atención a los trabajadores de todos los turnos.

Resultados

Buena aceptación de esta unidad por parte de los trabajadores, de la Dirección del centro y de los servicios de Personal y Nóminas que han optimizado los tiempos en sus gestiones al no tener atención directa al empleado.

La Oficina de Atención al Empleado realiza una media anual de 100.400 gestiones entre las que se encuentran los trámites de las solicitudes de certificados, excedencias, reducciones de jornada, lactancias, jubilaciones..., las atenciones de consultas presenciales, telefónicas, a través del correo electrónico o de Whatsapp, la entrega de documentos personalmente, por correo electrónico o a través de correo postal y las citaciones de consultas médicas de los trabajadores y de sus familiares.

Conclusiones

La OAE del hospital ya es referente para todos los trabajadores y goza de su confianza. Es una unidad con mucho potencial por su adaptabilidad a los cambios, tanto a los normativos, laborales y sociales como a los tecnológicos. Abierta a continuas mejoras.

LA INTRANET DEL HOSPITAL UN ESPACIO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL EMPLEADO

AUTORES

M^a DEL MAR BEDOYA CAÑEQUE¹; C LORENZO GARCÍA.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

En los hospitales muchas veces es complicado hacer llegar a los trabajadores información de interés relacionada con el área de Recursos Humanos, de constante actualización, y difícil hacerlo en tiempo real. Por ello se pensó en habilitar una pestaña dentro de la intranet, gestionada por la Oficina de Atención al Empleado con la leyenda Atención al Empleado destinada exclusivamente a la comunicación con el profesional, porque en ocasiones el trabajador se siente ignorado por las organizaciones en sus necesidades.

Objetivos

Hacer llegar al trabajador información de interés del área de Recursos Humanos, actualizada, en tiempo real y de fácil accesibilidad. Evitar algunos desplazamientos que pueden ser incómodos o complicados por el turno, horario o puesto de trabajo (quirófano, uvi...). Mejorar la atención al profesional como pilar importante que es dentro de la organización y, por tanto, aumentar la satisfacción del empleado. Utilizar las TIC como herramienta para la mejora de la Comunicación Interna.

Material y métodos

La pestaña de Atención al Empleado de la intranet del hospital gestionada por la Oficina de Atención al Empleado hace llegar al trabajador información del área de Recursos Humanos, y lo referente a las gestiones laborales de los trabajadores con la Oficina de Atención al Empleado. Para ello, la pestaña está dividida en tres partes: una central con todas las noticias de actualidad y en su parte inferior la sección de destacados, donde están los enlaces a las bolsas de empleo, traslados, OPES y Acuerdos de la Mesa Sectorial de la Comunidad Autónoma. En la izquierda se encuentra la información de interés que ya no es novedad, distribuida en un menú con botones dentro de los cuales se encuentran documentos que se pueden descargar y en la parte derecha está el acceso directo al correo corporativo. Desde la Oficina se intenta generar una cultura de uso de la intranet. Además, mensualmente, se contabiliza el número de visitas que ha tenido la pestaña en cada uno de sus apartados, facilitando esta información a la Dirección.

Resultados

La pestaña de Atención al Empleado de la intranet del hospital recibe una media de 10.600 visitas al mes, con picos de mayor acceso en períodos en que se publican convocatorias de OPES, traslados, etc., porque afectan a la mayoría de los trabajadores. Es la pestaña de la Intranet del hospital que más visitas recibe.

Conclusiones

Del uso que se hace de la pestaña de Atención al Empleado de la intranet del hospital, se deduce que es una herramienta muy útil para la comunicación interna en el área de Recursos Humanos, por su gran accesibilidad y fácil manejo. Además, la fidelidad de las visitas y su aumento, demuestra que se han tenido en cuenta criterios de calidad en la elección de contenidos y en su presentación. También que es una herramienta de interés en cuanto a la mejora de la satisfacción del profesional en su relación con la organización. Por último, se puede decir, que es un espacio de creatividad y mejora continuas.

EJERCICIO DE SIMULACIÓN ANTE LA APARICIÓN DE UN BROTE POR MICROORGANISMO MULTIRRESISTENTE EN CANARIAS

AUTORES

MARÍA PALOMA GARCÍA-DE-CARLOS¹; N BAÑÓN MORÓN²; I RODRÍGUEZ PALMERO³; R GÓMEZ PESCO⁴; MT FLÓREZ-ESTRADA FERNÁNDEZ⁵; ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SERVICIO ATENCIÓN ESPECIALIZADA. SERVICIO CANARIO DE SALUD.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La aparición y propagación de las infecciones causadas por bacterias multirresistentes (MMR) es una de las amenazas más graves a las que se enfrenta la salud pública. El Servicio Canario de la Salud (SCS) no dispone de un procedimiento que aglutine las competencias de cada centro en el abordaje y gestión ante la diseminación de infecciones por MMR de nueva aparición que implique a varios centros sanitarios con repercusiones fuera del ámbito regional como lo planteado en el simulacro. Los ejercicios de simulación son una herramienta de trabajo muy efectiva para la preparación sanitaria, impulsando el ciclo de mejora continua y fomentando la cooperación entre centros ante amenazas de nueva aparición para la salud individual y colectiva de los ciudadanos.

Objetivos

Establecer un procedimiento de actuación conjunto y coordinado de todas las instituciones del SCS para minimizar el impacto de las infecciones por MMR en la salud de la población y los pasos para mitigar el impacto. Compartir las mejores prácticas basadas en la experiencia y establecer mecanismos coordinados de respuesta ante la aparición de nuevos mecanismos de resistencia bacteriana con potencial propagación nacional y transfronteriza.

Material y métodos

Se diseñó un escenario en el que los profesionales debían compartir conocimiento, habilidades, experiencias y buenas prácticas para responder de manera individual y colectiva a los retos de una amenaza infecciosa de este tipo para la salud de la población y establecer procedimientos de actuación coordinados. Se planteó la aparición de un brote infeccioso hospitalario debido a *Klebsiella pneumoniae* hipervirulenta (hvKP). Se dieron cita expertos en el área de microbiología, medicina preventiva, unidades de enfermedades infecciosas y/o medicina interna, representantes de los equipos directivos de cada centro, responsables de salud pública de la Comunidad, Servicio de Urgencias Canario (SUC-061) y gabinetes de prensa. Los participantes se distribuyeron en grupos que simulaban centros hospitalarios/instituciones. El caso constaba de 12 inputs que recogían centro/s implicado/s, cronología y relato de los eventos que se sucedían.

Resultados

Participaron 38 profesionales. Se evaluó la satisfacción global obteniéndose una media de 8,3 sobre 10.

Se puso en evidencia la implicación de los clínicos en la gestión local del brote, ineficiencias en la comunicación con los equipos directivos y con otros centros (achacables a una visión local del problema), la indefinición del papel de los gabinetes de comunicación ante situaciones de alarma por MMR -como interlocutores con la población y con los trabajadores del centro sanitario. Desconocimiento de la gestión necesaria ante brotes transfronterizos,

Conclusiones

Necesidad de realizar ejercicios conjuntos de gestión de brotes y protocolizar circuitos entre servicios/centros.

Creación de grupos para definir competencias, circuitos, protocolos entre centros, plasmados en documentos institucionales en base al Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: TRIUNFO, FRACASO O TODO LO CONTRARIO...

AUTORES

RICARDO DIOS DEL VALLE¹; B PRIETO CARROCERA²; N IZQUIERDO GARCÍA³; E IZQUIERDO GARCÍA⁴; S GOMÉZ DÍEZ⁵;
R VILLA ESTEBÁNEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ÁREA IV¹; GERENCIA ÁREA IV²; GERENCIA ÁREA IV³; CONSULTORIO VALDESOTO⁴;
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ASTURIAS⁵; 09325925T⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas
ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

El desarrollo de las TICs ha sido exponencial en el ámbito sanitario, y ha dibujado un nuevo escenario asistencial. Una de las primeras especialidades en incorporarse fue la dermatología. En nuestra comunidad autónoma se inicia la tele dermatología en 2016. Existen diversos estudios que muestran la gran aceptación de esta tecnología por los pacientes. Dentro de las ventajas que parece ofrecer esta técnica, es favorecer una mayor capacitación de los profesionales en AP, mejorar la accesibilidad y favorecer una gestión del tiempo más eficiente. Se estima que más de la mitad de las consultas generadas en tele dermatología serán resueltas totalmente por esa vía. A pesar de ello, existen resistencias en los profesionales; y la innovación no cala de igual manera en todos los centros. Analizar las diferencias e identificar factores asociados es un elemento clave para detectar áreas de mejoras y diseñar estrategias de implantación efectivas.

Objetivos

Definir el grado de implantación de la tele dermatología en los diferentes centros de nuestra comunidad e identificar factores asociados.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Población: centros de salud con TD. Variables: área, habitantes, estudios solicitados, fecha estudios, distancia al hospital, programa activo o no (no activo: no ha solicitado en los últimos 4 meses). Análisis: cuantitativas con media y desviación típica; cualitativas con distribución de frecuencias. Se analiza la relación entre que el programa este activo o no y la media de estudios/mes/1000 habitantes con el resto de variables.

Resultados

TD: 29 zonas de 84(34,5%). Inicio:08/2016, hay centros que llevan 33 meses y otros 2 meses. Se realizaron 757 estudios hasta abril 2019 (52,94/mes). 26,97(DT:21,7) minutos del centro al hospital de referencia. 31% con programa inactivo(4 meses consecutivos sin estudios). Estudios/mes/1000 habitantes: 0,29. Estudios/mes1000 habitantes se relaciona estadísticamente con mayor lejanía al hospital (coef. Spearman:0,39;p=0,036) y con menor número de habitantes (coef: -0,395;p=0,034). La media estudios/mes disminuye a lo largo del tiempo, siendo 1.65 en primer semestre(1S), 1.24(2S), 1.18(3S), 0.88(4S). La reducción es mayor en centros con programa no activo: 1S (2,02 activos vs 0,96 no activos), 2S(1.54vs0,67), 3S(1,70vs0,05;p=0,001), 4S(1,2vs0)

Conclusiones

Desarrollo limitado. Los factores que influyen en aceptación: lejanía hospital y dispersión, los problemas de accesibilidad son claves. Los centros que abandonan(inactivos) tienen menor uso desde el inicio de la TD; otro elemento a tener en cuenta es la predisposición de los profesionales a estas tecnologías para que tengan éxito en el futuro. Todos disminuyen la solicitud a lo largo del tiempo, siendo los 18 meses un momento crítico para el abandono. A la luz de los datos, priorizar implantación en zonas rurales y analizar predisposición de profesionales. Debemos desarrollar nuevas líneas de investigación, analizando los motivos de los profesionales para aceptar esta tecnología (en diseño).

BUENOS DÍAS: COORDINACIÓN ENTRE EQUIPOS

AUTORES

MONTSERRAT MONGE GIMENO¹; M ESTELLES BARROT²; N FABREGAT FABRA³; M MASCO RAYA⁴; S MILLAN LOPEZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL PLATO.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

Hospital Plató pertenece a la red sanitaria pública (SISCAT) y se encuentra ubicado en la ciudad de Barcelona. En 2003 implantó como modelo de gestión de la calidad el modelo European Foundation Quality Management (EFQM), habiendo alcanzado en la actualidad el sello de 500+.

Uno de los objetivos de Hospital Plató, es el de informar, llegar a acuerdos, buscar áreas de mejora, relacionarnos y a través de todo esto conseguir la satisfacción del paciente.

En la reunión diaria de “buenos días” obtenemos en poco tiempo una visión global del Hospital: Hospitalización, Urgencias, Consulta Externa, área médica y área quirúrgica, lo que nos permite poder realizar una mejor gestión enfocada a nuestro paciente.

Objetivos

Mediante el trabajo en equipo, conocer la situación real del hospital, sobre todo en términos de ocupación y desde las diferentes áreas. Todo ello permitirá, de forma ágil y consensuada, tomar las medidas más adecuadas en función de las necesidades diarias, siempre en beneficio del/de la paciente.

Material y métodos

El equipo, formado por:

- Jefe de Gestión de Clientes (Admisiones, Consultas Externas, Atención a la Ciudadanía)
- Jefe de Guardia (UCI, Urgencias, Atención continuada Hospitalización)
- Jefe de Área Enfermería Urgencias.
- Jefe de Área Enfermería Hospitalización
- Responsable del Área Médica
- Responsable del Área Quirúrgica

procede a la revisión de la ocupación de urgencias y UCI, así como también la previsión de altas y de ingresos. Se trabaja conjuntamente la posibilidad de activación de la Hospitalización a domicilio, o la activación hacia los Centros Socio sanitarios.

Con todo ello se hace una previsión de camas necesarias.

Resultados

Este trabajo conjunto nos permite:

- Reducir el tiempo de visita de interconsulta del especialista al paciente urgente.
- Priorizar los ingresos desde urgencias, adelantando la adjudicación de camas y agilizando el ingreso.
- Activación de Hospitalización domiciliaria/Centro Socio-sanitario.
- Planificación actividad en planta.
- Agilizar el drenaje de pacientes de UCI (camas disponibles)
- Agilizar altas de hospitalización
- Prioridad servicio limpieza
- Evitar anulación de intervenciones quirúrgicas.
- Establecer el criterio de anulaciones de intervenciones quirúrgicas en caso de necesidad.
- Reducir estancias.
- Reconversión CMA o CMH
- Apertura/cierre de plantas de hospitalización (dotación de enfermería y costes).
- Satisfacción paciente y familiar: atención fin de vida (sedación).

Conclusiones

El hecho de realizar diariamente esta pequeña y a la vez gran reunión entre equipos multidisciplinares permite mejorar la calidad de atención de nuestro paciente, así como también mejorar y agilizar nuestros circuitos internos, permitiéndonos a través de la comunicación e información que se intercambia en esta reunión mejorar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y ser eficientes.

INTEGRAR PARA AVANZAR: EL GRUPO DE CALIDAD COMO CLAVE DEL CAMBIO

AUTORES

M^a SOLEDAD PARRADO-CUESTA¹; JS SALAS-VALIÉN²; MB CASTAÑEDA-GARCÍA³; JL BURÓN-LLAMAZARES⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

Integración real, en el ámbito de la calidad y la innovación de la asistencia sanitaria, orientada hacia el paciente, y desde todas las áreas que forman organizaciones complejas como los hospitales de atención especializada, hace necesario que se acometan acciones destinadas a todas las categorías profesionales. Esta integración deriva de la inevitable implicación de todas las áreas para conseguir objetivos y reconocimientos de calidad, como ISO o EFQM, necesarios para alcanzar las expectativas del paciente en calidad esperada y recibida.

Objetivos

El Grupo de Calidad, formado por los coordinadores de calidad de cada dirección de división y el gerente, constituye una unidad de acción homogénea, uniforme, con una visión común y objetivos compartidos para sumar avanzando juntos:

- Unificar y sistematizar dinámicas de trabajo, establecer formatos de calidad, criterios de aprobación de documentos y gestionar la documentación del SGC.
- Asesorar a la gerencia.
- Asesorar, orientar y formar a los profesionales y unidades del HULE en la identificación de amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades, en identificar procesos y elaborar procedimientos orientados hacia clientes internos y externos y hacia el paciente.
- Elaboración y seguimiento del Plan Estratégico del HULE, participando de manera activa en la definición y consecución de los objetivos, dinamizando grupos de trabajo y orientando las actuaciones.

Material y métodos

El Grupo de Calidad tiene entidad propia. El apoyo de la alta dirección se refleja por la implicación del más alto nivel gerencial en la actividad del grupo.

Sistematizan reuniones semanales en las que se monitorizan los objetivos, se plantean acciones de mejora, se alcanzan acuerdos y se levanta acta.

Solicita el asesoramiento de expertos, analizando y valorando las propuestas recibidas para avanzar en la mejora continua.

Elabora encuestas de clima laboral para captar necesidades de comunicación, satisfacción y liderazgo de los profesionales y favorece la identificación de necesidades y expectativas de los usuarios trabajando en estrecha colaboración con las asociaciones de pacientes.

Los tres coordinadores de calidad son webmaster de la intranet corporativa y uno de ellos gestiona la web del HULE.

Resultados

Elaboración y seguimiento de los Planes Estratégicos del HULE, en el que participan más de 30 profesionales de todas las direcciones. Sello EFQM 400+. Sensibilización e interiorización de la calidad en todos los profesionales del HULE. Renovación del grupo multifocal. Incremento del número de servicios que solicitan apoyo y asesoramiento para realizar procedimientos, establecer grupos de mejora o certificarse en ISO con el paciente como centro.

Más de 28.000 descargas de documentos en la intranet.

Conclusiones

Profesionales de todas las categorías de las tres direcciones de división participan para alcanzar objetivos. Incremento del número de procedimientos y procesos. Gran implicación del equipo directivo. Control integral de la gestión documental.

MODELO DE REHABILITACIÓN INTEGRADO HOSPITAL, PRIMARIA Y SOCIO SANITARIO

AUTORES

ESTHER VILERT GARROFA¹; C AVINYÓ FARRET²; E ALIÑO ESCURIET³; MT MANEIRO CHOUZA⁴; N PUIGDEVALL SALVANS⁵; C FIGUEROA CHACON⁶.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACIÓN HOSPITAL DE PALAMÓS

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

El incremento de prevalencia de enfermedades crónicas del aparato locomotor comporta visitas a distintas especialidades relacionadas entre sí generando dificultades de coordinación, fragmentación de la asistencia y poca eficiencia. Las prestaciones de rehabilitación pueden realizarse en tres ámbitos: hospitalario, ambulatorio y/o domiciliario precisando en ocasiones de la combinación de las tres para un mismo proceso.

Objetivos

Gestionar de forma integrada las prestaciones de rehabilitación

Descentralización de los tratamientos realizándose en centros de atención primaria

Facilitar la accesibilidad

Mantener la efectividad de las intervenciones racionalizando los recursos disponibles

Material y métodos

Se realizaron acciones en cada nivel asistencial. Tenemos una historia clínica compartida única (1995). Disponemos de un gimnasio en cada ABS para las sesiones individuales o grupales, fisioterapeuta consultor en primaria semanal (2013), consultorías presenciales mensuales de rehabilitación y las interconsultas virtuales. En Hospital y centro Sociosanitario se redefinieron circuitos y prestaciones. En domicilios se realiza la rehabilitación de toda la comarca.

Modelo implantado en zona con dos entidades proveedoras y área de influencia de 125.000 usuarios. La gestión corresponde a una de ellas que dispone de 1 hospital comarcal, 4 Áreas Básicas de Salud (ABS) y un centro Sociosanitario. Otra ABS es gestionada por la otra entidad. Personal: 82 médicos de familia, 5 rehabilitadores, 22 fisioterapeutas, 5 terapeutas ocupacionales, 1 logopeda y 4 auxiliares.

El modelo se caracteriza por: jefe servicio y coordinador de rehabilitación únicos en 3 ámbitos, centralización interconsultas, descentralización de la rehabilitación realizándola en primaria, consultorías presenciales de médico rehabilitador con médicos de familia (1 h/mes/médico familia), presencia fisioterapeuta en centros de primaria con derivación directa médico de familia, acceso a pruebas radiológicas en primaria, intervenciones grupales.

Resultados

Se han realizado un promedio de 2500 visitas anuales al fisioterapeuta de atención primaria en las 5 ABS, siendo: 40% lumbalgias, 28% cervicalgias, 18% omalgias y 14% gonalgias. Del total de lumbalgias mejoran el 68%, cervicalgias el 79%, omalgias el 71% y 75% de gonalgias a los 3 meses. Al año mantienen mejoría el 73% del total de visitas y las que no se derivaron a médico rehabilitador. Del total de consultas a rehabilitación (1306 año 2016) un 31% fueron tratamientos directos sólo con visita del médico de familia. Disminución de visitas a traumatología entre un 5-10% según la ABS.

Conclusiones

El modelo único en toda la comarca favorece la optimización y eficiencia de recursos evitando la duplicidad de los mismos y evita desplazamientos. Asimismo las consultorías y el fisioterapeuta en primaria son un filtro resolutivo para las patologías más prevalentes siendo de gran soporte para médicos de familia y disminuyendo las derivaciones a traumatología.

SISTEMA SCRUM PARA LA GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES

AUTORES

Gustau Zariquiey-Esteva¹; M Sales-Col²; J Salabert-Carreras³; I Celma-Rosés⁴; L Helgadóttir-Castrillo⁵; H Tornos-Millet⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Vall d'Hebron Hospital Campus

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

El Vall d'Hebron Campus está implementando su Modelo de Gestión por Procesos Avanzados que se fundamenta en cuatro ejes: adecuación de la práctica clínica, seguridad, flujo e innovación. Existe un equipo de profesionales, formado por dos epidemiólogos, tres enfermeros y seis ingenieros (dos de ellos enfermeros), que da soporte a más de 190 proyectos. Con el nuevo organigrama en funcionamiento desde principios de año, las unidades de Procesos, Seguridad de Paciente, Mejora de la Adecuación de la Práctica Clínica y de Innovación necesitaban trabajar de manera solidaria y alineada la estrategia de la institución. La necesidad ordenar proyectos, equilibrar agendas de consultores y priorizar tareas obligó al equipo a usar una metodología de gestión de proyectos, llamada Scrum, que se fundamenta en dos pilares: el ciclo de vida iterativo e incremental y las reuniones periódicas a lo largo del proyecto.

Objetivos

1. Objetivar la dedicación de cada consultor a sus respectivos proyectos.
2. Agilizar los elementos que actúan como puntos bloqueadores.

Material y métodos

En marzo de 2019, se listaron los proyectos a los cuales la Unidad de Procesos estaba dando soporte, con un total de 194 proyectos. Los consultores recibieron una formación de 2 horas teóricas y 4 prácticas en metodología Scrum. Al cabo de dos semanas se prototipó la primera versión de panel Scrum, con controles (check-in) semanales y sprints bisemanales. Se acordó empezar las reuniones a las 08:00 de la mañana, con una duración objetivo de 15 minutos (las diarias) y 30 (las semanales), y con un porcentaje de asistencia objetivo del 80%. El periodo de estudio fue del 26 de abril al 27 de mayo y desde el primer día se monitorizaron 11 variables:

- Asistencia (%)
- Hora de inicio y de finalización
- Duración de la reunión diaria y semanal (planificación de los próximos siete días)
- Número de historias de usuario comentadas (por consultor y totales)
- Número de puntos bloqueadores (por consultor y totales)
- Segundos por proyecto
- Propuestas de mejora

Resultados

La media de duración de las reuniones diarias pasó de 23'40" a 10'24" en cuatro semanas. De media, la asistencia fue del 53% y se comentaron 19,8 historias de usuario, con 45,1 segundos de media para cada una. Un 36,3% de los días se identificaron puntos bloqueadores. Se objetivaron agendas sobredimensionadas, proyectos no prioritarios y desconocimiento de algunos proyectos de los compañeros. Las mejoras fueron: estandarizar la estructura y el contenido de las historias de usuario, usar un color del post-it distinto en función de la flexibilidad de la tarea (flexible, programado, imprevisto) y seguir la estructura "qué hice ayer, qué problemas tuve y qué voy a hacer hoy".

Conclusiones

La implementación de la metodología Scrum en la Unidad de Procesos ha aumentado la comunicación entre los profesionales, la rapidez para la resolución de los puntos bloqueadores y la planificación a dos semanas en base al aprendizaje del día a día.

LA E-CONSULTA COMO HERRAMIENTA COMUNICACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y NEUROLOGÍA.

AUTORES

Ambrosio Miralles Martínez¹; MJ Abenza Abildúa²; B Ubach Badia³; C García Fernández⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Infanta Sofía.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

Cada vez son más necesarias herramientas de Telemedicina para establecer canales de comunicación efectivos, ágiles y seguros entre los distintos niveles asistenciales. El desarrollo y aplicación de la consulta virtual (e-Consulta) entre atención primaria (AP) y atención especializada (NRL –Neurología- en este caso) nos permite avanzar y consolidar la continuidad asistencial a los pacientes. La e-Consulta integrada en la plataforma SELENE de historia clínica electrónica es un canal de comunicación asíncrono, interoperable, personalizado y seguro.

Objetivos

Analizar la utilización y adecuación de la e-Consulta como herramienta y canal de comunicación entre AP y NRL en el seguimiento de pacientes neurológicos crónicos.

Material y métodos

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre la totalidad de e-Consultas entre AP y NRL desde el desarrollo de la herramienta. Se analizan el número y procedencia de las e-Consultas, el destinatario, el motivo de consulta, la enfermedad sobre la que se realiza la consulta, su adecuación, la cumplimentación del formulario de solicitud y el tipo de respuesta ofrecida.

Resultados

Entre Abril de 2012 y Marzo de 2019 se atendieron 977 e-Consultas; el número de solicitudes anuales fue aumentado año tras año. Se recibieron e-Consultas desde todos los Centros de Salud del área de referencia. Todas las e-Consultas eran personalizadas. El Motivo de consulta constaba el 99% de los casos y los más frecuentes fueron las complicaciones clínicas (45.7%), trámites burocráticos de visado de fármacos (23.3%) y complicaciones farmacológicas (22.5%). La patología más consultada fue la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (39.6%). Se consideró adecuada la consulta en el 74,4%. La cumplimentación correcta del formulario por AP fue del 60% y por NRL del 78.2%. Se dio respuesta al 93% de las e-Consultas; precisando adelantar la cita en un 18,8% y el envío a urgencias en el 1,8%.

Conclusiones

La e-Consulta es una herramienta útil para tomar decisiones en la continuidad asistencial clínica y administrativa de los pacientes neurológicos crónicos, evitando los desplazamientos innecesarios y las demoras de consultas. Son necesarias medidas encaminadas a una mayor difusión y utilización de la herramienta, así como un correcto uso y cumplimentación de la misma.

COORDINACIÓN ENTRE DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

ESTHER BADIA PERICH¹; V SABATE CINTAS²; A MARTINEZ NEJEM³; M BALLESTER ROCA⁴; I PARRA BLÁZQUEZ⁵; N PRAT GIL⁶.

CENTRO DE TRABAJO

UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD.¹; UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD.²; UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD.³; UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. HOSPITAL GERMANS TRIES I PUJOL. INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD.⁴; HOSPITAL GERMANS TRIES I PUJOL. INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD.⁵; DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD.⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

El modelo sanitario actual, orientado a garantizar una excelente atención que integre la seguridad del paciente, requiere una adecuada interrelación entre los diferentes niveles asistenciales. Debemos establecer estrategias conjuntas de actuación, para definir mecanismos de coordinación, que mejoren la calidad de servicio y la percepción del ciudadano, así como disminuyan los efectos adversos subyacentes. Nuestro territorio incluye 1 Hospital y 10 Equipos Atención Primaria, que proporcionan asistencia a 200.000 hab.

Objetivos

Implantar medidas de seguridad detectadas a partir de análisis de eventos adversos (EA) a pacientes, ocurridos en coordinación entre los niveles asistenciales.

Material y métodos

Creación de una unidad funcional transversal de seguridad del paciente (UFTSP) con profesionales de atención primaria y atención especializada.

Alcance: Eventos adversos de seguridad del paciente relacionados con la continuidad asistencial.

Funciones: Investigar e intercambiar información sobre los eventos notificados en los diferentes ámbitos. Análisis conjunto mediante técnica causa-raíz. Elaboración acciones de mejora de coordinación. Propuesta acciones de mejora a órganos directivos para aprobación. Implantación y seguimiento de mejoras aprobadas.

Metodología: Mejora continua en gestión del riesgo (identificación, análisis, propuestas de mejora, intervención y evaluación) con técnicas metodológicas para cada una de ellas.

Resultados

Período 2016-2018: 200 notificaciones. Se han analizado las 25 con daño a paciente.

Principales causas detectadas: Falta de consenso carteras de servicio y criterios de derivación. Pruebas complementarias preferentes sin criterios de derivación definidos. Circuitos no definidos para algunas patologías oncológicas. Deficientes alertas informáticas para resultados patológicos de pruebas. Comunicación inadecuada entre profesionales de los dos ámbitos. Déficits de calidad en informe alta hospitalaria y receta electrónica. Rutas asistenciales definidas, poco conocidas.

Acciones de mejora implantadas: Nuevos pactos en carteras de servicio y criterios de derivación. Creación circuito específico endoscopias digestivas preferentes. Creación Unidad Diagnóstico rápido Medicina interna para sospechas diagnosticas de tumores. Implantación circuitos de comunicación ante resultados anormales de pruebas. Creación visitas virtuales entre niveles asistenciales para mejorar la coordinación. Informes de alta hospitalaria mejorados. Difusión/formación rutas asistenciales de coordinación.

Conclusiones

La UFTSP es una buena herramienta de mejora de la seguridad del paciente en relación a la coordinación asistencial. La visión global ayuda a mejorar carencias en circuitos y problemas de comunicación. La UFTSP define mejoras efectivas valoradas por las direcciones, que lideran su implantación. En algunos procesos hemos detectado la disminución de EA tras la implantación de las acciones de mejora.

REFERENTE DEL DOLOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA FIGURA PARA MEJORAR EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

AUTORES

LIDIA RIOS VALLES¹; P GIL GOMEZ²; S BELLA ROMERA³; V MORENO RODRIGUEZ⁴; J MIRA PEREZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

ABS CAMBRILS¹; ABS CAMBRILS²; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN REUS³; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN REUS⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La Organización Mundial de la Salud considera el dolor como una enfermedad, y su tratamiento como un derecho humano. Alrededor del 17% de la población de nuestro entorno padece dolor crónico y ve afectada su calidad de vida.

Los médicos de Atención Primaria (AP) son a menudo los primeros en diagnosticar y tratar las enfermedades que causan dolor, tanto agudo como crónico, lo que les coloca en una posición clave para realizar un correcto abordaje integral y si es preciso, derivar aquellos casos que precisen atención especializada. El dolor es el segundo motivo de consulta en AP y más del 50% de nuestras visitas están relacionadas con el Dolor crónico no oncológico (DCNO). Por todo lo expuesto valoramos la necesidad de implementar un proyecto de colaboración entre AP y Unidad del Dolor y nombrar un medico referente

Objetivos

Definir las funciones del referente del DCNO en nuestro centro de salud.

Mejorar la coordinación con la Unidad del Dolor (UD) de nuestro Hospital de referencia

Material y métodos

Se nombró un médico de familia voluntariamente como referente del equipo de atención primaria y un médico anestesista referente de la UD r, con las funciones de gestores de casos complejos de DCNO, formación del equipo, asesoramiento en casos concretos y relación directa entre ambos.

Formación de nuestro referente en la UD del hospital .

Definición de las patologías y los criterios de derivación tanto del equipo de AP a su referente, como de este a la UD.

Diseño de una agenda virtual para la derivación de pacientes con DCNO que precisen una atención más inmediata, siempre previa valoración por el referente de AP.

El referente de la UD es el que prioriza la atención de dicha derivación i da respuesta al referente en la Historia Clínica compartida

Resultados

En junio de 2018 se reunieron ambos referentes . En julio de 2018 se puso en marcha la prueba piloto en nuestro centro durante 6 meses : se derivaron 19 pacientes a nuestro referente de APS de forma preferente. Las patologías remitidas fueron: Hernia discal con afectación radicular (10) , Neuralgia postherpética (3), Neuropatía diabética (1), Dolor miofascial (2), Pubalgia (1), Contractura crónica trapecio (1), cervicobraquialgia (1). Tras ser evaluados por nuestro referente, solo 4 fueron derivadas mediante la agenda virtual a la UD de forma preferente, todas fueron por patología discal con afectación radicular y recibieron tratamiento en menos de 3 semanas. Del resto de derivaciones, 9 fueron asumidas directamente por el referente (2 Neuralgias postherpeticas tratadas con parches de capsaicina), 3 fueron derivadas a traumatología para completar estudio, y las 3 restantes se derivaron a la UD por el circuito ordinario por no cumplir criterios de derivación preferente

Conclusiones

Creemos que la figura del referente del dolor mejora la calidad e idoneidad de las derivaciones a la UD y su priorización, agilizando el tratamiento en los casos complejos.

La coordinación con la UD ha mejorado el abordaje del dolor en nuestro centro.

TRABAJAMOS PARA ASEGURAR TRANSICIONES SEGURAS AL PACIENTE CRONICO DESCOMPENSADO EN NUESTRO TERRITORIO

AUTORES

Nuria Hernandez Vidal¹; M Gens Barbera²; R Reig Puigbertran³; J Delagneau Gonzalez⁴; L Florit Serra⁵; P Espelt Aluja⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Unitat Qualitat Territorial CT¹; Unitat Qualitat Territorial CT²; Hospital Joan XXIII³; CAP Tarraco⁴; Hospital Joan XXIII⁵; Atencion Primaria⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas
ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La atención sanitaria en el domicilio es muy compleja. En la mayoría de los procesos asistenciales hay muchos pasos y profesionales que actúan lo que facilita la aparición de problemas de seguridad. Estudios realizados muestran que la magnitud de los problemas de seguridad es elevada. Desde la perspectiva de la seguridad del paciente, la transición entre niveles supone para el paciente frágil y con más co-morbilidad un mayor grado de vulnerabilidad.

Objetivos

Garantizar el continuum asistencial del Paciente crónico complejo (PCC) descompensado activando el dispositivo asistencial más adecuado en función de sus necesidades, asegurando la transferencia segura, efectiva y eficiente.

Material y métodos

Nos planteamos tres fases: Primera fase: Identificar responsables de los diferentes niveles asistenciales y reuniones iniciales. Análisis de situación actual. Segunda fase: Constitución de grupo de trabajo. Definir modelo asistencial y organizativo del proyecto. Diseño del PNT de coordinación entre los diferentes dispositivos para el paciente crónico complejo del territorio (OCACT). Aprobación en los diferentes órganos de gobierno. Tercera fase: Formación, presentación del proyecto y pilotaje

Resultados

Primera fase: Identificados los responsables de los diferentes dispositivos (Hospital Dia Medicina interna, PADES, Subagudos-Socio-sanitario, Hospital de agudos, atención primaria, gestora de casos y enfermera de enlace). Reuniones planificadas y realizadas. DAFO realizado. Segunda fase: Grupo de trabajo constituido por 10 profesionales multidisciplinares. Modelo organizativo: Unidad de Coordinación formada por una gestora de casos de atención primaria, una enfermera de enlace hospitalaria y un soporte administrativo. Reuniones con el GdT realizadas. Diseño del PNT de coordinación entre los diferentes dispositivos (contacto con OCACT, sistema de revisión de solicitudes, gestión del caso con resolución < 48h, contacto con el profesional referente de atención primaria y referente de los dispositivos de alternativas a la hospitalización convencional. Contacto con profesional experto. Contacto con el paciente aceptado en un dispositivo alternativo). Diseño de una aplicación informática que permite centralizar todas las solicitudes y facilita la gestión del caso. Aprobado en los diferentes órganos de gobierno. Tercera fase: Proyecto presentado a todos los actores de los diferentes dispositivos. Pilotaje realizado en dos centros de salud en junio de 2019.

Conclusiones

Desplegar programas territoriales para los PCC permite trabajar procesos clínicos integrados que facilita las transiciones más seguras. La creación de la OCACT, permite activar el recurso más adecuado para cada paciente, recibir una atención coordinada y de continuidad y coherente con el plan de atención en las transiciones entre niveles asistenciales. Esta ventana única facilita la comunicación efectiva entre los diferentes profesionales que intervienen en la transición del PCC descompensado.

COMO GESTIONAR EL CAMBIO TRANSFORMANDO LA FORMACIÓN EN IMPLICACIÓN

AUTORES

MÓNICA GARCÍA PÉREZ¹; I AVALOS MESEGUER²; F LIMIÑANA SAMPER³; A SÁNCHEZ GUTIÉRREZ⁴; J CLEMENT IMBERNON⁵; J URIS SELLÉS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

El desconocimiento de determinadas materias transversales como es el caso de la metodología para la gestión de calidad y mejora continua es un elemento condicionante en la definición y desarrollo de los sistemas de gestión.

Teniendo claro el papel fundamental de todos los profesionales en la implementación de los sistemas de gestión es necesario encontrar elementos dinamizadores de los proyectos y que sin duda pasan por el compromiso por parte de los profesionales.

En este sentido el Departamento de Salud de San Joan ha apostado por la realización de un proyecto de formación/acción a los profesionales en todo lo referente a los sistemas de gestión y los procesos de mejora continua de la calidad.

La metodología de formación/acción pretende transformar la adquisición de conocimientos y habilidades, en materia de sistemas de gestión de calidad, en competencia del profesional, añadiendo las actitudes proactivas en forma de compromiso con los proyectos a desplegar.

Objetivos

Desplegar un plan de formación orientado a la acción y con un carácter eminentemente práctico y cercano a los procesos asistenciales para que los profesionales logren un nivel adecuado de confianza en su trabajo que conlleven su compromiso con la mejora de la gestión y calidad de los servicios.

Material y métodos

Se han definido cuatro unidades didácticas recogiendo las diferentes etapas del proceso de definición y desarrollo de los sistemas de gestión de calidad.

La metodología seguida ha sido el planteamiento de los elementos conceptuales y aspectos teóricos de los diferentes temas utilizando la metodología del caso con el desarrollo de situaciones tomadas de la práctica cotidiana utilizados para la revisión de las herramientas utilizadas

Se ha valorado la relación entre los profesionales que asisten a este tipo de formación de cada uno de los asistentes y el nivel de compromiso y de implicación de los mismos trasladado indirectamente al grado de definición y desarrollo de los sistemas de gestión de calidad en los diferentes servicios

Resultados

Se han realizado 81 sesiones de formación con una duración media de 60 minutos, en un total de 17 servicios. El número de profesionales participantes ha sido de 481 con un máximo de 20 y un mínimo de 4 por servicio.

Conclusiones

El compromiso y adhesión de los profesionales es uno de los principios de la norma ISO 9001-2015 sobre los requisitos del sistema de gestión de la calidad con lo que la metodología de formación/acción en este ámbito proporcionará los conocimientos y habilidades en los profesionales que haga de motor para el cambio y la mejora de la calidad de los servicios.

MEJORAS ASOCIADAS A LA GESTIÓN POR PROCESOS AVANZADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES

FRANCISCO JAVIER RUBIO GIL¹; ÁL MUÑOZ GALINDO²; MÓ PEREZ DE LUCAS³; JO MARTÍN OTERINO⁴; MA PÉREZ GARCÍA⁵; JA MARTÍN HERNÁNDEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La evolución natural de la sociedad, nos lleva a enfrentarnos a nuevos retos en salud. Organizaciones diseñadas hace 50 años para dar respuesta a las características de la población de ese momento se quedan obsoletas para solucionar los nuevos problemas de salud de nuestra población. El aumento de la esperanza de vida, el incremento de enfermedades relacionadas con el estilo de vida, la aparición de nuevos tipos de infecciones añadido a la aparición de nuevas terapias, de sistemas diagnósticos más costosos, la aparición de nuevas disciplinas médicas, llevan a un aumento de los costes en salud. Todos estos cambios nos obligan a modificar el enfoque de nuestra atención y por tanto de nuestras organizaciones sanitarias, para poder hacer frente a esa demanda con un sistema sostenible, esto nos lleva a iniciar cambios culturales y operativos para adaptarnos a la nueva situación sociosanitaria.

Objetivos

Mejorar la organización de los equipos de nuestra unidad de hospitalización, para dar una mejor respuesta a las necesidades del paciente

Material y métodos

Nuestro hospital da cobertura a una población de 339395.

Se diseña un sistema organizativo del servicio basado en la gestión por procesos y utilizando herramientas de lean healthcare.

Se creó un grupo multidisciplinar compuesto por: un administrativo, cuatro licenciados especialistas en medicina interna, dos enfermeras, dos TCAE, un celador, un jefe de servicio y un jefe de unidad de enfermería.

Se llevaron a cabo ocho sesiones conjuntas:

- Formación básica en procesos avanzados
- Elaboración del mapa de flujo de valor y el estándar actual con definición de funciones con horario fijo, flexible y adaptable.
- Elaboración del estándar de trabajo inicial
- Creación de pizarra de gestión visual
- Sesión de comunicación del estándar cero al resto del equipo
- Prueba piloto
- Puesta en común de los resultados de la prueba piloto
- Modificación del estándar
- Creación del grupo de mejora continua

Resultados

En las pruebas piloto realizadas con el diseño de organización basado en procesos avanzados, se ha mejorado la comunicación del equipo, se han disminuido las interrupciones, trabajando la prealta se ha rebajado la hora del alta y se han aumentado el número de altas antes de las 12:30 h.

Conclusiones

El nuevo sistema de organización con metodología de procesos y utilizando para su diseño herramientas de lean healthcare, ha mejorado la atención a los pacientes que acuden a nuestro servicio, disminuyendo el retraso en las altas, manteniendo un equipo más estable, más coordinado y con información común.

ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES POR SOSPECHA DE MALIGNIDAD DESDE PRIMARIA A ESPECIALISTAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

José Miguel Cantero Escribano¹; AM Aisa Moreno²; T Silva Gajardo³; MA Baratas de las Heras⁴; A Vidal González⁵; M Amengual Pliego⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario La Paz.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La coordinación entre niveles asistenciales es un asunto de vital importancia para una atención sanitaria eficiente y eficaz en nuestro ámbito. Una de las herramientas desarrolladas para la gestión de derivaciones desde Atención Primaria a Atención Especializada se denomina SCAE (Solicitud de Citas en Atención Especializada). El análisis detallado de la información aportada por la misma, en este caso sobre las derivaciones por sospecha de malignidad oncológica, puede tener un gran potencial para mejorar la atención de este tipo de pacientes.

Objetivos

- Analizar la adecuación en la derivación desde Atención Primaria a Atención Especializada de las sospechas de malignidad oncológica, y su evolución en el tiempo, en un hospital de tercer nivel.
- Describir la evolución del total de solicitudes de derivación desde comienzos de 2016 hasta finales de 2018, así como de la calidad de la información aportada por el profesional como justificación de las mismas.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo, con abordaje principalmente descriptivo y parte analítico mediante regresión logística. Se incluyeron todas las solicitudes de derivación por sospecha de malignidad, desde cualquier centro de salud, a especialistas de este hospital desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2018 a través del programa SCAE (Solicitud de Citas en Atención Especializada). Las solicitudes fueron valoradas por un especialista del servicio receptor para determinar la pertinencia de las mismas y la calidad de la información clínica aportada.

Resultados

Se realizaron un total de 6183 solicitudes de derivación por sospecha de malignidad en todo el periodo analizado. De ellas, 1831 (29,6%) correspondieron a 2016, 2073 (33,5%) a 2017 y 2279 (36,9%) a 2018. El 59,8% fueron mujeres y el 40,20% hombres. La edad mediana fue de 64,8 años (RI 28,1). El especialista consideró que había información clínica suficiente en la solicitud de derivación en el 85,1% del total de derivaciones que fueron valoradas, aumentando del 81,6% en 2016, al 87,1% en 2017, y 86,0% en 2018. La derivación fue adecuada a juicio del especialista en el 66,2% de los casos, disminuyendo esta adecuación en 2018 (62,2%) respecto a los años anteriores (68,6% en 2016 y 68,7% en 2017). Se realizó un análisis detallado del porcentaje de derivaciones adecuadas en función de las variables edad, sexo, servicio de destino y centro de salud. No se encontraron diferencias por sexo pero sí una disminución de la adecuación de la derivación en adultos jóvenes.

Conclusiones

La evolución del número absoluto de derivaciones por sospecha de malignidad se ha incrementado en el periodo analizado. La información aportada por el médico de Atención Primaria en la solicitud de derivación ha aumentado en los dos últimos años respecto a 2016; sin embargo, el porcentaje de derivaciones adecuadas ha disminuido en 2018 respecto a los años anteriores. El análisis detallado de esta información puede permitir la optimización de la atención a través de la mejora en la derivación.

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA), MONITORIZACIÓN DEL DOLOR Y COMPLICACIONES EN EL DOMICILIO

AUTORES

Ainhoa Epalza Bueno¹; S Rodriguez Tejedor²; R Roca Castro³; E Cuesta de la Cal⁴; O Perez Algaba⁵; C Gutierrez García⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Cruces. OSI EEC

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es el modelo organizativo de la asistencia quirúrgica que permite tratar al paciente de una forma segura y efectiva sin necesidad de ingreso y sin utilización de una cama de hospitalización. Supone casi la mitad de nuestra actividad quirúrgica. La CMA permite disminuir el impacto en la vida cotidiana de los pacientes, reintegrarse con más rapidez a sus actividades cotidianas y aumentar en general la calidad de los actos asistenciales. Las encuestas de calidad respecto al dolor se enfocan durante su estancia en el hospital, nos parecía importante monitorizar el dolor y complicaciones en el domicilio para mejorar el control del dolor y la seguridad del paciente.

Objetivos

Monitorización del dolor con escala EVA en el domicilio del paciente

Monitorización principales complicaciones de las cirugías de CMA

Evaluación y difusión de resultados

Incluir en las encuestas de satisfacción el control del dolor y complicaciones en el domicilio

Material y métodos

Hemos creado un circuito al alta del paciente donde le citamos al de 6 horas tras alta hospitalaria con el consejo sanitario (servicio telefónico atendido por profesionales de la salud). Tras la realización de un formulario por especialistas de ORL, traumatología y ginecología, donde se evalúan ítems que incluye la escala EVA y las complicaciones quirúrgicas más frecuentes: temperatura, dolor, aspecto de la herida quirúrgica, tolerancia oral. Según el resultado el propio formulario es el que indica las acciones a seguir. Todos los meses evaluamos el registro de estas variables y las trasladamos a los diferentes servicios quirúrgicos para su análisis.

Resultados

Hemos realizado el formulario a 3092 pacientes hasta mayo de 2019. La distribución por especialidades es la siguiente: Cirugía General 1050 pacientes, Ginecología 587 pacientes, ORL-microcirugía 197, ORL-oído 107 pacientes y Traumatología a 1008. La mayoría de los pacientes tienen el dolor controlado (escala EVA 1-2), sin embargo hay un grupo, que aunque pequeño tiene Escala EVA (3 al 5), anecdótico los pacientes que han tenido dolor severo.

Respecto a las complicaciones el 95% presentaban parámetros normales.

Conclusiones

Es importante medir de manera sistematizada nuestra actividad y nuestros resultados para evaluar y mejorar. Los formularios que hemos diseñado, nos permiten sistematizar nuestra actividad, extraer los resultados para su posterior análisis. Difundir dichos resultados a los profesionales y animarles a su evaluación para la mejora continua es indispensable.

COMUNICACIÓN EN LOS EQUIPOS DIRECTIVOS: SATISFACCIÓN Y NECESIDADES.

AUTORES

VÍCTOR QUIRÓS-GONZÁLEZ¹; L CALVO-GARCÍA²; T MATÉ-ENRÍQUEZ³; S MONTERO-ALONSO⁴; MJ PÉREZ-BOILLOS⁵; JA MADERUELO-FERNÁNDEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA¹; CENTRO DE SALUD M^a ÁNGELES LÓPEZ GÓMEZ²; DIRECCIÓN GENERAL DE INNOVACIÓN Y RESULTADOS EN SALUD. SACYL.³; DIRECCIÓN GENERAL DE INNOVACIÓN Y RESULTADOS EN SALUD. SACYL.⁴; DIRECCIÓN GENERAL DE INNOVACIÓN Y RESULTADOS EN SALUD. SACYL.⁵; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas
ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La mejora en la comunicación interna en una organización parte de la detección de los errores más frecuentes. Además, la calidad de la información transmitida se considera un buen predictor de la satisfacción de sus trabajadores.

Objetivos

Conocer la opinión de los directivos respecto a la transmisión de información entre los diferentes profesionales de una organización sanitaria.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal a partir de un cuestionario semiestructurado y autoadministrado. Colaboraron 145 informantes clave con diferentes perfiles: 17 directivos, 51 responsables de equipos de profesionales y 77 profesionales, tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria.

El cuestionario incluyó 1 pregunta con datos sociodemográficos y 11 preguntas abiertas que recogían necesidades y expectativas sobre comunicación interna en la organización. Cinco de las preguntas que formaban parte de la encuesta incidieron en la satisfacción y calidad de la comunicación interna, así como posibles áreas de mejora y necesidades detectadas.

Resultados

Respondieron al cuestionario 15 personas pertenecientes a equipos directivos (proporción de respuesta: 88,2%). Nueve de los directivos eran hombres (60%), 7 tenían una edad superior a los 56 años (46,7%), con una mediana de 12 años de ejercicio profesional.

El 86,7% de los directivos (13/15) consideró mejorable la información que recibe habitualmente. Además, el mismo porcentaje de ellos aseguró que en ese momento no recibía información que necesitaría recibir para la correcta realización de su trabajo. Especialmente se centraron en el plano económico: contabilidad analítica y datos de otros centros. Cuatro personas (26,7%) señalaron la dificultad para comunicarse con sus superiores, 3 (20%) indicaron problemas a la hora de transmitir información a los responsables de equipos de profesionales o profesionales concretos de su gerencia y 2 (13,3%) apreciaron esas dificultades al comunicarse con profesionales de equipos directivos de otras gerencias.

En general, entre los puntos fuertes destacaron la recepción de contenidos útiles para su desempeño (ej. Acuerdos en materia de RRHH). Las principales áreas de mejora se relacionaron con el uso del teléfono (consideran que muchos de los correos electrónicos no pueden sustituir las conversaciones telefónicas) y en la necesidad de recibir cuadros de mandos más completos e información más precisa y homogénea que facilite el benchmarking.

Conclusiones

Los profesionales de equipos directivos encuentran múltiples deficiencias en la transmisión de información dentro de sus organizaciones, que afectan a la periodicidad, canales y contenidos. Lejos de reclamar circuitos y sistemas modernos, apuntan a la necesidad de recuperar interacciones por vía telefónica y/o a través de reuniones. Pese a ello, suplen las mencionadas carencias con la accesibilidad de la mayor parte de los trabajadores de su organización.

UN PASO MÁS EN LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL: CONSULTA NO PRESENCIAL

AUTORES

ARÁNZAZU GONZALO GARCÍA¹; A AGIRRE ARANBURU²; I LARREA ARETXABAETA³; I RODRÍGUEZ FUENTES⁴;
R PÉREZ ESQUERDO⁵; R ABAD GARCÍA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI BILBAO-BASURTO

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

Una de las prestaciones asistenciales que vienen de la mano del desarrollo tecnológico es la Consulta No Presencial (CNP). Esta consulta que puede realizarse con referencia del personal sanitario (facultativo o enfermería) con un paciente va a ser tratado en este procedimiento en su variante de consulta entre profesionales sanitarios. Esta prestación es una alternativa a otras ya más consolidadas como pueden ser las consultas de presencia o las interconsultas entre profesionales, y tiene sus propias características que hacen que en determinadas circunstancias mejoren a prestaciones de otro tipo y que exigen la presencia del paciente.

Objetivos

El objetivo clave es el de mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes, procurando para ello una adecuada atención en el mismo nivel o entre niveles asistenciales, en la que se pone en valor la importancia del Equipo de Atención Primaria como garante de la continuidad asistencial y del abordaje longitudinal a la atención de la salud de los pacientes.

Dar respuesta, adecuada en el tiempo, a la demanda de consulta emitida por los Médicos de Atención Primaria o quienes pidan la CNP. Orientar a la solicitud de pruebas diagnósticas, analíticas y de imagen con vistas a una resolución rápida de los procedimientos.

Resolver dudas diagnósticas y terapéuticas.

Aumentar la colaboración y confianza con los médicos de atención primaria y otras especialidades.

Material y métodos

Creación del grupo de trabajo de la implantación de la CNP (médico enfermería)

Análisis de los casos de éxito de las CNP

Aprobación del procedimiento de actuación

Apuesta común para realizar una implantación exitosa

Control continuo de incidencias

Implantación de buenas prácticas.

Incrementar la CNP de éxito.

Conseguir la actuación sobre protocolo en todos los niveles asistenciales.

Evitar duplicidades, criterios diferentes.

Evitar presencias innecesarias.

Crear una imagen de coherencia y confianza.

Satisfacción y aprendizaje en los profesionales, el paciente y su entorno.

Resultados

Es destacable el hecho de que en apenas 5 meses se haya conseguido descender de forma importante en número de pacientes en espera (de 6211 a 4223 pacientes) y las demoras en los servicios de rehabilitación y traumatología (de 89 a 48 días).

Esto ha generado de igual manera un descenso importante de las reclamaciones que se estaban dando en estos servicios a consecuencia sobre todo de las listas de espera en consultas.

Conclusiones

De la mano de la aplicación de la Historia Clínica integrada en toda nuestra OSI hemos podido generar una nueva prestación asistencial. Poniendo como base en los acuerdos de los distintos niveles asistenciales (protocolos consensuados) podemos atender a nuestros pacientes de forma adecuada sin que éstos tengan que trasladarse ni realizar esperas siendo conscientes de la continuidad asistencial por parte de Atención Primaria y Especializada y de la comunicación entre todos ellos.

ANÁLISIS DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS DE COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN HOSPITALARIA

AUTORES

EVA BELLERINO SERRANO¹; O HERNANDEZ VIAN²; M TEIXIDÓ COLET³; C CASANOVAS PANS⁴; M MASSOT MESQUIDA⁵; A FRANZI SISÓ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SERVEI ATENCIÓN PRIMARIA VALLÈS OCCIDENTAL. ICS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

Uno de los aspectos que tiene mayor impacto en la práctica asistencial de los profesionales consiste en disponer de una adecuada y fluida coordinación entre los niveles asistenciales. Desde la dirección del territorio y liderado por la unidad de calidad, se implantó un sistema de notificación de incidencias (Geslin) cuya finalidad era conocer la magnitud y el tipo de incidencias que se encontraban los profesionales de atención primaria (AP) en diferentes ámbitos de actuación

Objetivos

Analizar las incidencias de coordinación entre la AP y la atención hospitalaria de julio a diciembre del 2018
Conocer las especialidades que presentan mayores nº de incidencias de coordinación
Conocer las temáticas principales de dichas incidencias

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal y retrospectivo realizado en un Servicio de Atención Primaria (SAP) formado por 20 centros de AP y que da una cobertura a más de 400.000 personas.

Se analizaron las incidencias registradas por los profesionales de atención en un sistema de notificación informatizado. Todos los profesionales pueden notificar dichas incidencias.

El circuito de declaración:

El profesional genera notificación de incidencia en sistema "Geslin"

Automáticamente se genera mail con la notificación registrada a:

- referente asistencial del SAP
- referente de calidad del centro
- dirección del centro

El referente asistencial realiza una valoración detallada de la incidencia y envía un mail con la resolución o con las acciones realizadas a todos los implicados. Desde el equipo de AP debe asociar a cada notificación registrada un plan de mejora para minimizar esta situación y el impacto sobre el usuario. Solucionada la incidencia se informa como tal en el sistema

Resultados

En los 6 meses de estudio se dieron de alta un total de 180 notificaciones. Las especialidades con más incidencias registradas fueron cardiología (22%), digestivo (14%) y traumatología (13%). Existe otra categoría de "otras especialidades" que recoge una miscelánea con un considerable número de notificaciones (23%).

Los motivos principales de las incidencias registradas fueron: lista de espera (39%), programación no adecuada (23%), indicación de pruebas complementarias en la AP (17%)

Respecto a la distribución del registro de las notificaciones por centro presentaron una heterogeneidad (desde una a 17 notificaciones).

Conclusiones

1. Recategorizar la miscelánea para realizar una intervención más específica.

2. Incidencias más declaradas:

I. Listas de espera del hospital: necesario un compromiso institucional para reconducirlo

II. Programación no adecuada: se han adoptado varias medidas, la más destacable es la interconsulta sin paciente

III. Indicación de pruebas complementarias: compromiso multidisciplinar con la filosofía de trabajo por procesos, cuyo principal eje consiste en definir la resolución de cada nivel asistencial

3. Trabajar para promover una cultura de seguridad del paciente registrando las incidencias que nos permitan mejorar y disminuyendo las evitables.

PANEL DE COMUNICACIÓN “ALGO MÁS QUE UN RELEVO”

AUTORES

Maria Teresa Castello del Pino¹; S Polite Delfa²; R Sanabria Vicente³; E Ramos Pareja⁴; J Cantos Tejero⁵; P Pinedo Murlanch⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL QUIRÓN SALUD MÁLAGA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

Los problemas de comunicación representan uno de los principales factores predisponentes en los eventos adversos. En plena era digital, donde el volumen de información con el que se trabaja es inmenso, el poder filtrar la información realmente importante es imprescindible para ofrecer una atención sanitaria de calidad. Las potentes herramientas informáticas actuales, en algunas ocasiones, no se adecuan a la inmediatez de las necesidades de los profesionales asistenciales. Por esta razón, el idear sistemas sencillos de comunicación que puedan ser utilizados por todo el equipo multidisciplinar dan mejores respuestas que los sistemas digitales.

Objetivos

- Crear una herramienta de comunicación de fácil uso para mejorar la comunicación interprofesional
- Promover la comunicación dinámica entre los distintos miembros del equipo interdisciplinar.
- Disminuir errores y aumentar la seguridad de nuestros pacientes.
- Mejorar la previsión de altas, al menos con un día de antelación, pudiendo así organizar mejor nuestro hospital.

Material y métodos

Hemos implantado una pizarra magnética en cada unidad hospitalaria, con divisiones según el número de habitaciones de cada planta. Hemos elaborado diferentes imanes con logos que nos interesan y que aportan la información necesaria relevante de cada uno de nuestros pacientes.

El equipo va situando los imanes informativos sobre la casilla de cada paciente, según la información que quiera comunicar.

De este modo, sabremos de un “vistazo”, si el paciente tiene una prueba pendiente, si está en dieta absoluta, si es dependiente, si habla un idioma diferente al español, si se va de alta hoy o mañana, etc. Pudiendo hacer tantos imanes informativos como queramos.

Resultados

Los registros de pre-alta han aumentado en un alto porcentaje desde la implantación de las pizarras, favoreciendo la organización de todo el hospital: pacientes en urgencias pendientes de ingreso, pacientes post-quirúrgicos, pacientes en UCI esperando traslado a hospitalización. La comunicación efectiva entre médico - enfermería ha mejorado, anotándose con más fluidez la petición de pruebas. La gestión de los pacientes que precisan alguna preparación para realizarse pruebas diagnósticas también ha mejorado de forma significativa, reduciéndose en un amplio porcentaje las pruebas canceladas por mala preparación del paciente.

También se ha conseguido aumentar la satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida en varios puntos (sistema utilizado NPS).

Conclusiones

Las pizarras magnéticas se han convertido en una herramienta más utilizadas para la gestión de los pacientes en su día a día en el hospital. Se trata de una herramienta no digital, con un coste de desarrollo e implantación bajísimo, pero con unos resultados de mejora evidentes. Por estas razones, la eficiencia de esta herramienta es considerada alta.

En un momento de gran digitalización, herramientas alternativas analógicas pueden ser complementarias mejorando los resultados de proceso y de resultados en un centro sanitario.

PROYECTO DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y UN CENTRO DE LA COMISIÓN ESPAÑOLA DE AYUDA AL REFUGIADO (CEAR)

AUTORES

ROSA MARÍA HERNÁNDEZ LÓPEZ¹; A GARRIZ AGUIRRE²; R MILLÁN SUSINOS³; MC VÁZQUEZ GARCÍA⁴; B HERRERA SÁNCHEZ⁵; A NAVEA MARTÍN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRO DE SALUD SECTOR III¹; CENTRO DE SALUD SECTOR III²; CENTRO DE SALUD SECTOR III³; CENTRO DE SALUD SECTOR III⁴; DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR⁵; UNIDAD TÉCNICA DE SALUD PÚBLICA ÁREA SUR⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas
ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) es una organización de acción voluntaria, humanitaria, independiente y plural fundada en 1979 inspirada entre otros por valores de justicia, solidaridad, libertad, igualdad, independencia, compromiso ético. Su misión es defender y promover los Derechos Humanos y el desarrollo integral de las personas refugiadas, apátridas y migrantes con necesidad de protección internacional y/o en situación de vulnerabilidad.

Cercano a un Centro de Salud (CS) de la Comunidad, se encuentra un CEAR con capacidad para 157 personas, 62 provienen del programa de acogida humanitaria y 95 solicitantes de asilo, ambos dependientes del Ministerio de Trabajo.

Se diseña un proyecto de trabajo en el CS para detectar los problemas de salud más frecuentes: enfermedades infecciosas, crónicas y problemas de salud mental, considerando las particularidades culturales y lingüísticas y complementado con educación para la salud y la vacunación precisa.

Objetivos

Mejorar la organización de la atención sanitaria a las personas residentes en el CEAR.

Facilitar los trámites burocráticos necesarios para su asistencia.

Facilitar la coordinación interinstitucional, estableciendo espacios de encuentro y estructuras estables de comunicación y trabajo entre profesionales del CEAR, de Atención Primaria del CS y de los servicios de Salud Pública.

Mejorar los conocimientos y habilidades en autocuidado y en aspectos de promoción de la salud y prevención, en lo personal, relacional y social.

Material y métodos

Establecimiento de reuniones periódicas de coordinación entre profesionales del CS, Salud Pública y Equipo del CEAR, para desarrollo inicial del proyecto, definición de las tareas a realizar por cada equipo y posterior seguimiento. Como proyecto piloto, se acuerda revisarlo y evaluarlo trimestralmente durante el primer año de su puesta en marcha.

Se analiza el número de pacientes del CEAR atendidos de forma espontánea durante los meses de noviembre y diciembre del año 2018 (52 y 49 resp). Se fija que la atención médica será dispensada por tres profesionales del CS de forma rotatoria, se establecen profesionales de enfermería referentes tanto de presencia física como gestiones no presenciales facilitando un teléfono y un correo electrónico para ello y dudas o consultas de tipo general.

Se organiza la filiación para poder realizar apertura de historia clínica a todos los pacientes atendidos.

Se definen talleres de Educación para la Salud sobre temas básicos de autocuidados, especialmente en relación con mujer, menores y hábitos saludables y educación sexual.

Resultados

El Proyecto se ha puesto en marcha en mayo de 2019.

Se están atendiendo de forma organizada a los pacientes que lo solicitan.

Se han mantenido 6 reuniones de coordinación entre los distintos profesionales implicados.

Conclusiones

Este proyecto pretende una mejora en la atención sanitaria y la integración de las personas de CEAR en la sociedad.

Tras la evaluación se realizarán las adaptaciones que sean precisas su mejora.

HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN EL PASE DE GUARDIA EN UN LABORATORIO CORE 24H

AUTORES

DANIEL PARRAGA GARCÍA¹; D GONZALEZ GAY²; L PARES POLLAN³; C VARGAS GALLEGUO⁴.

CENTRO DE TRABAJO

H.U. 12 DE OCTUBRE¹; H. INFANTA SOFÍA²; H.U. 12 DE OCTUBRE³; H.U. 12 DE OCTUBRE⁴.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

El pase de guardia es un momento de especial relevancia en los Laboratorios de urgencias, ya que es el momento en que se transmite la información relevante acerca de incidencias ocurridas durante la guardia, casos destacados o asuntos a tener en cuenta para el resto de la jornada o para días posteriores. Por ello es de gran importancia asegurar una comunicación ágil y eficaz.

Objetivos

Mejorar la comunicación en el pase de guardia en nuestro Laboratorio Core 24h mediante la introducción de nuevas herramientas para complementar la transmisión verbal de información que se viene realizando tradicionalmente.

Material y métodos

Se desarrolló una base de datos con el programa Microsoft Access. El archivo se dejó en una carpeta compartida en un disco virtual (Y:) de la red corporativa del hospital, donde solo puede acceder con claves el personal que realiza guardias. A través de un formulario se deja constancia por escrito del día de la guardia, personal que ha realizado la guardia, incidencias ocurridas (codificadas en menús desplegables) y un campo adicional de texto libre para añadir o desarrollar cualquier otro punto relevante. Transcurridos los primeros 10 meses, se revisaron los datos acumulados.

Resultados

La base de datos se cumplimentó el 71% de los días. Además de mejorar el pase de guardia diario, facilitó el seguimiento de incidencias y mejora continua, en relación a los puntos siguientes (entre paréntesis se indica el % de días donde se notificó la incidencia):

- Incidencias en autoanalizadores, neveras, cámaras frigoríficas y otros equipos isoterms (38%)
- Incidencias en aplicaciones informáticas (Historia Clínica Electrónica, SIL, intranet, software de los equipos) (12%)
- Falta de reactivos (33%)
- Falta de controles (13%)
- Falta de calibradores (2%)
- Fallo de técnica (5%)
- Incidencias con personal (3%)
- Incidencias en las instalaciones (suministro eléctrico, suministro de agua, tubo neumático, retirada de residuos) (4%)

Conclusiones

La valoración por parte del personal que realiza guardias fue positiva. El 71% de los días se cumplimentó el formulario. Analizando los datos, se identificaron las siguientes oportunidades de mejora como prioritarias:

- Aumentar el porcentaje de cumplimentación el segundo año tras su implantación.
- Resolver el problema de gestión de reactivos, ya que en el 33% de los días faltó alguno.
- Mejorar la gestión de controles, ya que en el 13% de los días faltó alguno.

La implantación de nuevas herramientas asequibles, de fácil manejo y a coste cero ha contribuido a una mejora de la comunicación y a una transmisión más eficaz de la información, permitiendo suplir algunas limitaciones del pase tradicional, tales como interrupciones o distracciones durante el pase de guardia, o falta de constancia escrita/ estandarización de la información transmitida.

Esto resulta de especial utilidad en laboratorios de gran tamaño, donde pueda existir un elevado número de personas que realizan guardias, no pudiendo asistir todos diariamente al pase de guardia presencial.

¿QUÉ ESPERAN NUESTROS PROFESIONALES DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL?

AUTORES

M^a del CARMEN JIMÉNEZ GÓMEZ¹; MC GARCÍA CUBERO²; N FERNÁNDEZ DE CANO MARTÍN³; JJ MUÑOZ GONZÁLEZ⁴; B UBACH BADÍA⁵; G OLIVERA CAÑADAS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL¹; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL²; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL³; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA⁵; HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas
ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

En el marco de elaboración del Plan Estratégico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial (SGCA) de nuestra Comunidad se planteó, en la fase de justificación y análisis de situación, la idoneidad de conocer las opiniones, necesidades y expectativas de nuestros profesionales mediante la utilización de técnicas de investigación cualitativa de producción discursiva: grupos focales / grupos de discusión.

Objetivos

Compartir y reflexionar desde la experiencia personal de cada participante sobre el significado, las percepciones, las necesidades y las expectativas que tienen en relación a diferentes aspectos de la continuidad asistencial a lo largo del proceso de salud - enfermedad. Priorizar e incorporar en el Plan Estratégico diferentes líneas de trabajo que den respuesta a estas necesidades y expectativas.

Material y métodos

1. Encuadre del proyecto y constitución del grupo coordinador.
2. Planificación y diseño de los grupos focales (ordenación de los grupos, captación de profesionales, definición de categorías a abordar).
3. Selección de las preguntas clave.
4. Definición de la dinámica y desarrollo de las sesiones.
5. Desarrollo de los grupos focales.
6. Elaboración de informe RESUMEN de la discusión y de los contenidos elaborados en cada grupo al finalizar la sesión.
7. Transcripción textual de las grabaciones y análisis individual y grupal de los relatos, actitudes y opiniones manifestadas.
8. Elaboración de informe final.
9. Inclusión de las diferentes necesidades y expectativas recogidas, en las líneas de trabajo marcadas en el Plan Estratégico de la SGCA.

Resultados

Se desarrollaron en 2017, 4 grupos focales con profesionales asistenciales y no asistenciales de los diferentes ámbitos que participaban en la atención de la personas con patología aguda y/o crónica.

Se elaboró un informe que recogía las conclusiones sobre el significado, las percepciones, las necesidades y las expectativas que tenían los profesionales en relación a diferentes aspectos de la continuidad asistencial: continuidad de la relación, continuidad de la información y continuidad de la gestión. Se priorizaron las necesidades y expectativas manifestadas y se incluyeron en el Plan Estratégico de la SGCA, presentado y difundido en 2018 y actualmente en desarrollo.

Conclusiones

La utilización de técnicas de investigación cualitativa de producción discursiva, nos ha permitido acercarnos a los profesionales y conocer, de primera mano cómo abordan la continuidad asistencial en el día a día y cuáles son sus necesidades y expectativas al respecto, permitiéndonos ajustar las líneas de trabajo a desarrollar para mejorar la coordinación entre profesionales, la calidad de la atención sanitaria y la satisfacción de pacientes y profesionales.

COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA TRANSFORMACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO

AUTORES

FERNANDO ENCINAR MARTIN.

CENTRO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

Realizar obras dentro de una Organización Sanitaria en funcionamiento es realmente complicado. Las molestias y las dificultades son muy grandes. Las injerencias con la actividad sanitaria diaria son constantes. Todos los profesionales se oponen a estas remodelaciones, debido a su dificultad. Contar esta experiencia después de ocho años de obras, puede ayudar a llevar este tipo de actuaciones de una forma correcta.

Objetivos

Transformar un Centro Sanitario obsoleto, convirtiendo la Organización con infraestructuras adecuadas a las necesidades actuales y futuras.

Material y métodos

Plan Director de Obras.
Planificación, reuniones.
Trabajos en grupo.
Análisis de Riesgos.
Comisiones de Bioseguridad.
Pantallas .Vídeos. Encuestas.

Resultados

Después de ocho años de obras, se ha llevado a cabo una buena planificación en la ejecución de las obras de los dos centros Sanitarios. El Plan Director de Obras continúa con su planificación y gracias a la participación y comunicación se hacen propuestas de mejora a las siguientes fases.

Conclusiones

Hoy en día realizar grandes obras de hospitales nuevos es realmente difícil por el alto coste de estas infraestructuras, costes superiores a los 500 millones de euros hace inviable que las comunidades se planteen realizar nuevos hospitales y más cuando son hospitales generales de gran tamaño.

Por otro lado la mayor parte de los hospitales grandes en nuestro país están obsoletos, precisan de grandes obras y remodelaciones. El llevar a cabo un Plan Director de Obras planificado y pautado en el tiempo puede ayudar a que financieramente estos proyectos sean viables desde el punto de vista económico. Al mismo tiempo que mejora las condiciones de las instalaciones.

Siempre hay miedo a llevar a cabo obras de remodelación completa en un centro, miedo a infecciones, miedo a las incomodidades, miedo a la suciedad, miedo al descontento de los profesionales, miedo a la parte social, sindicatos, miedo al día a día.

Nuestra experiencia puede servir de ayuda a muchas organizaciones. Como transformar los miedos en oportunidades, convirtiéndolos en ilusiones.

GUÍA DIGITAL-INTERACTIVA DE ACOGIDA A NUEVOS PROFESIONALES EN UN ÁREA SANITARIA INTEGRADA

AUTORES

JULIO MARCOS GONZÁLEZ-BASTIDA¹; V CUERVO-ÁLVAREZ²; MA PELLICO-LÓPEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

ÁREA SANITARIA VI DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La Continuidad Asistencial constituye un mandato del Legislador contenido en numerosas normas jurídicas, entre ellas y principalmente en el apartado 2 del artículo 8 bis de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. En el contexto de un estudio dirigido a analizar el grado de integralidad de los procesos asistenciales en un área sanitaria integrada, y tras la realización de un análisis FODA se identifican la escasez de profesionales y la dispersión geográfica como posibles amenazas procedentes del entorno, la posterior implementación de una matriz CAME propone como elemento para afrontar conjuntamente las amenazas descritas la elaboración de una Guía de Acogida a nuevos profesionales a los efectos de atenuar el impacto de la variabilidad y complejidad de las diferentes estructuras organizativas existentes en el área sanitaria, mediante la descripción de procedimientos comunes a todas ellas, así como aquella información considerada estratégica para la organización.

Objetivos

Diseño y realización de una Guía de Acogida a nuevos profesionales que reúna una serie de características que aporten un importante valor añadido, a saber, alto grado de interoperabilidad (facilidad para difundirse), inmediatez en la disponibilidad y portabilidad (poder disponer en todo momento de la misma), brevedad y síntesis (contenido indispensable y de alto impacto informativo)

Material y métodos

Se opta por la elaboración de una Guía Digital e interactiva en formato digital PDF. Se opta por la preparación de la guía mediante un diseño basado en Infografías con accesos directos mediante enlaces HTML, cuya disponibilidad sea autónoma en el dispositivo móvil (no uso de datos). En su diseño se opta por limitar colores y fuentes, y tamaños de caracteres, buscando la rápida identificación e iconografía.

Resultados

Realización de la Guía en un archivo PDF de pequeño tamaño (12 MB), capaz de alojarse fácilmente en los dispositivos móviles y difundirse entre los profesionales a través de las aplicaciones más comunes (Whatsapp o Correo Electrónico), obteniéndose un alto grado de implantación y difusión (superior al 95% de los nuevos profesionales), garantizándose la disponibilidad inmediata de la información esencial y estratégica para la organización (localización GPS de los centros asistenciales, directorio telefónico con accesos directo a llamada, procedimientos de emergencias, prevención RRLL, Nómina, biblioteca, Permisos y Licencias, Bolsa de Demandantes de Empleo, etc)

Conclusiones

Las estrategias de comunicación dentro de las organizaciones constituyen un elemento primordial tanto para el análisis, como para el diseño y la implementación de medidas destinadas al desarrollo de los Planes corporativos. La implementación de nuevas vías de comunicación y la adaptación de las ya existentes a un entorno dinámico y en constante evolución, mejoran la eficiencia de las medidas adoptadas por las organizaciones sanitarias.

CINCO AÑOS DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

AUTORES

Rebeca Villa Valle¹; I Bilbao Zabala²; A Cuevas Balbás³; A Escolástico Larizgoitia⁴; L Sagastizabal Bidarte⁵; MJ Ormaetxea Legarreta⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao (OSI BG), se crea en 2014 tras la integración del Hospital Galdakao Usansolo y Comarca Interior en Bizkaia, dos organizaciones con diferente recorrido, diferentes protocolos y herramientas de comunicación. En ese contexto se identifica a la comunicación como un elemento estratégico y transversal que fomenta el sentimiento de pertenencia y mejora la satisfacción y las relaciones personales y profesionales y está presente en todas las áreas.

Objetivos

- 1) Promover la implicación de las personas, la participación y el conocimiento por medio de una comunicación interna (CI) eficaz y dinámica
- 2) Establecer criterios homogéneos y definir circuitos internos
- 3) Mejorar los canales de comunicación existentes

Material y métodos

Durante estos 5 años se han dado varios pasos para mejorar la comunicación:

- 1) ENCUESTA: en 2015 se realiza una encuesta específica sobre CI en la que se pregunta sobre temáticas de información y canales de comunicación, en base a su preferencia y efectividad.
- 2) GRUPOS FOCALES: se realizan en algunas categorías para confirmar los resultados de la encuesta y obtener resultados cualitativos
- 3) ANÁLISIS: de las herramientas de comunicación y protocolos existentes.
- 4) REFERENTES DE COMUNICACIÓN: debido a la dispersión geográfica, en 2016, se crea esta figura en atención primaria, se definen funciones y se les da formación.
- 5) MARCO COMUNICACIÓN: recoge las áreas de comunicación externa e interna de la organización, y sirve para definir herramientas y canales (fichas) y la sistemática (protocolos). Se identifican también dos áreas de presencia transversal: la identidad corporativa y la normalización lingüística.
- 6) MAPA DE COMUNICACIÓN: es un elemento de control que sirve para identificar actos de comunicar (estratégicos y no estratégicos) que se realizan periódicamente.
- 7) PROTOCOLOS: una vez analizados, redefinimos nuestra forma de hacer y creamos
 - 7.1) Guía de rotulación y señalética
 - 7.2) PO de comunicaciones generales
 - 7.3) PO de uso de las lenguas oficiales
 - 7.4) PO para la petición y elaboración de material impreso
 - 7.5) PO para la petición y elaboración de material audiovisual

Resultados

- 1) Definición una estructura de comunicación interna
- 2) Establecimiento de criterios y circuitos de actuación que hacen que todos hablemos el mismo idioma
- 3) Unificación de las herramientas de comunicación existentes
- 4) Creación de los y las referentes de comunicación, para desplegar la estrategia de comunicación.

Conclusiones

- 1) Es imprescindible gestionar la comunicación interna para planificarla, implantar medidas de mejora, medirla y evaluarla
- 2) Es necesario mejorar los indicadores existentes de medición
- 3) Debemos trabajar en la segmentación de la información
- 4) Debemos adaptarnos a las nuevas tecnologías que posibiliten una comunicación más ágil y eficiente y buscar alternativas a los canales existentes
- 5) Los y las referentes de comunicación son figuras clave

LA ECONSULTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

JUAN CÁRDENAS VALLADOLID¹; MJ MÚÑOZ BALSA²; MS RÚA SANZ³; B BECERRIL ROJAS⁴; N RUÍZ HOMBREBUENO⁵; AB RAMÍREZ PUERTA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

UAT/GERENCIA ADJUNTA DE PROCESOS ASISTENCIALES.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La eConsulta permite consultas clínicas vía telemática sin la presencia del paciente entre diferentes ámbitos asistenciales. En el Plan de TeleMedicina de la Comunidad de Madrid (CM) (2014), se incluye el despliegue de la eConsulta en todos los Centros de Salud (CS). Actualmente existen algunas experiencias aisladas de eConsulta que no incluyen la trazabilidad en la historia clínica electrónica (HCE) de Atención Primaria (AP-MADRID) y tampoco la vuelta de resultados, con los consiguientes riesgos en la seguridad de los pacientes. Se pretende dotar de una herramienta normalizada a los 427 CS y Consultorios (CL) de Atención Primaria (AP) para comunicarse con los 32 Hospitales (AH) de la CM, garantizando la trazabilidad del procedimiento, que se inicia y finaliza en AP-MADRID. Proyecto liderado por la Subdirección General de Continuidad Asistencial, Dirección General de Sistemas de Información y la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la CM

Objetivos

- Aumentar la capacidad resolutoria de los facultativos
- Disminuir los tiempos de diagnóstico Incrementar la accesibilidad de los pacientes
- Garantizar la trazabilidad de todo el proceso
- Minimizar la espera en la atención preferente

Material y métodos

El grupo de mejora aplicó metodología de mejora continua (PDCA), realizó un análisis causa-raíz evidenciando los problemas en los C.S. sin eConsulta: insatisfacción de los facultativos; derivación de interconsultas presenciales innecesarias y uso de canales alternativos (wasap, email) que no reúnen los criterios de encriptación y confidencialidad según normativa vigente. En C.S. con eConsulta: pérdida de trazabilidad e incremento de los procedimientos para su gestión. Se estableció un Plan de Acción con 3 intervenciones: Desarrollo de nuevas funcionalidades que permitan la comunicación electrónica bi-direccional (AP-AH). Piloto de la aplicación. Elaboración con el grupo director de un cronograma de implantación

Resultados

Desarrollo de la funcionalidad en AP-MADRID para gestionar la eConsulta, insertándola en la agenda de AH y permitiendo responder por la misma vía. Limitación de los tiempos de respuesta a un máximo de 72 h. Desde enero 2019 se han incluido 211 CS y CL con eConsultas para hasta 24 especialidades diferentes. Se han realizado más de 2.300 eConsultas, siendo las especialidades de: Medicina Interna, Aparato Digestivo y Cardiología las más demandadas en esta primera fase de implantación. Planes futuros: Realizar estudios de efectividad de la eConsulta en base a la disminución de interconsulta presencial hospitalaria y la satisfacción de profesionales y pacientes

Conclusiones

Los procedimientos normalizados e integrados en los sistemas informáticos, transforman los modelos asistenciales mejorando la seguridad y satisfacción de ciudadanos

CONECTANDO EMOCIONALMENTE EN LA LENGUA MATERNA EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA

AUTORES

ITZIAR URIZAR PEREZ¹; M ARRIZABALAGA KALTZAKORTA²; A BILBAO MAIZA³; E OLAETXEA URIZAR⁴; I SUSTATXA MARTINEZ⁵; A LUIS ELORDUY⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La comunicación es una competencia clínica básica. Un factor clave en esta comunicación es la lengua en la que se realiza. Estudios realizados en el ámbito de la educación muestran que cuando esta relación se realiza en la lengua materna las respuestas son más precisas y se cometen menos errores, dado que se expresan más fácilmente los sentimientos. Además, se produce una vinculación emocional que en el contexto clínico facilita la confianza entre profesional y paciente. Tener en cuenta este factor clave en contextos de bilingüismo nos lleva a crear estrategias que permitan a los profesionales ser más eficaces y obtener mejores resultados.

Objetivos

Desarrollar una estrategia formativa que permita a los profesionales contar con herramientas de comunicación para conectar emocionalmente con los pacientes en su lengua materna.

Material y métodos

Se selecciona como área de intervención la urgencia pediátrica hospitalaria. Se estructuran dos acciones formativas a diferentes niveles, con diseño blended learning. La primera actividad "Conectando con los niños en euskera" se dirige a profesionales no bilingües, no siendo necesario conocimientos previos de euskera. Aporta herramientas como saludos, expresiones, sencillas y cercanas, onomatopeyas infantiles, como dar ánimo al niño, como reaccionar ante el desconocimiento de las expresiones de los niños, con el objetivo de conectar emocionalmente y tranquilizar al niño/niña en la urgencia. La segunda actividad "Trabajando la empatía con los niños" de nivel más avanzado está dirigida a profesionales con conocimientos previos en euskera. En este nivel se trabaja el entrenamiento en claves para una comunicación efectiva a nivel emocional, con un estilo asertivo. Para ello se analizan distintas situaciones que se pueden dar partiendo de un marco de referencia, como saludar al niño y a sus familiares, la escucha y la respuesta.

Resultados

Los resultados de la encuesta muestran una alta valoración de por parte de las personas que han participado con unos resultados de encuesta de satisfacción de 8,86/10 y 9,5/10 en la dimensión de "aplicación a mi puesto de trabajo" y de 8,57/10 y 9,14/10 en puntuación global. Se analiza la transferencia al puesto de trabajo, con valoración positiva. A nivel cualitativo se recoge de los clínicos su practicidad, la factibilidad de llevarlo a la práctica clínica, la oportunidad de practicar la lengua y adquirir confianza en entornos protegidos que simulan la realidad asistencial y el poder compartir con otros profesionales el valor emocional que tiene cuidar la lengua materna con la incorporación de pequeños gestos en la atención pediátrica.

Conclusiones

El desarrollo de los profesionales en la mejora de sus competencias lingüísticas en entornos bilingües constituye un elemento clave dentro de la comunicación clínica. La implicación de todos los profesionales permite contar con estrategias lingüísticas comunes que facilitan la conexión emocional con los y las pacientes y una atención integral de calidad.

ESTABLECIENDO UN PUENTE ENTRE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES

Ferran Bejarano Romero¹; L Canadell Vilarrasa²; C Campabadal Prats³; C Salom Garrigues⁴; R Reig Puigbertran⁵; L Palacios Llamazares⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Dirección Atención Primaria Camp de Tarragona

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas
ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La agrupación de recursos y actividades en niveles asistenciales, es un elemento comúnmente adoptado para la organización de la provisión de los Servicios.

Este modelo sanitario requiere ineludiblemente una adecuada relación entre ambos niveles asistenciales. La organización funcional necesaria presenta múltiples dificultades, existiendo la percepción general de que no funciona bien. Los profesionales consideran a los servicios sanitarios como una serie de compartimentos cerrados obligados a relacionarse, sobre todo burocráticamente, pero no perciben el conjunto del sistema como un único proveedor de Servicios. Estas dificultades también existen en la relación entre la atención primaria (AP) y los servicios farmacéuticos de los hospitales.

Objetivos

Resolver las consultas no presenciales de los médicos de familia relacionadas con la medicación ambulatoria indicada en la atención hospitalaria.

Material y métodos

Se creó una agenda de interconsulta (IC) sin paciente entre los médicos de familia de la y los farmacéuticos hospitalarios, con el soporte de la unidad de farmacia de AP, para la resolución de consultas relacionadas con los tratamientos ambulatorio indicados por especialistas hospitalarios incluyendo la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA).

Se informó a los 20 equipos de atención primaria (EAP) en sesión de equipo de la posibilidad de realización de IC.

Resultados

Durante el 2018 se realizaron un total de 90 IC pertenecientes a un total de 10 EAP diferentes (50% total de EAP). Se respondieron el 90% de la IC, siendo el resto no realizadas por problemas técnicos. El 75% interconsultas han sido resueltas desde la Farmacia del Hospital y el resto por la unidad de farmacia de AP. El tiempo medio de respuesta de la IC ha sido de 5 días (3.25 DE). Un 30% de las consultas eran sobre selección de alternativa terapéutica, un 30% sobre interacciones farmacológicas, un 20% sobre la sustitución u obtención de tratamiento con problemas de suministro, un 15% sobre optimización del tratamiento, y el resto sobre problemas en la continuidad asistencial. Un 33% de la IC fueron sobre MHDA. Del resto, los grupos mayormente consultados fueron antidiabéticos no insulínicos (17%), antimicrobianos (11%), anticoagulantes (8%) y antiagregantes (3%). La aceptación de la respuesta a la IC superó el 85%.

Conclusiones

Un servicio de IC farmacéuticas entre AP y atención hospitalaria facilita la continuidad asistencial y la comunicación entre ambos niveles asistenciales.

Interpretamos que se ofrece un servicio necesario a los profesionales asistenciales dada la elevada tasa de aceptación de las respuestas elaboradas.

ESTRATEGIA PARA EL DESPLIEGUE DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEL CONTRATO PROGRAMA EN UN HOSPITAL

AUTORES

AURORA FABERO JIMENEZ¹; V CASTILLA CASTELLANO²; M PEREZ ENCINAS³; M VELASCO ARRIBAS⁴; M GONZALEZ ANGLADA⁵; C GUIJARRO HERRAIZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

La Consejería de Sanidad establece objetivos anuales para todos los centros sanitarios a través del Contrato Programa (CP). El equipo directivo del hospital ha diseñado una estrategia, alineada con el Plan Estratégico (PE) local, desplegando dichos objetivos en cada una de las Unidades del hospital

Objetivos

1. Desplegar los objetivos del CP del hospital en cada Unidad; 2. Diseñar, junto con cada Jefe de Unidad, objetivos específicos que faciliten la innovación y el reconocimiento.

Material y métodos

Ámbito: hospital de segundo nivel del SERMAS. El equipo directivo diseñó una estrategia, alineada con el PE local, para desplegar el CP 2019. Los objetivos se distribuyen en dimensiones de la Calidad: accesibilidad (12,5 puntos), efectividad (17), seguridad (19,5), adecuación (10), satisfacción del usuario (10), investigación (7) y eficiencia (24). La docencia pregrado, la formación sanitaria especializada y la formación continuada no forman parte del CP institucional, pero han sido incorporadas al de las Unidades. Se han agrupado los objetivos de estas áreas y los relacionados con la calidad, seguridad, satisfacción, uso prudente de medicamentos e investigación, elaborándose documentos específicos con indicadores para cada Unidad, resumido en un índice sintético ponderado dentro del CP. Se presentó en una única sesión a todos los mandos intermedios del hospital. Se han mantenido reuniones con cada Jefe de Unidad para adecuar los objetivos generales a las características de su actividad y diseñar objetivos e indicadores específicos en aquellas áreas de trabajo que desean impulsar o, estando en desarrollo, desean que sean reconocidas. Cada Jefe plantea, tras reunión con su equipo, un objetivo concreto para cada indicador y lo propone para su aprobación.

Resultados

El 100% de las Unidades conoce y ha firmado los objetivos anuales del hospital (31 especialidades). Cada una ha incluido en su CP al menos un objetivo específico con su indicador, diferentes de los objetivos institucionales pero alineados con ellos y con el PE local, como medio para la innovación, avanzar en la mejora continua y favorecer el reconocimiento. En total hay 43 objetivos específicos distribuidos fundamentalmente en las dimensiones de efectividad (30%) y adecuación (70%), especialmente en la estrategia de “mejor no hacer”.

Conclusiones

El despliegue de los objetivos anuales del hospital debe ir más allá de la mera presentación de los mismos. La reflexión conjunta, la alineación con el PE y la adecuación a las diferentes situaciones de las Unidades, son herramientas para favorecer las sinergias y el compromiso. El diseño de objetivos específicos para cada Unidad, diferentes de los objetivos institucionales pero alineados con ellos, estimulan la innovación y el reconocimiento.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PROFESIONALES DE OTRAS CCAA QUE DERIVAN PACIENTES A UN PROGRAMA DE TRASPANTE PULMONAR

AUTORES

ALFONSO ALONSO JAQUETE¹; V FLOR MORALES²; VM MORA CUESTA³; JM CIFRIÁN MARTÍNEZ⁴; MJ MOS LERA⁵; M FARIÑAS ALVAREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

Dentro del proceso de trasplante pulmonar, certificado por la norma ISO 9001:2015, resulta esencial conocer la satisfacción y expectativas de sus partes interesadas, como son los profesionales que derivan pacientes desde otras CCAA, para así intentar adecuar en lo posible la organización y recursos del proceso.

Objetivos

Conocer la satisfacción y expectativas de los profesionales de otras CCAA que derivan pacientes al programa de trasplante pulmonar, de cara a lograr el máximo beneficio para el paciente.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Al final de la “III Jornada de Trasplante Pulmonar” para médicos que derivan pacientes al programa desde otras CCAA, celebradas el día 21/11/2018 en nuestro hospital, se entregó a los 15 profesionales asistentes una encuesta de diseño propio y específica para este estudio, compuesta por 10 preguntas para conocer su satisfacción en los aspectos del proceso de trasplante pulmonar considerados más relevantes, con respuestas en una escala tipo Likert (siendo 1 la valoración más negativa y 5 la más positiva), y tres preguntas de respuesta abierta en las que se preguntó por puntos fuertes del proceso, aspectos de mejora y sugerencias.

Resultados

Se recibieron 15 encuestas cumplimentadas (tasa respuesta 100%), 7 procedentes de profesionales del País Vasco, 4 de Asturias, 2 de La Rioja, 1 de Castilla y León y 1 de Navarra. El 92,9% habían derivado algún paciente al programa de nuestro hospital. El 100% afirmó estar satisfecho o muy satisfecho en 9 de los 10 aspectos. Refirieron estar muy satisfechos: el 100% en cuanto a la disponibilidad, facilidad de contacto, interrelación y competencias de los profesionales del equipo de trasplante pulmonar, el 92,9% en cuanto a utilidad de las valoraciones y resolución de problemas, el 85,7% en relación a tiempos de respuesta y el 78,6% con el seguimiento realizado a los pacientes. Los aspectos con menor porcentaje de muy satisfechos fueron: la información de los informes médicos con un 71,4% (28,6% satisfechos), y la información que proporciona enfermería al paciente sobre sus cuidados con un 57,1% (un 35,7% satisfecho y 7,1% indiferente). La satisfacción global fue considerada con la máxima puntuación por el 92,9% de los profesionales. Se destacaron como aspectos positivos: comunicación, puesta en común de conocimientos y alta cualificación. Como aspectos de mejora: la formación a profesionales de centros derivantes, y en menor medida, la creación de protocolos conjuntos y el acceso a la historia clínica del paciente.

Conclusiones

Se destaca la alta satisfacción de los profesionales derivantes de pacientes al equipo de trasplante pulmonar, no declarándose ninguno insatisfecho en alguno de los aspectos valorados, y siendo esta calificada a nivel global con la máxima puntuación por el 92,9%. Aun así, como áreas de mejora se puede citar la información de enfermería al paciente sobre sus cuidados, la información que contienen los informes médicos y una mayor formación a profesionales de centros derivantes.

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE ACCIONES DE MEJORA A TRAVÉS DE LA OPINIÓN DE USUARIOS LA UNIDAD DE TERAPIA HIPERBÁRICA

AUTORES

C FARIÑAS-ALVAREZ¹; AM RUIZ-RUIZ²; V FLOR-MORALES³; JC HERRERO-DOALTO⁴; A ALONSO-JAQUETE⁵; JC RODRIGUEZ-BORREGAN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

Las encuestas de satisfacción son necesarias para valorar el grado de conformidad de los pacientes con el servicio prestado y poder así realizar mejoras en la atención de los pacientes. A raíz de la certificación según la Norma ISO 9001:2015 de la Unidad de Terapia Hiperbárica (UTH) en 2016, se ha definido un sistema para comunicarse previamente con el usuario y conocer la opinión y satisfacción de los mismos, ya que la mayoría vienen referidos de fuera de nuestra CC.AA.

Objetivos

Valorar la efectividad de las acciones de mejora realizadas en la UTH, especialmente en las referidas a la comunicación, a través de la realización de una encuesta de satisfacción.

Material y métodos

Se elaboró un cuestionario ad hoc para conocer el nivel de satisfacción de los pacientes respecto a diferentes aspectos del proceso: sistema de citaciones, sesiones de tratamiento, equipo de profesionales y satisfacción global con la asistencia.

La encuesta consta de 24 ítems que se valoran con una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta (muy satisfecho, satisfecho, adecuado, poco satisfecho y nada satisfecho). Además, hay una pregunta sobre la satisfacción global del servicio que se valora con una escala de 1 a 10 y una pregunta abierta donde se pide al usuario que indique sus propuestas de mejora.

Desde julio de 2017 se entrega la encuesta a todos los pacientes que asisten a recibir tratamiento en la UTH siendo la respuesta voluntaria y anónima, recogándose en una urna situada en la sala de espera.

Resultados

En 2017 se recibieron 36 encuestas cumplimentadas (27% de los pacientes) y en 2018, 61 encuestas (25,3% de los pacientes). Los resultados del análisis de la encuesta se dividen cuatro bloques:

Datos socio-demográficos: sin cambios relevantes. Sistema de citación: en 2017 el 52,8 % de los usuarios respondieron a la pregunta sobre la información escrita recibida, detectando que el resto no recibió la carta con el tríptico de información, mejorando la respuesta al 78,7% en el siguiente año una vez sistematizado el envío de la información. Sesiones de tratamiento: en 2017 los ítems peor valorados fueron la comodidad interior de la cámara hiperbárica (satisfecho/muy satisfecho 36,2%) y la señalización de acceso (satisfecho/muy satisfecho 41,7%), que mejoraron en 2018 tras las acciones de mejora realizadas (cambio de sillones y envío sistemático del tríptico de información con la ruta de acceso, entre otras) a 73,7% y 72%, respectivamente. Equipo de profesionales: alto grado de satisfacción en ambas encuestas. Satisfacción global con la asistencia: mejoró de 8,9 a 9,3 sobre 10. Oportunidades de mejora: se extrajeron de los comentarios de los pacientes, agrupándose según el aspecto que afecta: agradecimientos (10), programación de sesiones/lista espera (16), preparación y seguimiento del paciente/atención médica (5), señalización (1), ambulancias (1), seguridad (1) y confort (11).

Conclusiones

Mejorar la comunicación con los usuarios permite detectar áreas de mejora y medir la efectividad de las acciones realizadas.

UTILIZACIÓN DE LA HERRAMIENTA REDER EN EL DESPLIEGUE DE UN PLAN ASISTENCIAL INTEGRADO

AUTORES

AURORA FABERO JIMENEZ¹; I DE LA FUENTE HERMOSÍN²; P DELGADO SANCHEZ³; C ALTEA FUNES⁴;
B ESCRIVÁ DE ROMANI Y GREGORIO⁵; P GARCIA FERNANDEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCON¹; DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE²; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCON³; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCON⁴; DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE⁵; DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas
ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

En nuestro ámbito, la Estrategia de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas, incluye el desarrollo de procesos asistenciales integrados (PAI). Se ha priorizado el que aborda a los Pacientes Crónicos Complejos (PAIPCC): los profesionales de Atención Primaria (AP) revisan las historias de su población, estratificada en Niveles de Riesgo (NR), asignando a cada paciente un Nivel de Intervención (NI). A los pacientes con NI alto (NIA) se les asigna un Especialista de Referencia hospitalario (ER) para facilitar la coordinación asistencial interniveles.

Objetivos

1. Monitorizar los avances en el despliegue e implantación del PAIPCC e implementar proyectos locales de mejora. 2. Fomentar la continuidad asistencial entre AP y Hospitalaria desarrollando el rol del ER

Material y métodos

Ámbito: hospital de nivel medio con 7 CS como área de referencia. Periodo: mayo 2018-abril 2019.

Al obtener unos resultados iniciales en la implantación del PAIPCC inferiores a los de otros hospitales de nuestro entorno, utilizamos la herramienta REDER para rediseñar nuestra estrategia. Modificamos el enfoque, elaborando un cuadro de mando específico para cada CS, agrupando la información en diferentes grados de desagregación, comparando los resultados entre nuestra zona y el resto de la Comunidad, entre los CS y entre los profesionales de cada centro. Se analizó el porcentaje de historias clínicas revisadas, el porcentaje de pacientes con NR alto (NR3) con algún NI asignado, priorizando la revisión de esos pacientes (por su mayor vulnerabilidad). Se impulsó la asignación de ER en aquellos identificados como NIA. El diseño inicial fue realizado de forma conjunta entre la Unidad Local de Continuidad Asistencial del hospital y la Dirección Asistencial de AP. Durante el despliegue se realizaron talleres con los equipos directivos de cada centro de salud, para elaborar una estrategia de difusión adaptada a las peculiaridades de cada uno. A los 3 meses evaluamos resultados y nuevamente los trasladamos a los equipos directivos de los CS. Redireccionamos la estrategia en aquellos aspectos que se habían demostrado más débiles durante el segundo análisis. Actualmente, los cuadros de mando se actualizan mensualmente.

Resultados

El total de historias clínicas revisadas aumentó desde un 8% en mayo de 2018 a un 25% en abril de 2019. En los pacientes de NR3, la revisión y asignación de algún nivel de intervención creció en ese mismo periodo de un 32% a un 76%. Actualmente más del 90% de los pacientes NIA, tienen asignado un ER.

Conclusiones

1. El trabajo colaborativo con liderazgo compartido facilita la implicación de los profesionales en la implantación de modelos que sitúan al paciente en el centro de la asistencia. 2. Disponer de cuadros de mando sencillos y aplicables, con actualización periódica ágil, permite a los profesionales desarrollar actividades locales de mejora y monitorizar sus resultados. 3. Utilizar herramientas de calidad contribuye a mejorar la estrategia en la implantación de un plan asistencial integrado

IMPLANTACIÓN DE VISITAS VIRTUALES COMO HERRAMIENTA EFICAZ DE COORDINACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

AUTORES

ANGELS MORALES-LOZANO¹; M VICENTE-CARRASCAL².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL DE FIGUERES - FUNDACIÓ SALUT EMPORDA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

El incremento continuado de la demanda de atención sanitaria, la creciente escasez de profesionales hospitalarios y el aumento de la lista de espera para ser visitado por un especialista hospitalario ha promocionado la búsqueda de alternativas a la visita presencial hospitalaria.

Objetivos

El objetivo es el diseño de un sistema de visita virtual en las consultas hospitalarias de acuerdo con los facultativos de atención primaria, su implantación y la evaluación de su impacto en la demora global de acceso a la consulta externa del especialista hospitalario.

Material y métodos

Se diseñó un sistema de interconsulta no presencial asíncrona generada por el médico de familia en relación a un paciente y dirigida a un especialista hospitalario quien debe responder en un plazo de 1 semana orientando la resolución del caso o indicando la derivación para atención presencial. Para ello se diseñaron los mecanismos que hicieran compatibles la historia clínica informatizada de primaria con la hospitalaria. Se consensó el circuito con todos los centros de atención primaria del territorio de referencia de un hospital comarcal y se implantó el sistema para todas las especialidades médicas hospitalarias.

Se monitorizó el número de visitas virtuales generadas, el número de primeras visitas presenciales, el porcentaje de visitas virtuales en relación a las presenciales y el promedio de días de demora de las visitas presenciales realizadas en un período concreto.

Se analiza la evolución de estos indicadores en el período mayo 2015 - mayo 2019.

Resultados

El primer año de funcionamiento de la consultoría virtual como sistema de coordinación se realizaron 2331 visitas virtuales, lo que representó el 4,2% del total de primeras visitas. En el último periodo estudiado, de mayo 2018 a mayo 2019, se han realizado 3439 visitas virtuales de 18 especialidades hospitalarias distintas, lo cual ha representado un 7,1% en relación al total de las primeras visitas presenciales. Las especialidades con mayor implantación de las visitas virtuales en este último año son: Cardiología (25,8%), Endocrinología (22,9%), Nefrología (18%) y Rehabilitación (17%). El promedio de demora en días de una primera visita presencial ordinaria para estas especialidades es 87, 63, 38 y 72 días, respectivamente.

Las especialidades con menor implantación son: Cirugía General y digestiva, Oftalmología, ORL y Ginecología que se sitúan por debajo del 1%. El promedio de días de demora para visita en las visitas realizadas para éstas es de 203, 282, 55 y 197 días de promedio para primera visita presencial de especialista hospitalario, respectivamente.

Conclusiones

La visita virtual como sistema de coordinación entre la atención primaria y la atención hospitalaria se ha mostrado como un sistema eficaz, especialmente en algunas especialidades, que regula la demanda de forma más eficiente y facilita el acceso al especialista hospitalario.

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA EN CANTABRIA EN EL ALTA RETARDADA POR MOTIVOS NO CLÍNICOS

AUTORES

María Amada Pellico López¹; A Fernández Feito²; P Parás Bravo³; V Cuervo Álvarez⁴; JM González Bastida⁵; M Paz Zulueta⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Área Sanitaria VI SESPA¹; Universidad de Oviedo²; Universidad de Cantabria³; Área Sanitaria VI SESPA⁴; Área Sanitaria VI SESPA⁵; Universidad de Cantabria⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas
ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

El alta retardada por motivos no clínicos supone una ineficiencia del sistema, pues el paciente permanece ocupando una cama de hospitalización de agudos que ya no precisa, generalmente por estar a la espera de un ingreso en un recurso de continuidad de cuidados o adecuar su domicilio o su red de apoyo a sus necesidades al alta. Sabemos que existe más riesgo de alta retardada en pacientes mayores, con pérdida brusca de capacidad funcional, que ingresan de forma urgente y que se van de alta a un centro residencial. El problema se debe a una inadecuada coordinación entre la red de atención hospitalaria y sociosanitaria y es muy sensible a variables del sistema. Estudios en nuestro medio defienden que la implantación de la Ley de dependencia, que entró en vigor el 1 de enero de 2007, ha tenido impacto sobre la eficiencia de la estancia hospitalaria. Por eso hemos querido cuantificar que ha sucedido en el Hospital Universitario Valdecilla de Cantabria a lo largo del período 2007-2015.

Objetivos

Describir la evolución del número de casos de alta retardada por motivos no clínicos y su estancia media durante un período de nueve años que coinciden con la implantación progresiva del Sistema de Atención a Dependencia en Cantabria.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. Población de estudio: usuarios con alta retardada. Período de estudio 2007-2015, Hospital Valdecilla. Para cada año se estimaron proporciones e intervalos de confianza al 95%. Análisis univariante mediante Anova, tomando como variable dependiente la duración total de la estancia y como variable independiente año de alta médica.

Resultados

3015 pacientes con alta retardada con 21119 días de hospitalización adicional. El año 2008 fue el año con mayor número de casos (N= 447, 14,8%) y mayor media de estancia: 38,22 días (DS 33,63). En la análisis de regresión vemos una disminución progresiva de la estancia desde 2009 a 2013, estabilizándose al final del período de estudio. 2014 fue el año con menor número de casos (N= 224, 7,4%) y menor media de estancia: 23,86 días (DS 18,17).

Conclusiones

La mejora descrita puede ser debida al efecto de la implantación del Sistema de Atención a Dependencia que da cobertura a personas con necesidad de cuidados formales y formales más allá del proceso de hospitalización de agudos. Además, debemos tener en cuenta la posible concienciación de los profesionales sobre un uso eficiente de los recursos motivado por la crisis económica de ese período.

UNIVERSALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL EN UCIN Y HOSPITALIZACIÓN NEONATAL

AUTORES

CRISTINA RUIZ SERRANO¹; N CASILLAS DÍAZ²; N RUIZ GARCÍA³; M RODRÍGUEZ-OSORIO CAMPOS⁴.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

El acceso del personal a la información relativa a la Unidad Neonatal (UN) determina una mejor calidad de la asistencia, ya que proporciona las herramientas para evitar errores en la actuación clínica de los profesionales y mejorar la coordinación entre ellos. Es importante disponer de un instrumento que permita el acceso a toda la información de la UN de forma rápida e intuitiva.

Objetivos

Facilitar a todo el personal del centro el acceso a la información disponible de la UN: protocolos de actuación, organización de la misma y documentación de referencia neonatal disponible en la bibliografía.

Material y métodos

Los responsables de calidad del proceso idearon una plataforma de acceso que recogiera de un modo sencillo la documentación relativa a la UN y a la que se pudiera acceder desde cualquier ordenador del centro hospitalario.

Fases de la realización del portal de la Unidad Neonatal: Recopilación: se realizó una compilación de la documentación disponible en la Unidad. Planificación: se realizó un listado con la documentación considerada como necesaria para la buena marcha del proceso, cotejándola con la disponible, y se planificó la realización de nuevos protocolos por parte del personal facultativo y de enfermería. Ejecución: se realizó el diseño de un portal de la UN, en el que de una forma sencilla e intuitiva se pudiera acceder a toda la información relativa a cualquier parte del proceso.

Resultados

Se ha establecido un portal propio de la UN, accesible desde cualquier ordenador del centro. Se distinguen varios apartados: 1. Mapa del proceso, en el que se observa el itinerario del paciente desde el ingreso en la UN hasta el alta. Se ha dividido por áreas temáticas para facilitar el acceso a la información con sólo pulsar cada uno de los apartados. La documentación es revisada y es actualizada periódicamente según un cronograma establecido. 2. Documentación externa: publicaciones esenciales en el área de la neonatología y otros documentos de interés (como los manuales de uso de los dispositivos). 3. Vínculos a las páginas web de las principales sociedades científicas relacionadas con la neonatología y otras páginas de especial interés. 4. Buzón de la UN en el que cualquier trabajador puede notificar incidencias y sugerencias, analizadas posteriormente por los responsables de calidad. 5. Calendario en el que aparecen las actividades relacionadas con la unidad, tanto a nivel de docencia como de gestión y otros eventos de interés. 6. Recomendaciones: acceso a los documentos informativos desarrollados para los padres/tutores de los pacientes.

Conclusiones

La universalización de la información relativa a la Unidad Neonatal minimiza el riesgo de error en la práctica clínica diaria y optimiza la comunicación entre los diferentes profesionales. Disponer de una herramienta sencilla e intuitiva con la que acceder a la documentación interna y externa permite mayor rapidez de actuación y menor posibilidad de error. Ello revierte en una mejor calidad asistencial y menor riesgo para el paciente.

MEJORANDO LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE: ATENCIÓN DIRECTA

AUTORES

MARIA LUISA CHECA AMARO¹; MB VAZQUEZ MARTÍNEZ²; MV MUÑOZ CAMPO³; R OVEJA FERNANDEZ⁴; M SAIZ PASCUAL⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

A través de las encuestas y reclamaciones detectamos un área de mejora en la comunicación con el paciente desde el área de gestión de pacientes y calidad.

Objetivos

Abrir nuevos canales de comunicación con el paciente

Material y métodos

Ámbito: hospital de 400 camas del SERMAS. Periodo: 2018-2019.

En el año 2018, se gestionaron 345.137 consultas externas, con dos puestos de trabajo destinados a resolver incidencias por vía telefónica y dos ventanillas de atención directa, para cambios y anulaciones.

Se estableció un grupo de trabajo entre los responsables del área, para identificar flujos, y rediseñar el proceso. Acordándose impartir formación específica al personal, ya que este tipo de atenciones precisa experiencia y habilidad con la herramienta y la comunicación con el paciente.

Resultados

Se unificaron los procedimientos de trabajo, centralizándolos en el nuevo grupo, que recibió formación específica. Se incluyeron los nuevos procedimientos en el Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015.

Se identificaron distintas necesidades:

- Acceso web para cambio de cita. Se ha implantado un formulario que obliga a cumplimentar toda la información necesaria para garantizar que es el paciente quien accede (LOPD).

- Se creó un grupo administrativo, para gestión de citas: "atención directa", que atiende de forma directa a los pacientes, centralizando en el mismo punto del hospital todas las entradas de los pacientes:

- dos ventanillas: para citas en menos de 10 días y cambio de datos de filiación
- dos puestos de atención telefónica directa: información, reprogramación y anulación de citas
- Gestión del formulario web para cambio de cita y anulaciones
- Gestión de citas de sospecha de malignidad y otras que requieren la valoración del médico
- Citación del personal en salud laboral

Las número de atenciones trimestral se ha incrementado un 79% respecto al año anterior (14504 en 2018/ 25964 en 2019). El nº de reclamaciones referentes a gestión de pacientes en el mismo periodo se ha reducido un 25%.

Conclusiones

Hemos abierto nuevos canales de comunicación, que han hecho nuestro servicio más eficiente, reduciendo la insatisfacción de los pacientes en la "puerta de entrada del hospital".

LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LA OSI GOIERRI-ALTO UROLA. UN PROCESO EN MEJORA CONTINUA

AUTORES

OLGA DOIZ UNZUE¹; L AGUIRRE ALBERDI²; I BLANCO ARRAZTIO³; J FERNÁNDEZ REFOYO⁴; E ARREGI ODRIOZOLA⁵.

CENTRO DE TRABAJO
OSI GOIERRI ALTO UROLA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas
ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

En el año 2.017 la OSI Goierri-Alto Urola realizó una encuesta para conocer el grado de satisfacción de los profesionales de la Organización. Una de las dimensiones analizadas fue “Comunicación Interna”.

La percepción de los profesionales en el análisis de situación de la comunicación en cuanto a grado de Satisfacción, Importancia y Necesidad de mejora, apareció en todas las categorías profesionales en la zona intermedia. Como consecuencia de estos resultados, la Dirección de la OSI decide promover medidas encaminadas a favorecer la comunicación interna en la OSI Goierri-Alto Urola.

Objetivos

- Mejorar la Comunicación Interna en la OSI Goierri-Alto Urola.
- Desarrollar un proceso participativo encaminado a la implantación de acciones de mejora y despliegue a todos los profesionales.

Material y métodos

Los métodos utilizados fueron los siguientes:

- Creación de un grupo focal de profesionales que reflexionan sobre distintos aspectos relacionados con la comunicación.
- Creación de un Grupo de proceso multidisciplinar y transversal para elaborar el Plan de Comunicación, implantarlo y realizar su seguimiento
- Diseño y Elaboración de un Plan de Comunicación con: objetivos, estrategia de canales de comunicación y estructura del Plan de Comunicación
- Diseño, elaboración y realización de una encuesta sobre comunicación interna a los profesionales de la OSI para tener información cualitativa de esta dimensión.

Resultados

Grupo focal: La intranet es una herramienta que se valora positivamente aunque resulta difícil encontrar los contenidos. El correo electrónico es una buena herramienta. El papel de los mandos intermedios es clave en la comunicación. Sería importante promover la comunicación transversal. Sería deseable incluir un capítulo en el protocolo de acogida de profesionales sobre comunicación interna.

Grupo de proceso: Se constituye un foro de carácter permanente.

Plan de Comunicación: El Plan propuesto por el equipo de proceso es aprobado por Dirección en marzo de 2.019.

Encuesta: Se obtiene un buen resultado de participación: 32,8% (267 personas).

Los resultados a valorar son: Los canales de comunicación de la OSI actualmente son suficientes.

La barrera de comunicación más frecuente son los rumores ya que a más de la mitad de los profesionales la información le llega por medios informales.

La satisfacción global con la comunicación interna en la OSI es de 6

Conclusiones

1. Los profesionales de la OSI Goierri-Alto Urola están implicados y comprometidos con la comunicación interna, a tenor de los datos de participación
2. Los canales de comunicación de la OSI actualmente son suficientes
3. El correo electrónico es el medio de comunicación más conocido
4. La Intranet es un canal de gran utilidad a potenciar sobre la que hay que trabajar para su mejora
5. Los mandos intermedios son un elemento clave en la comunicación
6. La información debe ser transmitida lo más rápidamente posible para evitar la “rumorología”

COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN, CLAVES PARA GARANTIZAR LA INTEGRACIÓN

AUTORES

AITZIBER BARANDIARAN IGOA¹; I BLANCO ARRAZTIO²; L AGUIRRE ALBERDI³; A CALVO AGUIRRE⁴.

CENTRO DE TRABAJO

OSI GOIERRI ALTO UROLA.

TIPO: ORAL "LO QUE NO TE PUEDES PERDER"

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Comunicación y coordinación, el eterno problema

RESUMEN

Justificación

Desde la creación de la OSI Goierri-Alto Urola en 2011, la organización tiene como objetivo lograr la integración clínica en el proceso asistencial de manera que la atención sanitaria se articule en torno a la persona, que constituye el centro de la actividad, garantizando la continuidad asistencial y mejorando la eficiencia y sostenibilidad del sistema.

Objetivos

Articular un modelo de gestión que garantice la coordinación y la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

Material y métodos

Para la consecución de los objetivos establecidos el modelo de gestión se pivota en las siguientes herramientas:

- Modelo de Gestión por Procesos Asistenciales Transversales que se ha ido implantando de manera progresiva desde finales de 2016. Los procesos que configuran dicho modelo de gestión son los siguientes: Paciente Crónico, Atención Pediátrica, Atención Urgente, Coordinación Socio sanitaria, Promoción y Prevención, Atención a la mujer y el Proceso Quirúrgico. En dichos equipos están representadas todas las funciones prioritarias así como todos los niveles asistenciales que participen en el proceso que se trate.

- Creación de grupos y comisiones: Grupos de mejora Se trata de grupos multidisciplinares en los que participan todos los estamentos relacionados con el tema de interés. Desde el año 2017 se han puesto en marcha cinco grupos de mejora para la gestión de los siguientes proyectos:

- Altas tempranas en Medicina Interna.
- Revisión y planteamiento de mejoras al protocolo de actuación ante la fractura de cadera.
- Rendimiento quirúrgico en Oftalmología.
- Rendimiento quirúrgico en Cirugía General.
- Liderando la transformación de AP.
- Rutas asistenciales como herramientas transversales, integradoras: Se han diseñado 9 rutas asistenciales para paciente pluripatológico, diabetes, insuficiencia cardíaca, EPOC, Cuidados Paliativos (CCPP), Patología Osteomuscular (incluida la lumbalgia), y otras rutas derivadas de la atención al niño. En la actualidad seguimos revisando y desarrollando nuevas rutas.

Se utiliza el cuestionario D'Amour para medir la percepción de los profesionales sanitarios sobre la colaboración interprofesional.

Resultados

Según los resultados del Cuestionario D'Amour actualmente somos la 3ª OSI con mayor participación cumplimentado por el 22,6% de los profesionales y la 2ª mejor valorada con una puntuación de 3,22/5 con una mejoría del 0,57 puntos desde el 2012.

La OSI GAU ha realizado cuatro mediciones desde su integración y el avance queda de manifiesto en la última medición en la que todos los ítems superan los 3 puntos (sobre una puntuación máxima de 5).

Conclusiones

Los esfuerzos realizados por la organización fomentando los grupos de trabajo, espacios colaborativos y los nuevos grupos de procesos, han dado como fruto la mejora de la comunicación y coordinación entre niveles tal y como lo demuestra la mejora de los resultados en los ítems (espacios de encuentro, liderazgo compartido y objetivos compartidos) del Cuestionario D'Amour.

PROGRAMA DE MENTORÍA DURANTE LA RESIDENCIA: EXPERIENCIA PROSPECTIVA EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

AUTORES

Maria Teresa Moran-Bueno¹; S España-Fernandez²; L Angelats-Company³; C Erasun-Lecuona⁴; M Cucurull-Salamero⁵; R Mesia-Nin⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Institut Català d'Oncologia-Badalona

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La mentoría (Ment) es una relación profesional en la que una persona con experiencia [mentor (M)] ayuda a una persona en formación [residente (R)] a desarrollar habilidades específicas para su crecimiento profesional y personal. La Ment informal o autoseleccionada (SSM) y la formal o asignada (AM) son las dos formas principales de Ment. La AM permite participar de diferentes métodos con respecto a la Ment y explorar diferentes campos en la oncología, con un enriquecimiento de la actividad de investigación en diferentes unidades clínicas. En nuestro servicio, pusimos en marcha un programa de AM en el curso 2017. Nuestra hipótesis fue la siguiente: la implementación de una AM puede mejorar la distribución de la carga de investigación, incrementar la productividad científica, con una mayor satisfacción de M y R

Objetivos

- Evaluar el grado de autosatisfacción del M y compararla con la evaluación del R
- Evaluar el grado de satisfacción del M hacia el R
- Evaluar el proceso de Ment
- Evaluar la producción científica de los diferentes equipos

Material y métodos

Para la autoevaluación de los M y su evaluación por los R utilizamos la herramienta de evaluación de competencias de Ment (MCAT) antes de iniciar y al finalizar el periodo de evaluación. La evaluación de R se realizó mediante la herramienta de evaluación de la Universidad de Arizona (UAMAT). Los resultados de MCAT son cuantitativos (1-7) y los de UAMAT son cualitativos (sí/no/otras). Para la evaluación del proceso de Ment propusimos un formulario que incluía: resultados de MCAT y UAMAT, número de reuniones, actas, propuesta de proyectos, planes escritos, plazos y resultados parciales. La productividad científica se evaluó en términos de comunicaciones y publicaciones diferentes equipos de R/M (expectativa, al menos 1 comunicación por equipo)

Asignamos 6 R a 6 M, divididos por áreas de conocimiento. Establecimos un período de 1 año para cada equipo de M y R. Evaluamos los 2 períodos de los cursos entre el 2017 y el 2019, obteniendo los resultados de la evaluación del MCAT al inicio y tanto el MCAT como el UAMAT al final de este período (total: 30 cuestionarios).

Resultados

El primer año, se completaron un 85,7% de los cuestionarios (puntuación de 5,6) entre los M y en un 50% (5,9) entre los R. El segundo año, se completaron el 100% de los cuestionarios en ambos grupos (4,7 en M y 5,3 en R). La productividad científica incluyó 13 comunicaciones (mediana de participación de cada residente en 2, rango 1-3). Los R participaron, además, en 4 publicaciones, habiéndose realizado 2 de ellas fuera del programa de Ment. UAMAT se completó en un 66,6% de los casos en 2017-18. Las respuestas fueron sí, no y otras en un 61,8%, 30,3% y 6,5%, respectivamente

Conclusiones

- La implementación de una AM asocia una satisfacción de M y R moderada/alta
- La Ment ofrece oportunidad de producción científica a todos los equipos de M/R
- Se requiere capacitación específica para formar a los M
- El tiempo protegido para actividades de Ment es crucial

HABILIDADES DIRECTIVAS DE RESPONSABLES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL

AUTORES

ALBERT ADAM MORELL¹; MA MATAMOROS BRU²; X GIBERT FRANQUES³; C RIBES MORENO⁴; J MORENO POZO⁵; j ESTEVE FERRAN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari Joan XXIII

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Nuestra institución dispone de una estrategia definida y de herramientas para el desarrollo de habilidades directivas de nuestras profesionales.

En el plan estratégico de la organización, se estableció como un objetivo prioritario disponer de un sistema objetivo para evaluar las habilidades directivas de las posiciones de mando del estamento de enfermería.

Objetivos

Dispones de un plan de desarrollo directivo para el 100% de los mandos del estamento de enfermería del hospital basado en un perfil competencial individualizado para cada persona.

Material y métodos

La metodología utilizada fue el modelo de identificación de habilidades directivas de Mc Clelland basada en la definición de niveles competenciales definidos en la organización como un conjunto de comportamientos observables en la práctica. La frecuencia con la que se presentan los comportamientos se puede registrar mediante observación directa, entrevistas focalizadas o la respuesta de cuestionarios estandarizados. Se han elaborado 17 informes individuales. Los resultados obtenidos se han volcado en una base de datos donde se han analizado los promedios de ambos colectivos: Adjuntas y Supervisoras (Supervisora)

Resultados

Total de profesionales evaluadas: 17 ; Entrevistas, test estándares y reuniones de Feed-back: 34

Cuestionarios on-line: 17 Informes competenciales y planes individuales: 17

Fortalezas Dirección de personas y equipos 3,96 / 5 ; Liderazgo 3,93 / 5 ; Compromiso con la organización promedio 3,93 / 5

Oportunidades de mejora: Efectividad y logro de resultados 3,83 / 5 ; Adecuación al cambio y flexibilidad 3,85 / 5 ; Pensamiento estratégico 3,86 / 5

Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten identificar el nivel de habilidades directivas individual y el colectivo de los colectivos estudiados. Es tan importante mantener aquellas habilidades directivas que hemos identificado como fortalezas como establecer acciones de mejora para desarrollar o mejorar las habilidades con un promedio inferior.

Para asegurar la eficacia de los planes de desarrollo de estas habilidades directivas es imprescindible que la dirección de enfermería se comprometa personalmente a establecer un plan individual con la profesional. Para obtener este compromiso se recomienda una reunión individual con cada persona en la que se comenten los niveles obtenidos y se pacten las acciones a realizar y las actividades de formación a llevar a cabo.

A nivel grupal el comité de dirección debe hacer una lectura general de los resultados para conocer los puntos fuertes y débiles y poder orientar acciones de desarrollo comunes y actividades de formación en habilidades directivas que deberán formar parte del plan de formación anual de estos mandos.

Se recomienda realizar periódicamente este análisis para establecer correlaciones entre el nivel previo a la formación y el posterior al desarrollo de las acciones formativas. Una vez obtenidos estos dos niveles se podrán estudiar posibles relaciones entre la formación y la mejora de estas habilidades.

RESULTADOS DE LAS ACCIONES EMPRENDIDAS PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL EMPLEADO EN UN HOSPITAL

AUTORES

CONCEPCION LORENZO GARCIA¹; M BEDOYA CAÑEQUE².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Tras presentar el pasado año en el Congreso de Burgos de la SECA nuestro Proyecto para mejorar la satisfacción del empleado en un Hospital nos sentimos comprometidas a compartir los resultados de la puesta en marcha de las acciones que formaban parte de ese Proyecto.

Objetivos

Valorar las acciones emprendidas para mantener e incrementar la participación, satisfacción y motivación de los trabajadores con la organización, potenciando el reconocimiento explícito a los mismos. Acometer las acciones de mejora resultantes del estudio del clima laboral realizado.

Material y métodos

Desayunos con el Gerente: 1 día al mes varios trabajadores desayunan con el Gerente y otros directivos.

Valoración del clima laboral: Realización de una encuesta por el Servicio de Prevención por categorías y servicios.

Nueva sección en la revista digital mensual, llamada "Conoce lo que hace...": Realización de la entrevista, en formato video, a trabajadores de algún servicio cuya actividad sea poco conocida.

Compartir coche para venir a trabajar: Realización de una aplicación informática alojada en la Intranet que permite contactar a compañeros que viven en la misma zona.

Tablón de Anuncios digital en la Intranet: Realización de una aplicación informática que permite a los trabajadores tener un espacio para publicar sus anuncios y realizar intercambios entre ellos

Resultados

Realizados cinco Desayunos con el Gerente hasta el mes de mayo de 2019, dos de ellos en el despacho del Gerente y en los otros tres la Dirección se ha desplazado a los Servicios con un alto grado de satisfacción por ambas partes por el acercamiento y conocimiento mutuo.

Respecto al estudio de Clima Laboral, hasta el momento se ha realizado el cuestionario al todo el personal de Gestión y Servicios con una participación del 72% y a parte del personal de Enfermería con una participación del x%, esperando finalizar este año con el estudio completo para elaborar estrategias de mejora a partir de los resultados obtenidos.

Realizadas cuatro entrevistas, en formato VIDEO, "Conoce lo que hace..." para la revista mensual a diferentes trabajadores que nos han explicado su día a día en el trabajo que han sido de gran interés dado el número de visitas que han tenido.

Publicada en la Intranet en abril 2019 la aplicación "Compartir coche para venir a trabajar" con un resultado a finales de mayo de 40 registros de trabajadores que desean compartir coche, bien como conductor o como pasajero.

Próxima publicación en la Intranet de la aplicación: "Tablón de Anuncios Digital" de la cual no disponemos de resultados.

Conclusiones

Importancia de llevar a cabo acciones que tengan en cuenta el conocimiento mutuo de trabajadores y Dirección, el reconocimiento de la labor de los profesionales, la conciliación de la vida familiar y laboral mejorando así el clima laboral y la motivación intrínseca de los trabajadores.

LA GESTIÓN DEL CAMBIO. UN VIAJE AL COMPROMISO

AUTORES

ALICIA GONZALEZ SAEZ.

CENTRO DE TRABAJO

ABS TORROELLA DE MONTGRÍ.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

En el transcurso de estos años se han experimentado cambios en las consultas de Atención Primaria que obligan a un replanteamiento de la gestión clínica que dé respuesta a esta nueva demanda.

En este contexto, una encuesta de satisfacción, compromiso profesional y riesgos psicosociales '(OPINA)', realizada en noviembre de 2015, puso de manifiesto una insatisfacción de los miembros del equipo del ABS de Torroella de Montgrí.

El objetivo principal de este proyecto fue crear un clima de confianza que generase un cambio en la cultura de trabajo potenciando el liderazgo del equipo en la toma de decisiones favoreciendo su compromiso, la alineación de objetivos y el sentimiento de pertenencia.

Objetivos

- Mejorar la satisfacción y el crecimiento personal de los trabajadores.
- Empoderamiento del equipo favoreciendo su liderazgo y su compromiso en la toma de decisiones.
- Mejorar la accesibilidad a las consultas.
- Potenciar las prácticas de valor clínico, reduciendo la casuística de la demanda de baja complejidad o las prácticas de no valor
- Mantener o mejorar los resultados de los principales indicadores de salud.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios
- Mejorar la eficiencia en la gestión del presupuesto asignado que posibilite una redistribución de los recursos asignado

Material y métodos

- Taller de 6h donde el equipo pudo reflexionar sobre el objetivo común y las características que definen a un equipo.
- Planificación de formación reglada en gestión de emociones y de conflictos.
- Formación del personal de atención al usuario en habilidades de comunicación y gestión de la demanda por motivos.
- Reuniones de trabajo orientadas a la toma de decisiones de aspectos organizativos en áreas identificadas como susceptibles de mejora.
- Dotar de autonomía y flexibilidad a los profesionales para organizar sus agendas
- Diseño de un perfil competencial transversal, común a todos los profesionales, orientado al nuevo perfil profesional
- Entrevistas de desarrollo individuales poniendo el acento en el reconocimiento profesional

Resultados

Cualitativos:

En las entrevistas de desarrollo realizadas a principio del 2019, hay coincidencia en valorar positivamente:

- El nuevo modelo participativo
- El Feed-back y el reconocimiento profesional del trabajo
- Nuevo papel admisiones
- La mejora del clima laboral
- Mando presente, accesible, abierto a propuestas
- La confianza depositada en el equipo: delegación, flexibilidad
- Sentimiento de pertenencia

- Accesibilidad < 2 días .

- Enfermeras 93%.

- Médicos 95%.

- 24 personas implicadas en 5 trabajos investigación

- Mejora Indicador de calidad de prescripción farmacéutica en 12 puntos 76/100
- Gasto farmacéutico inferior a la media 236/303
- HPE MPOC e ICC 0'6.
- Visitas/año -3'24%

Conclusiones

Dotar a los equipos de autonomía, flexibilidad y capacidad de decisión sobre la gestión del 'COMO' mejora su satisfacción, favorece la cohesión del equipo y el sentido de pertenencia y consigue mejorar los indicadores de resultado.

IMPLEMENTACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN POR MOTIVOS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA PARA GESTIONAR LA DEMANDA

AUTORES

ESTER FAGES MASMIQUEL¹; A ALUM BOU²; C LOPEZ ARPI³; I ALCALÀ QUIÑONES⁴; E CASTANY CODINA⁵; S COLLELL CAÑADAS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CAP SARRIÀ DE TER¹; DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA GIRONA²; CAP SARRIÀ DE TER³; CAP DR JOAN VILAPLANA⁴;
CAP SARRIÀ DE TER⁵; CAP CELRÀ⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Des de la reforma de la atención primaria, persiste la necesidad de racionalizar la demanda asistencial y su adecuada gestión, aprovechando al máximo los potenciales de todos los profesionales de la organización.

En los equipos pequeños no se dispone de un médico y una enfermera dedicados a la demanda aguda. El exceso de demanda asistencial conlleva un impacto considerable en la carga de trabajo, más aún cuando concurre la condición de dispersión.

Se ponen de relieve las dificultades para canalizar la demanda aguda. La escasa claridad en la clasificación de las demandas planteadas por los usuarios a la Unidad de Atención a la Ciudadanía (UAC), las dudas en los límites de las competencias profesionales, las agendas repletas y la rotación de usuarios entre profesionales, añaden complejidad al circuito.

Objetivos

Ordenar y homogeneizar la programación de las visitas.

Garantizar una resolución óptima de los motivos de consulta por el profesional más adecuado.

Aumentar la satisfacción de los profesionales.

Material y métodos

Se establece un circuito que empieza con la detección de necesidades planteadas por el usuario y se prioriza el hecho de distinguir las gestiones administrativas de las necesidades sanitarias para canalizar debidamente esta demanda.

Basándonos en los principales motivos de demanda de nuestra población y garantizando la asistencia como queda recogido en la carta de derechos y deberes, se crea un grupo de trabajo que consensúa los motivos que serán atendidos por cada categoría profesional, el canal y tiempo de respuesta. Todo con el apoyo de la pantalla de programación por motivos incorporada en la estación clínica informatizada de trabajo. Se acompaña de una formación presencial de la UAC con un taller de casos prácticos y una formación on-line.

Resultados

Se ha elaborado y consensuado el plan funcional para la implementación de la programación por motivos.

Se ha obtenido una tasa de utilizaciones de la pantalla de programación por motivos de 171 x 1000 habitantes atendidos para el equipo de Sarrià de Ter, de 17 x 1000 para Celrà y 6 x 1000 para Tàlala. El motivo de consulta más frecuente ha sido el dolor agudo, seguido de motivo no especificado y afecciones de la piel.

Los resultados de la encuesta de satisfacción de los profesionales previa al inicio del nuevo sistema han sido de 5,8/10 (tasa de respuesta 61%) y de 6/10 para la realizada 6 meses después y ante la pregunta "¿volverías al sistema antiguo?", el 75% de los profesionales afirman que no.

A su vez hemos revisado los resultados de la encuesta de satisfacción a los usuarios (PLAENSA 2018) en los ítems que hemos considerado que implicados en este proceso y los resultados obtenidos están por encima del 80% de satisfacción y por encima de la media de la Comunidad Autónoma.

Conclusiones

La programación por motivos ha significado un avance en la gestión de la demanda aguda y es necesario seguir trabajando para mejorar tanto en el número de utilizaciones de la pantalla como en la concreción de los motivos de consulta.

EVALUACIÓN DE UN ITINERARIO FORMATIVO MULTIPROFESIONAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

AUTORES

CARLOS PÉREZ CANOVAS¹; D BETETA FERNÁNDEZ²; S MORALO GARCÍA.

CENTRO DE TRABAJO

URGENCIAS PEDIÁTRICAS. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

El perfil profesional del personal de urgencias pediátricas (UP) exige manejo de protocolización, técnicas específicas y actuación coordinada en equipos ante la emergencia.

Para mejorar estas capacitaciones, el Equipo de Mejora de Urgencias de Pediatría diseñó un itinerario formativo multiprofesional siguiendo una secuencia de complejidad en las competencias adquiridas: 9 cursos/taller distribuidos en 3 módulos con una duración de 2 años, acreditados por la comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias de la región de Murcia (SIAFOC). Participan 25 alumnos (pediatras, residentes de pediatría y enfermeras).

Objetivos

Analizar la satisfacción de los alumnos participantes en un itinerario formativo multiprofesional en urgencias pediátricas (UP).

Material y métodos

Tras la realización de cada curso los alumnos realizan de forma virtual y anónima encuesta de satisfacción de la actividad formativa concluida. Los datos son analizados por la SIAFOC y remitidos a los coordinadores del itinerario. Dicha encuesta consta de 2 bloques y un campo abierto para sugerencias. En el primer bloque los alumnos evalúan mediante 10 preguntas las dimensiones de pertinencia/aprendizaje, materiales, metodología e infraestructura puntuadas de 0 a 5, teniendo a su vez, cada dimensión diferentes indicadores, ponderados en función de un peso específico. En el segundo bloque los alumnos evalúan al profesorado, valorando de 0 a 5 las habilidades de comunicación y dominio de la materia. La valoración global de cada curso/taller va de 0 a 9 puntos.

Resultados

Hasta el momento se han realizado 6 de los 9 cursos. La valoración de los cursos/talleres han sido: MÓDULO BÁSICO: Actualización en UP (15 horas) 8,25. Clasificación y triaje (10 horas) 6,7. Maltrato y aspectos legales en UP (4 horas) 8,11. MÓDULO TÉCNICAS Y MONITORIZACIÓN: Taller de técnicas y monitorización (12 horas) 8,49. Sedoanalgesia para procedimientos dolorosos (12 horas) 8,71. Talleres prácticos de cirugía, oftalmología y otorrinolaringología (18 horas) 8,5. Pendiente evaluación de cursos que se realizarán durante el presente año (traumatología dependiente de módulo técnicas, soporte vital avanzado y simulación en emergencia pediátrica dependientes de módulo avanzado). Entre las sugerencias, los alumnos destacaron: aumentar las horas de simulación y prácticas, espaciar más la formación y disponer de los contenidos teóricos antes de la actividad formativa. La evaluación de conocimientos y capacidad docente del profesorado obtiene una puntuación superior a 4 en todos los cursos.

Conclusiones

La formación con objetivos identificados ha sido valorada con alta satisfacción, en especial en la dimensión de pertinencia y aprendizaje. Las sugerencias de los alumnos permiten hacer modificaciones en las actividades pendientes para aumentar su satisfacción. La realización de una formación multiprofesional puede llevar a mejorar el trabajo en equipo, la calidad en la asistencia recibida y la seguridad del paciente pediátrico asistido en urgencias.

LA EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS ACERCA DE SU DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

AUTORES

MONICA VAZQUEZ CALATAYUD¹; A CHOPERENA ARMENDARIZ².

CENTRO DE TRABAJO

CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA¹; UNIVERSIDAD DE NAVARRA².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

El desarrollo profesional continuo (DPC) de las enfermeras es clave, dado que contribuye a mejorar la calidad de los cuidados, la satisfacción de los profesionales, la seguridad de los pacientes y los costes sanitarios. Las estrategias dirigidas a promover la participación de las enfermeras en el DPC deben responder a sus necesidades para que se lleven a cabo. No obstante, la literatura revela que esto no siempre ocurre. En este sentido, conocer las experiencias de las enfermeras acerca de su DPC permitiría diseñar estrategias de DPC efectivas acorde a sus necesidades reales.

Objetivos

Conocer las experiencias de las enfermeras acerca de su DPC en el contexto clínico, en base a la literatura.

Material y métodos

Revisión de la literatura en las principales bases de datos: CINAHL, PUBMED, Web of Science y PsycINFO, mediante la combinación de los términos: "Continuing professional development", "experiences", "nurses", y sus sinónimos. En las búsquedas se aplicó como único límite el idioma de publicación (inglés y/o español). Asimismo, se revisaron las listas de referencias de los estudios seleccionados (técnica "Snowballing") y se realizaron búsquedas manuales de los cinco últimos años de las revistas de relevancia para el estudio del fenómeno de interés.

Para analizar de forma profunda el contenido de los artículos seleccionados, éstos fueron sometidos a una lectura crítica utilizando los criterios de calidad metodológica de Hawket et al. (2002). Además, se llevó a cabo una síntesis interpretativa crítica de los datos de los estudios.

Resultados

Se seleccionaron nueve artículos para revisión, de los que cinco fueron de carácter cuantitativo, tres cualitativos y uno con metodología combinada. Del análisis de estos estudios se identificó como un aspecto recurrente la relevancia del rol del DPC para mantenerse al día. Los resultados de esta revisión también revelaron que el DPC debería ser un "continuum" a través de la práctica y que a lo largo de este "continuum", las motivaciones y el propósito de desarrollo de las enfermeras pueden variar. En la literatura revisada se han identificado tres necesidades que las enfermeras consideran prioritarias para participar en el DPC: el apoyo para acceder al DPC, las oportunidades de DPC y el equilibrio entre la vida profesional y personal

Conclusiones

Esta revisión pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta las percepciones de las enfermeras sobre sus necesidades para participar en el DPC: el apoyo que reciben, las oportunidades de DPC y la conciliación de su vida profesional y personal, en las distintas etapas de su carrera profesional, para poder diseñar estrategias de DPC efectivas.

A) LA GESTIÓN DE TURNOS EN HOSPITAL PLATÓ

AUTORES

MARTA GIMENO MIRALLES¹; C BENNASSAR BESTARD, CATALINA²; R VERDEJO TORRAS, ROGER³; A JOVER MORENO, ANNA⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL PLATO.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Hospital Plató (HP) mantiene un firme compromiso con sus profesionales desde 2002, cuando se implantó un modelo de gestión de la calidad (EFQM) y un modelo de gestión ético y responsable en el que se visualiza al profesional en el centro de nuestras estrategias y políticas. Los valores que definen la forma de trabajar son 1)Trato humano y personalizado, 2)Vocación de excelencia, 3)Solidaridad con las personas y el entorno, 4)Transparencia y compromiso ético.

Esta forma de poner en el centro al profesional para que repercuta sobre los resultados en pacientes se refleja en la misión de la Unidad de Gestión de Profesionales (UGP), que consiste en promover y facilitar las relaciones laborales, adecuando los recursos profesionales a las directrices y necesidades del hospital, respetando los marcos jurídicos, legales y éticos, y dando apoyo y servicio en los ámbitos asignados con los máximos niveles de excelencia a clientes internos y externos.

Los requerimientos organizativos de las unidades de HP y la voluntad de dar cobertura a las necesidades y cuidados de pacientes, requieren la existencia de una gran variedad de turnos. Y con la finalidad de ofrecer un trato personalizado y excelente a profesionales, la gestión de turnos (GT) se integra en la UGP

Objetivos

El objetivo primordial es dar servicio a los grupos de interés, teniendo en cuenta que el profesional es el eje vertebrador que permite prestar servicios sanitarios de calidad a la comunidad.

-Profesionales: Conocimiento de sus necesidades; Facilitar la gestión diaria; Garantizar la objetividad en la gestión; Generar buen clima laboral (encuesta Great Place to Work - Bestworkplaces 2018).

-Direcciones de HP: Facilitar a mandos asistenciales la gestión; Optimizar costes; Actuar de forma proactiva.

-Autoridad laboral: Garantizar el cumplimiento de la ley; Aplicar cambios normativos; Dar respuesta a nuevas exigencias normativas: Registro Profesionales sanitarios y Control horario

Material y métodos

-Software específico

-Facilitación del planning, actualizado al día

-Uso de Horas complementarias

-Bolsa de suplentes

-Saldos de horas

-Creación anual de calendarios

-Gestión de permisos y absentismos

-Gestión de coberturas

Las fortalezas del equipo GT son:

1.Experiencia consolidada y polivalencia

2.Conocimientos técnicos en ámbito de RRLL

3.Formación específica y desarrollo profesional

Resultados

-Baja conflictividad

-Inspecciones satisfactorias

-Seguridad jurídica

-Personal asistencial que no se ocupa de tareas administrativas

Desde UGP en 2018 se han gestionado:

- 2.249 contratos
- 37.283 permisos que han generado 21.000 incidencias de coberturas
- 5.525 permuta

Conclusiones

La integración de la GT permite aportar garantías a nivel legal des del punto de vista laboral; supone una liberación para el personal asistencial; minimiza costes; y para los profesionales, calidad y claridad en su día a día. Es una orientación clara hacia nuestro grupo de interés prioritario: el profesional, teniendo nuestro foco de atención en la repercusión en el paciente

PROYECTO DE INTEGRACIÓN DE PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS DE DESARROLLO PROFESIONAL DEL PERSONAL FACULTATIVO

AUTORES

LLUIS GAMELL ALVAREZ¹; G CRAYWINCKEL MARTI²; I ARRIETA SEGURA.³; X BORRAS PEREZ⁴; A SALAZAR SOLER^{5,6}.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

El año 2017 se hizo una encuesta de clima laboral en la que se identificaron como puntos críticos la necesidad de mejora del reconocimiento profesional (54%), la comunicación (44%) y el impulso de un liderazgo facilitador. (53%)

Para dar respuesta a estas inquietudes se impulsó un proyecto de integración de los diversos instrumentos de gestión del talento,

Objetivos

Estratégicos:

1. Obtener un sistema que favorezca el desarrollo profesional i la implicación de los profesionales.
2. Introducir un modelo de liderazgo y gestión dirección en la que el papel de los directores de servicio sea clave a la hora de planificar, organizar, dirigir i facilitar el desarrollo de sus colaboradores.

Operativos:

Revisar del procedimiento de selección del personal facultativo:

Revisar r del modelo de carrera profesional.

Describir de los puestos de trabajo del personal facultativo.

Aumentar la implicación del personal facultativo en el plan de formación anual.

Implicar de los facultativos en la consecución de los objetivos institucionales

Material y métodos

El desarrollo del proyecto se ha trabajado de forma participativa y para ello se ha contado con el Consejo directivo Cuerpo facultativo (asimilable a junta clínica) i el sindicato de médicos, además de la dirección asistencial, la dirección médica y la dirección de RRHH

Modelo de evaluación del desempeño de los Jefes de Servicio (2017)

Procedimiento de selección de personal facultativo. (2018)

Modelo de carrera profesional (2018)

Programa de formación y promoción científica. (2019)

Resultados

Plantilla de personal facultativo: 585 médicos y 257 residentes.

El resultado de síntesis se determinará a principios del año 2020 cuando se repetirá la encuesta de clima laboral y se puedan comparar con los resultados del año 2017.

- 8 DLT de personal facultativo.
- Evaluación jefaturas de servicio: (2017) 3; (2018) 4; (2019) previsión 9. Pendientes 19. No evaluables 9.
- Selección de personal: (2018) Convocados: 35 puestos de trabajo/ 85 currículums valorados; (2019) Convocados: 9 puestos de trabajo/ 32 currículums valorados.
- Carrera profesional: (2018) Solicitudes : 105/ 94 (89.52%); (2019) Solicitudes 93/ 86 (92,47%)
- Formación continuada: (2017) personal facultativo: 203 a/2.459 h; (2018) 749 a/5.275,50 h

Conclusiones

La visión integral de los procedimientos que intervienen en el desarrollo profesional de los facultativos facilita el diseño de los instrumentos que lo conforman y le dan coherencia.

La participación de los profesionales, permite llegar consensos sobre los instrumentos que facilitan el desarrollo profesional de los facultativos y su evaluación.

En el diseño de estos procedimientos se debe tener en cuenta la participación de los mandos clínicos.

Los nuevos elementos incorporados en el convenio colectivo.

El grado de aceptación de los profesionales a estos procedimientos se podrá evaluar en la próxima encuesta de clima laboral.

Una vez diseñados los procedimientos se ha determinado la necesidad de su digitalización para ganar eficiencia.

EL CAMINO HACIA HOSPITAL SALUDABLE

AUTORES

ANNA GALERA URREA¹; A JOVER MORENO²; L TERRADELLAS ANTOÑANZAS³; J LÓPEZ CARRASCOSA⁴; R VERDEJO TORRAS⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL PLATÓ FUNDACIÓ PRIVADA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Según la OMS, 'Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los/las trabajadoras/es y mandos intermedios colaboran para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los/las profesionales y la sostenibilidad del ambiente de trabajo', así pues, dentro de una organización excelente como la nuestra, era necesario desarrollar un Plan de empresa saludable que nos permitiera mejorar la productividad, garantizar la seguridad y salud de las personas y generar un entorno de trabajo positivo.

Objetivos

Mejorar el estado de salud de la población dentro del ámbito laboral y extenderlo a la comunidad.

1. Sensibilizar a los/las profesionales y la comunidad de que el entorno laboral puede favorecer la adopción de un estilo de vida activo y saludable.
2. Promocionar desde la dirección las líneas de cómo incorporar un modelo de vida activa en su entorno laboral.
3. Elaborar material de Promoción y Educación para la Salud que apoye y refuerce la actitud positiva ante la vida activa en el medio laboral.

Así como desarrollar nuevas acciones que promuevan y fomenten un estilo de vida saludable entre los/las profesionales.

Material y métodos

En el año 2017 decidimos realizar un replanteamiento en cuanto a política de empresa saludable. Hasta el momento realizábamos muchas acciones relacionadas con fomentar un estilo de vida saludable y la promoción de la salud pero no estaban agrupadas.

Apostamos por focalizarnos en un proyecto de empresa saludable y diseñamos una política que incluyera y agrupara todo lo hacíamos así como nuevos retos y objetivos. Así pues, partiendo de 4 focos de actuación:

- Ambiente físico de trabajo
- Ambiente psicosocial de trabajo
- Actuaciones en salud en el trabajo
- Participación de la organización en la comunidad

Hemos desplegado distintas acciones que contribuyen a mejorar la salud y fomentar un entorno de trabajo saludable. Disponemos también de un plan de empresa saludable que recoge todas las acciones y propuestas de cara al futuro, y hemos diseñado un logotipo para realizar comunicación difusión interna y externamente sobre esta política de empresa saludable.

Resultados

Finalmente el resultado de aplicar este tipo de políticas en la organización lo medimos a través de la encuesta de clima. Donde en el último año realizada (2017) obtuvimos un 71% de satisfacción por parte de los/las profesionales. Siendo también galardonados como Best Workplaces obteniendo la posición número 12 en el ranking de nuestra categoría.

Conclusiones

La aplicación de políticas de empresa saludable, contribuye a generar un mejor entorno laboral y mejorar la calidad de vida de todas las personas que forman parte de la organización.

EVALUACION DE DIRECTIVOS COMO PALACA DE CAMBIO ORGANIZACIONAL

AUTORES

Dolors Sanchez Izquierdo¹; JA Duro Perez²; M Herreros Lopez³; Y Lay Herrera⁴; M Arjona Abelaira⁵; M Novella Noguera⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Bellvitge¹; Bellvitge²; Viladecans³; DAP⁴; Bellvitge⁵; Bellvitge⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La normativa de nuestra organización establece que se ha de realizar la evaluación de los directivos de gestión clínica cada cuatro años y que ésta es un requisito imprescindible para continuar en el cargo. El plan estratégico 2016-2020 se alimenta de los planes de acción de cada unidad y permite alinear la organización de forma estructurada. Disponemos de un modelo de gestión por competencias que utilizamos tanto para la selección como para el desarrollo directivo. Dado que más de un 40% de directivos han sido evaluados en los últimos 9 meses, se ha considerado utilizar esta herramienta como palanca de cambio organizativo

Objetivos

Utilizar la herramienta de evaluación de directivos como palanca de cambio organizacional

Reflexionar sobre el punto de partida de la organización y proyectar el futuro de la misma

Incorporar la participación de los profesionales en el proceso.

Promover el feedback entre directivos y colaboradores de la organización

Integrar los comportamientos descritos en el modelo de gestión por competencias

Material y métodos

El Directivo debe elaborar una memoria de los últimos 4 años y un proyecto a desarrollar para los 4 años siguientes e introducirlo en el aplicativo interno para gestionar el proceso

Un aplicativo externo envía el cuestionario de evaluación 360 al profesional para su autoevaluación y al resto de evaluadores (jefe, equipo y homólogo). De esta manera, obtenemos una visión panorámica y detallada de las 9 competencias del directivo

La Dirección correspondiente así como el Técnico de Desarrollo de la Dirección de Personas se reúnen para valorar la idoneidad del directivo al puesto que ocupa, evalúan el informe de competencias, la memoria y proyecto presentado. Proponen un plan de desarrollo individual y deciden la continuidad o cese de las funciones

Se convoca una reunión de feedback en la cual se pacta el plan de desarrollo individual del directivo a evaluar y recibe por parte del superior inmediato el resultado de su evaluación

El directivo comunica y comparte el proyecto elaborado con su equipo

Resultados

Hemos realizado 120 evaluaciones, hecho que supone que se han elaborado 120 memorias y 120 proyectos a 4 años vista que dibujan el futuro de la organización. Los profesionales participan en el cuestionario de evaluación. Cada directivo ha recibido reconocimiento a su trabajo y un plan de desarrollo individual consensuado a través del feedback personalizado y ambos acuerdan su seguimiento posterior. Permite la reflexión sobre comportamientos directivos del modelo de gestión por competencias

Conclusiones

El proceso es una palanca de cambio organizativo. Mejoran los niveles competenciales de los directivos con los planes de desarrollo individual. Los profesionales perciben el proceso como positivo y enriquecedor. Incluir los proyectos como planes de acción del plan estratégico nos permite objetivar el avance de la organización en la línea que determina la dirección

Se puede considerar este proceso como una herramienta de la dirección para el cambio organizativo.

LA CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN: PROMOCION Y FORMACIÓN COMO BASES DE LA MEJORA

AUTORES

ROSA FERNANDEZ LOBATO¹; MA GARCIA SANCHEZ²; J GONZALEZ REVALDERIA³; M CUESTA RODRIGUEZ-TORICES⁴;
MD CALLES GATO⁵; MA ANDRES MOLINERO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

En las Consejería de Sanidad una de las líneas estratégicas del plan de 2018-2010 es la línea de Humanización, considerando que además de la capacitación científico-técnica hay que añadir el valor de la humanización para tratar a los pacientes, como enfermos y como personas.

Objetivos

Promover y ofrecer formación en humanización al personal sanitario y no sanitario del hospital, aportando instrumentos y medios para poder ejercer la atención a los pacientes con mejor capacitación, mejorando la satisfacción de los pacientes y familiares.

Material y métodos

Se plantea por el Servicio de Atención al Paciente realizar diferentes actuaciones para potenciar y formar en aptitudes relacionadas con el manejo de las personas, para dotar de instrumentos a todo el personal que trabaja en un hospital y que puedan mejorar sus habilidades.

Se plantean talleres, casos prácticos, videos, escenas teatralizadas, realizadas en los 2 últimos años (2018 y 2019) .

Resultados

Tanto el SAP como la Comisión de Calidad Percibida y Humanización, consideraron de gran utilidad y necesarios, realizar estas actuaciones.

Se han realizado:

- talleres anuales, con 4 jornadas de 1 hora, en la que se plantean temas diferentes en relación con las buenas prácticas (actuación correcta, enfocar situaciones difíciles, malas noticias)
- Videos comparando correctas e incorrectas actuaciones
- Casos prácticos

Se entrega encuesta de satisfacción después de cada jornada, habiendo sido muy satisfactoria en los 2 últimos años.

Se ha animado por parte de los asistentes a continuar y perfeccionar estos talleres, ya que consideran les ayuda a poder tratar a los pacientes de manera más humana.

Conclusiones

Las actuaciones que promueven la Cultura de Humanización en los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en el hospital, han recibido de manera muy positiva esta formación. Consideramos que debemos seguir aumentando la oferta de estos actos para que esta cultura cale más en todos y mejoremos la atención y satisfacción de los pacientes y sus familiares.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE TRANSICIÓN DE ENFERMERÍA

AUTORES

MÓNICA VÁZQUEZ CALATAYUD¹; E REGAIRA MARTÍNEZ².

CENTRO DE TRABAJO

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Los programas de transición de enfermería son períodos de tiempo planificados e integrales durante los cuales las enfermeras pueden adquirir el conocimiento y las habilidades necesarias para brindar una atención segura y de calidad. El Instituto de Medicina recomienda implantar este tipo de programas argumentando que favorecen la retención de las enfermeras, su satisfacción en el trabajo y mejora su competencia clínica, lo que revierte de manera positiva en la seguridad de los pacientes. En España, aunque se han explorado las vivencias de las enfermeras durante este proceso, no se han encontrado programas que faciliten su transición.

Objetivos

Evaluar un programa de transición en enfermeras de nueva incorporación.

Material y métodos

Estudio descriptivo comparativo llevado a cabo en un hospital universitario de nivel terciario. El programa de transición implantado era teórico-práctico, con una duración de 12-18 meses. Para evaluar este programa se utilizó la encuesta Casey-Fink, que está validada y consiste en 41 preguntas distribuidas en 5 secciones: 1) demográfica; 2) habilidades y desempeño; 3) entorno de la práctica y rol de transición; 4) satisfacción en el trabajo; y 5) confort y confianza. Esta encuesta se recogió en dos tiempos: T0 (basal) y T2 (a los 6 meses). Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados

Tasa de respuesta del 100% (43/43). El 95% eran mujeres y el 5% hombres, con una edad media de 24 años (DE=2,8). El 100% estaban satisfechos con el programa de transición. Las habilidades que consideraron más difíciles de desempeñar fueron: la colocación de vías venosas y monitorización de vías arteriales (51%), la asistencia ventilatoria y extubación (48%) y la respuesta ante una emergencia (44%), habiendo mejorado significativamente entre T0 y T1 ($p < 0,05$). La mitad coincidieron en señalar los estudios como el aspecto más estresante. Entre las barreras que experimentaron en la transición del rol de estudiante al de enfermera destacaron la falta de confianza (53%) y la carga de trabajo (43%). El 69% identificaron que el apoyo entre compañeros era el aspecto más satisfactorio del entorno de trabajo, seguido del papel del profesional de enfermería y del aprendizaje continuo (57% y 55% respectivamente).

Conclusiones

El programa de transición tiene un impacto positivo a corto plazo sobre las habilidades y el desempeño de las enfermeras de nueva incorporación, así como sobre los temores que experimentan durante este periodo en relación a la seguridad del paciente.

GESTIÓN DE LA DEMANDA, DESARROJO COMPETENCIAL DE ENFERMERÍA

AUTORES

IZASKUN MORÁN VALLE¹; Y VASCO RODRÍGUEZ²; I PEÑA CAPSIR³; L LIDIA RIOS VALLÉS⁴; O DOBLADO LÓPEZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HLLEUGER CAMBRILS.

TIPO: ORAL MEJORES COMUNICACIONES

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La dirección del centro a finales del 2018 valoramos posibilidad de realizar un cambio en modelo organizativo ampliando cartera servicios enfermería con la gestión enfermera de la demanda (GID), las enfermeras somos quienes atendemos, resolvemos y derivamos a los usuarios que acuden al centro de Atención Primaria solicitando atención. Teniendo en cuenta norma publicada en el Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña el 1 de julio de 2016 donde recoge el acuerdo del Consejo de Colegios de enfermeras y enfermeros de Cataluña donde especifica como se debe realizar su despliegue en base a la norma publicada en el 2013 en la que definía el marco general.

Objetivos

Gestionar de forma integral los motivos de consulta de las personas atendidas por enfermería

Material y métodos

Después de realizar las valoraciones pertinentes entre los miembros de Dirección del Centro valoramos positivamente la integración dentro de la cartera de servicios de enfermería la GID como una oportunidad competencial de desarrollo. Iniciamos un trabajo de campo realizando sesiones equipo AP para valorar inquietudes, opiniones A continuación hicimos 2 ediciones del curso GID organizado por AIFICC y COIB para formar a todo el equipo enfermería, formamos a los administrativos para identificar problemas de salud y circuito a seguir. Realizamos una prueba piloto con una enfermera que ya estaba formada anteriormente. A partir del 1 de julio en todas las agendas de enfermería se pueden incluir visitas GID, identificadas como tal y que forman parte del día a día de la agenda.

Los problemas de salud que abordamos son; catarro vías altas, síndrome gripal, molestias urinarias, odinofagia, picaduras, quemaduras, heridas, anticoncepción de emergencia, diarreas/vómitos, elevación presión arterial, control anticoagulantes orales, cura catéter central de acceso venoso. Los protocolos están definidos en nuestro programa informático ECAP y en el caso de necesitar una prescripción o baja la enfermera propone y mediante una alerta el médico la valida y autoriza con una visita no presencial.

Resultados

Durante el mes de febero de 2019 una enfermera hizo consulta GID en exclusividad atendiendo a 60 pacientes y de estos 42 no precisaron derivación a otro profesional siendo la tasa de resolución del 70%. en marzo y abril la enfermera a seguido haciendo la GID dentro de su agenda diaria atendiendo a 18 y 33 pacientes respectivamente con una resolución del 61 y 88% Esperamos que para la fecha del congreso los datos obtenidos sean más relevantes por volumen de personas atendidas ya que todas las enfermeras del equipo tendremos en nuestras agendas la GID como una actividad más de la consulta.

Conclusiones

La gestión enfermera de la demanda es clave en la mejora de atención de las personas, familias y comunidad, en la resolución de sus problemas y en la accesibilidad a los servicios así como en la gestión de recursos de los centros.

Es una oportunidad de desarrollo profesional siendo las enfermeras protagonistas participes y reguladoras de la parte operativa

DESDE EL ESCEPTICISMO A LA MEJORA CONTINUA

AUTORES

Félix Rivera Sanz¹; J Álvarez Ojeda².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital San Pedro.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Los resultados de anteriores experiencias en la organización implementadas desde la dirección demostraron la necesidad de dar protagonismo a los profesionales. La mejora continua implica un cambio cultural para responder a las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés.

Era necesario organizarse para medir, evaluar y mejorar los procesos desde la perspectiva de los profesionales.

Objetivos

- Mejorar los resultados de los procesos implicando a los profesionales en la mejora de la calidad asistencial.
- Identificar y establecer el seguimiento de indicadores propios de cada especialidad según criterios de los profesionales.

Material y métodos

Se mantuvieron reuniones iniciales con responsables de 11 servicios que componen el Área Quirúrgica para identificar causas, propuestas y su viabilidad. También para conocer la disposición a liderar por parte de los responsables de cada unidad.

1. Análisis de iniciativas implantadas anteriormente en cada unidad.
2. Creación de grupo de profesionales. Uno por servicio con formación en evaluación y mejora de la calidad, liderazgo y representatividad
3. Formación-Acción:
 - a. Estudio de situación
 - b. Priorización de mejoras y Plan de Acción
4. Reconocimiento de las personas
5. Actividades formativas y difusión.

Resultados

Se constituyó la Comisión de Calidad y Seguridad del Área Quirúrgica con los responsables de calidad, un representante de dirección y el responsable de calidad.

Mediante reuniones mensuales se impulsa la calidad y la seguridad de los pacientes asignando indicadores y evaluando los objetivos propuestos.

Los resultados son positivos. Se dispone de información relevante para mejorar la calidad asistencial. Se alcanzan e incluso se mejoran algunos de los estándares de referencia para indicadores seleccionados: disminución de la demora media y de suspensiones de actividad quirúrgica, colaboraciones con otros colectivos y buenos resultados de satisfacción de pacientes.

Conclusiones

La simplicidad de la herramienta puesta en marcha y los buenos resultados obtenidos, han producido un aumento de la eficiencia de la organización con repercusión en los ciudadanos.

El trabajo realizado tiene el valor añadido de haber creado cultura de la mejora continua en la organización favoreciendo la aparición de nuevas iniciativas y generando un mayor grado de autoestima entre las personas.

La experiencia ya ha suscitado el interés en otras áreas del hospital, que han solicitado ayuda para la implantación en sus áreas de una sistemática semejante, por la mejora que supone para los pacientes, además de su sencillez y el grado de implicación, motivación y reconocimiento entre las personas de la organización.

PLANES DE ACOGIDA FORMATIVOS PARA LOS PROFESIONALES DE UNA MUTUA

AUTORES

ÁNGELES ESCOBAR MORENO¹; J ORTNER SANCHO²; N IBAÑEZ VALLS³; A VIVES JULINES⁴; X FARRUS ESTEBAN⁵; M PLANA ALMUNI⁶.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Tras realizar un análisis de necesidades, la organización define un Proyecto de mejora de la calidad asistencial por parte de los profesionales médicos, con especial hincapié en las nuevas incorporaciones, mediante un plan de Formación personalizada, dado que se enfrentan a un medio, el de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, con unas características peculiares, que hacen necesaria una preparación específica.

Objetivos

Evaluar el grado de satisfacción de los médicos asistenciales y de sus responsables tras la instauración del Plan Formativo individualizado en el primer año tras su implantación.

Material y métodos

Se realiza una detección de las necesidades por parte del Comité de Gestión del Conocimiento mediante encuestas dirigidas a los médicos asistenciales y Responsables médicos.

El Plan formativo se diseñó en base a unos contenidos formativos, que abarcan las áreas de: Conocimientos asistenciales y del entorno mutual, Técnicas quirúrgicas ambulatorias, Diagnóstico por la imagen, Manejo de programas informáticos específicos, Habilidades relacionales y asertividad y Desarrollo Profesional.

La planificación y ejecución del Plan Formativo es llevado a cabo por un Formador Médico Interno, perfil de nueva creación y en fase de rodaje. Se establecen prioridades de actuación en base a la experiencia previa del nuevo médico asistencial, y a su entorno de trabajo. Se realiza una formación presencial e individualizada de 3 días de duración y una posterior tutorización durante el primer año de trabajo.

El Plan Formativo se evalúa con una encuesta dirigida a los médicos formados y a sus responsables directos, para valorar tanto la satisfacción global como ítems específicos como la organización, los contenidos, duración y la utilidad de la acción formativa.

Resultados

En el periodo comprendido entre noviembre de 2017 y noviembre de 2018, los resultados de satisfacción global son de 4,6/5 en el colectivo de médicos formados y de 4,2/5 entre los responsables de dichos médicos.

En los ítems específicos, los resultados mejor valorados (de acuerdo y muy de acuerdo) han sido el contenido formativo, la utilidad de la formación y la organización de las sesiones (9/10). Lo que peor valoran son la duración de las sesiones (7/10).

Conclusiones

Una correcta preparación para el puesto de trabajo a desempeñar redundará en una mayor satisfacción del personal, garantizándose una asistencia de calidad y una mayor fidelización a la empresa.

Se replantea la organización del Plan en cuanto a la Formación para ampliar la actuación individualizada a 5 días, según las necesidades específicas.

Está en fase de diseño una encuesta destinada a conseguir datos sobre el impacto de la formación en la calidad asistencial al cabo de un año de la misma, tanto en los médicos asistenciales formados como en sus responsables.

PERCEPCIÓN ENFERMERA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

Iván Santolalla Arnedo¹; F Rivera Sanz²; B Jodra Esteban³; T Sufrate Sorzano⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio Riojano de Salud.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Los profesionales de Atención Primaria están de actualidad mediática. Las encuestas de satisfacción no reflejan toda la realidad. Se ha realizado un estudio cualitativo para profundizar en esta realidad

Objetivos

Conocer la percepción de las enfermeras sobre la atención primaria y sus propuestas de mejora

Material y métodos

Se seleccionó un equipo representativo y de fácil accesibilidad. Se optó por la Teoría Fundamentada porque su objetivo es generar teoría que explique la situación en su contexto. Se buscó conocer la situación desde su perspectiva mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas. El número de enfermeras entrevistadas se estableció por saturación de la muestra.

El análisis, con Atlas ti, se basó en análisis de discurso, codificación teórica y comparación constante. Se realizó por dos investigadores en paralelo, posteriormente consensuados.

Resultados

Las enfermeras manifestaron homogeneidad en sus discursos. La saturación se dió tras 5 entrevistas.

Su misión es dar una atención eficaz con los recursos disponibles. Consideran importante una buena gestión que consiga equilibrio entre calidad asistencial, cumplimiento de objetivos y satisfacción de pacientes.

La atención primaria aporta relación, participación y proximidad. La variedad en la frecuentación de los pacientes dificulta adecuar la respuesta dada. El envejecimiento y la cronificación implican la necesidad de adecuación y mayor cantidad de recursos.

Áreas de mejora:

- Falta de tiempo para dar una respuesta adecuada a las demandas de los pacientes.
- Disminución de recursos, en especial falta de personal.
- Insuficiente formación previa del personal de nueva incorporación.
- Falta de consenso y actualización de conocimientos.
- Escaso nivel de protocolización de las actividades.
- Falta de definición, o de conocimiento, de objetivos del centro y los profesionales.
- Desapego con líderes de fuera del centro.
- Escasa relación con la sociedad. Se dedica poco tiempo al trabajo comunitario.

Propuestas:

- Sesiones y reuniones de equipos.
- Mejorar la sostenibilidad medioambiental del centro.
- Contratar psicólogos para dar respuesta adecuada a determinados problemas y liberar tiempo para médicos y enfermeras.
- Ajustar los tiempos de cada actividad y paciente en función de su necesidad
- Consensuar procedimientos asistenciales basados en evidencia científica.
- Potenciar el liderazgo enfermero en todo lo relacionado con cuidados

Conclusiones

La atención primaria debe estar próxima a los pacientes y responder a sus necesidades. Las demandas sociales implican una reflexión sobre un modelo que se ha quedado anticuado. Se necesitan adecuar tiempos, recursos humanos y procesos. La enfermería debe asumir responsabilidades y trabajar más en la comunidad, pero necesita recursos, formación y reconocimiento.

La situación actual provoca una sensación de desmotivación porque afecta a la capacidad para dar una respuesta adecuada a los pacientes

GESTIÓN POR COMPETENCIAS Y MAPAS DEL TALENTO EXPERIENCIA EN CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE

AUTORES

Catherine Alonso Rodriguez¹; C Pantoja Alvarez²; I Urrutia Johansson³; A Uranga Ibarra⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Clínica IMQ Zorrotzaurre¹; Clínica IMQ Zorrotzaurre²; Clínica IMQ Zorrotzaurre³; Clínica IMQ Virgen Blanca⁴.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

En materia de seguridad del paciente y/o humanización de la atención sanitaria, no nos podemos olvidar de un elemento que es clave: los profesionales, su capacitación, actitud, competencia y experiencia, entre otras cosas. Conseguir hacer realidad las políticas de la organización basadas en la atención centrada en el paciente y sus familiares, la humanización de la asistencia y/o la seguridad del paciente, entre otras, pasa por asegurar la competencia de nuestros profesionales.

Objetivos

1. Garantizar el despliegue de los valores y del modelo de gestión por competencias de la organización
2. Conseguir desarrollar las competencias de los profesionales en línea a las políticas de la organización: seguridad del paciente, humanización de la atención, atención centrada en el paciente y sus familiares, etc...
3. Mejorar el nivel competencial identificando necesidades de mejora.
4. Implicar y motivar ofreciendo oportunidades de formación y desarrollo a nuestros profesionales.
5. Enfocar los planes de formación hacia las necesidades identificadas.
6. Identificar los Mapas de Talento de la Clínica

Material y métodos

1. Diseño del modelo y metodología de despliegue.
2. Benchmarking con empresas del sector sanitario y no sanitario.
3. Preparación de herramienta soporte.
4. Formación a toda la organización: evaluadores y evaluados.
5. Explotación y análisis de los resultados: diagnóstico de necesidades
6. Evaluación y revisión del diseño y despliegue.
7. Plan de mejora: simplificación del proceso. Nuevo modelo de evaluación: adaptación del enfoque y despliegue.
8. Mapas de Talento definidos y actualizados.

Resultados

- Simplificar el proceso de evaluación. Se adapta el enfoque atendiendo al gran volumen de colaboradores a evaluar.
- Diseñar una herramienta de soporte más ágil, sencilla y automatizada. Se evita tener que realizar el proceso en soporte papel.
- Reducir el tiempo invertido en el proceso por parte de los evaluadores. Se consigue reducir el tiempo como consecuencia de la simplificación del propio proceso. La adhesión de los evaluadores, por tanto, ha incrementado.
- Conseguir resultados de las evaluaciones más efectivas, exhaustivas y comprometidas.
- Un diagnóstico de necesidades más ajustado a la realidad.
- Mapas de Talento, que nos ayudan a identificar profesionales que destacan y pueden contribuir a aportar un gran valor a la Organización

Conclusiones

La apuesta por diseñar y desplegar un proceso que nos ayuda a trabajar en el ámbito de los Mapas de Talento, es a través de la evaluación del desempeño de los profesionales, basada en competencias y conocimientos. Como siempre, hemos sido rigurosos en la aplicación de la metodología, contrastada y analizada con otras experiencias. Y de la experiencia propia, hemos aprendido que, en ocasiones, apuntar a la Excelencia puede no ser la mejor opción. Hemos aprendido que la realidad propia, la operatividad, la flexibilidad y la simplificación, a veces, es mejor acompañante.

ASEGURAR EL TALENTO PROFESIONAL MEDIANTE LA CONSOLIDACIÓN DE VALORES. EXPERIENCIA EN UN CENTRO SANITARIO MONOGRÁFICO

AUTORES

JOANA CASAUS GARCIA¹; A SEDANO MARTINEZ²; J FONOLL LLUIS³; M NOSAIRI VILLAR⁴; A BELMONTE ZAMORA⁵; R SIN CABRERO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Institut Català d'Oncologia.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

El modelo de gestión, liderazgo y buen gobierno basado en valores que caracteriza al Instituto Catalán de Oncología como institución multi-céntrica monográfica de cáncer, nos permite desplegar modelos de actuación éticos, transparentes y sostenibles dentro del marco creado de una cultura de confianza y transparencia

Después de más de 25 años de historia, la situación demográfica actual en nuestra institución nos conduce a la necesidad de trabajar en un proyecto de relevo generacional que consolide y asegure los valores institucionales. Al mismo tiempo, la complejidad oncológica y clínica de nuestros pacientes y la orientación a resultados que caracteriza el modelo, nos conduce a un cambio de modelo de gestión de personas basado en competencias

Objetivos

Desplegar un modelo de desarrollo de personas, acorde con el liderazgo y valores corporativos, que permita conocer dónde está el talento dentro del conjunto global de la institución, y poder gestionarlo en toda la cadena de valores: selección, formación, promoción, carrera profesional y sucesión

Reforzar valores institucionales, asegurando la continuidad del talento

Disponer de mapa de conocimientos donde esté identificado el talento de cada profesional (competencias actuales y posible desarrollo)

Disponer de diccionario matriz de competencias incluyendo las competencias corporativas, específicas y críticas con sus respectivos niveles

Disponer de catálogo de puestos de trabajo y perfiles competenciales

Material y métodos

Definición: descripción de puestos de trabajo de las personas de la institución a partir de un cuestionario que recoge las funciones y tareas del puesto de trabajo

Identificación mediante focus-group de las competencias corporativas y específicas por puesto de trabajo

Asignación automática de perfil competencial y asignación voluntaria de competencias

Validación de competencias a partir de las siguientes herramientas: cuestionario/test (conocimientos), pruebas prácticas (habilidades) y valoración 360° (actitudes)

Desarrollo: se traduce en planes de mejora personales y formación corporativa

Resultados

1. Relacionados con el despliegue del modelo

Perfiles validados/profesionales

Grado de satisfacción y aplicabilidad

Fichas de puesto de trabajo

2. Relacionados con el modelo

Distribución del talento por categorías

Asignación de perfiles/profesionales

Coste económico

Planes de mejora iniciados

Conclusiones

Con esta iniciativa se refuerza con proyectos concretos el modelo de liderazgo basado en valores y se ofrecen herramientas de mejora

a nuestros profesionales

La gestión basada en competencias potencia el desarrollo de los profesionales dentro de la institución, no sólo en su puesto

Traducción de los valores institucionales en comportamientos observables y, en consecuencia, en competencias

Ayudar a los directivos a orientar a los equipos hacia la consecución de un desempeño excelente

Ayudar a los profesionales a desarrollar sus competencias dentro de los equipos multidisciplinares para abordar el cuidado de los pacientes

YA TENGO TRABAJO

AUTORES

Carmen Caudet Baiges¹; L Pla Saborit².

CENTRO DE TRABAJO

Clínica Terres de l'Ebre.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

El como te incorpores a la vida laboral puede condicionar de forma clara la inserción en dicho mundo.

La acogida del nuevo profesional es un factor clave en su proceso de integración. La empresa de proporcionar la formación obligatoria para el desempeño de sus funciones (RGPD, Riesgos Laborales, Equipos de Protección Individual....) pero también toda aquella información y formación necesaria para el correcto cumplimiento de su actividad laboral. Una acogida óptima y individualizada va a lograr grandes profesionales que aseguren la seguridad del paciente y un entorno laboral protegido de eventos adversos.

Objetivos

- Aceptar la incorporación de nuevos profesionales como una tarea cotidiana, promoviendo una acogida segura y desarrollando un buen clima laboral e integración en el equipo.
- Informar a los nuevos profesionales de todos los aspectos organizativos del centro que deba conocer.
- Implicar al Comité de Dirección del centro en la acogida de los nuevos profesionales.
- Formar a los nuevos profesionales en todo lo relacionado con la tarea asistencial a realizar. Reforzando las áreas susceptibles de riesgo de seguridad del paciente y de suceder eventos adversos.
- Difundir entre todos los profesionales el procedimiento de acogida al nuevo profesional en formato de curso online.

Material y métodos

- Análisis de cómo se realiza la acogida de los nuevos profesionales (NP).
- Realización de encuestas a los NP para valoración del proceso de acogida, después de realizar el curso online elaborado y a los dos meses de estar trabajando.
- Estudio de las debilidades detectadas y elaboración de un plan de actuación.
- Acciones del Plan de actuación:
- Actualización del protocolo de acogida.
- Implantar la acogida y presentación del Comité de Dirección del centro de forma mensual o en función de la demanda.
- Confección de un curso de formato online individualizado para nuestro centro, al cual accederán a través de la intraweb..
- Asignación de una persona responsable de:
- Seguimiento de la realización del curso.
- Valoración de los cuestionarios del mismo.
- Reunirse con el coordinador y la dirección responsable del trabajador para transmitir los resultados obtenidos. Entre todos elaboran un DAFO y extraerán acciones a promover: formación, refuerzo en aspectos detectados...Concretando la fecha de nueva valoración en su caso.

Resultados

Estamos en proceso de evaluación de los mismos en el momento actual.

Conclusiones

Una buena acogida de los NP es un valor añadido para el los NP, el equipo de profesionales del centro y para la seguridad de los pacientes. Identificar y conocer el organigrama del centro en persona proporciona un entorno de proximidad que permite a los NP empatizar con la Misión, Visión y Valores que promueve el centro.

IMPULSANDO EL TALENTO, VISIBILIDAD Y POTENCIAL DE LOS RESPONSABLES DE SEGURIDAD DE ENFERMERÍA

AUTORES

Pablo Cazallo Navarro¹; MD Montserrat Capella²; C Ruiz Entrecanales³; MA Santano Magariño⁴; B De Andrés Gimeno⁵; MM Gallego Paz⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Tras la consecución del sello de Excelencia Europea 500+ (EFQM) surgieron 70 áreas de mejoras, siendo el 24% relativas al criterio "Personas".

Uno de los ítems más destacados fue la falta de visibilidad y reconocimiento de los profesionales, y en concreto de los Responsables de Seguridad de Enfermería (RSE). Por ello, desde la Unidad de Calidad (UCA) se decidió establecer un plan de mejora para abordar dicha carencia.

Objetivos

Dar visibilidad, motivar y premiar el trabajo realizado por los RSE del Hospital con los recursos disponibles.

Material y métodos

En el marco de la ISO 9001:2015 se realizó una actualización del contexto (DAFO) y de los grupos de interés de la UCA. Los resultados fueron los siguientes:

Debilidades: incipiente recambio de RSE y alto absentismo laboral.

Amenazas: dificultad de asistencia a reuniones y examen de oposición de Enfermería.

Fortalezas: implicación de la Dirección de Enfermería (DE) en seguridad del paciente, vinculación con la Universidad y alta participación del área de enfermería.

Oportunidades: congreso de la SECA y Jornada Anual de Calidad.

En cuanto a los principales grupos de interés: DE, Universidad y grupo de RSE.

Para estos últimos, se analizaron las necesidades y expectativas que podrían demandar a la UCA. Tras un "brainstorming", y su posterior priorización de ideas, se decidió crear el I Concurso de Proyectos de Seguridad del Paciente, avalado por la DE.

Los tres mejores trabajos tendrían la oportunidad de ser expuestos en la II Jornada de Calidad del Hospital, y el primer premio consistiría en la financiación para asistir al congreso SECA.

Para la evaluación de los trabajos, se contó con la colaboración del Vicedecanato de la Universidad, Formación Continuada, Investigación, Recursos Materiales, UCA y la propia DE.

Resultados

De entre los 40 RSE, se presentaron sólo 3 trabajos (7,5%). Dada la baja participación, a posteriori se decidió realizar una encuesta que ayudara a poder entender sus necesidades y expectativas. La encuesta constó de 7 preguntas:

1. Indica tu nivel de satisfacción global con el premio.

2. ¿Te ha gustado la iniciativa?

3. ¿Qué es lo que más te ha gustado del proyecto?

4. ¿Qué es lo que menos te ha gustado del proyecto?

5. Elementos que hayan podido dificultar tu participación.

6. ¿Te gustaría que se continuase con el proyecto?

7. Ideas que puedan ayudar a motivar, visibilizar y reconocer a los RSE.

Con un índice de respuesta del 47.5%, el 63.2% contestó estar muy satisfecho con el premio, el 89.4% refirió haberle gustado mucho la iniciativa y al 74% le gustaría que se continuara con la segunda edición del premio.

Entre los elementos que les dificultaron la participación destacaron el horario de trabajo, la oposición de enfermería y disponer de poco tiempo para su realización.

Conclusiones

Se obtuvo una baja tasa de participación en el concurso.

En base a los resultados de la encuesta, la UCA diseñó un nuevo plan para aumentar la participación en el año 2020, fomentar la motivación, su visibilidad y premiar el esfuerzo.

SISTEMA DE MEJORA CONTINUA EN EL LIDERAZGO DE SITUACIONES DIFÍCILES

AUTORES

Anna Cruz Oliveras¹; J García Bon²; M Chacón Martínez³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari Sagrat Cor.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Actualmente en el sistema sanitario, podemos detectar un elevado número de Modelos Organizativos construidos al amparo de criterios adecuados a diferentes condicionantes (población, geografía, complejidad asistencial, etc). Ninguno de estos modelos funcionaría de manera eficiente sin el compromiso de los profesionales que forman la Organización.

Por lo tanto, un papel crítico y clave en el desarrollo de cualquier modelo organizativo, está centrado en los líderes de los equipos. Estos líderes deben funcionar bajo un entorno de presión en la gestión diaria de los profesionales.

Para mejorar la eficiencia en la gestión de profesionales, se crea el 'SISTEMA DE MEJORA CONTINUA EN EL LIDERAZGO DE SITUACIONES DIFÍCILES'

Objetivos

Facilitar herramientas a los profesionales implicados en el liderazgo de equipos, para la resolución de situaciones de alta complejidad o de conflicto que se suceden diariamente.

Entrenar, colectiva e individualmente, en el uso de esas herramientas.

Generar sinergias entre los diferentes estamentos y grupos profesionales para incrementar la orientación al paciente.

Material y métodos

Para la puesta en marcha de este SISTEMA, seleccionamos un colectivo suficientemente representativo (50 mandos asistenciales y no asistenciales) del Hospital Universitario Sagrado Corazón de Barcelona (grupo QUIRON).

Para diseñar el Sistema, se identificaron problemas de alta dificultad o de elevada prevalencia en el desarrollo cotidiano de la función de liderazgo de equipos de profesionales.

A partir de la detección de problemas reales, se diseña el SISTEMA y se perfila el plan de implantación que se basa en lo siguiente:

- Acciones grupales
- Acciones individuales
- Oficina VIRTUAL

ACCIONES GRUPALES: Se realizan en grupos de 10 a 12 personas y van orientadas a desarrollar los fundamentos básicos y comunes para la gestión de situaciones difíciles.

ACCIONES INDIVIDUALES: Intervención individual para dar continuidad a la resolución de casos y situaciones poco estandarizables.

OFICINA VIRTUAL: Creación de una línea de consulta continua para la resolución de conflictos específicos.

Todos los materiales empleados en el sistema, se basan en casos reales.

Resultados

1. Mejora del Clima Laboral en los diferentes ámbitos de actividad (Asistencial y No Asistencial).
2. Establecimiento de relaciones positivas interestamentos.
3. Mayor focalización en el paciente.
4. Disminución de algunos paradigmas: "... a mi no me toca" o "...siempre lo hemos hecho así".
5. Incremento del compromiso con la Institución de los mandos intermedios.
6. Mejora en el desempeño de la resolución de conflictos

Conclusiones

Con los resultados obtenidos en el primer año de intervención, consideramos la idoneidad de una trazabilidad a medio-largo plazo en la implantación del SISTEMA, que permita mantener y mejorar el clima, la eficiencia y la satisfacción de los profesionales que "consiguen que las cosas pasen".

EMPLOYEE NET PROMOTER SCORE (ENPS)

AUTORES

José M^a Sierra Manzano¹; Ol Buergo Garcia²; Ma Sanz Muñoz³; Ja Iglesias Gómez⁴; Ca Andrés Gonzalo⁵; Ed Ladrón Moreno⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Las personas, cliente interno de las organizaciones sanitarias, son la clave para proveer una excelente experiencia a los pacientes. El eNPS es un indicador utilizado para la gestión de personas que procede del Net Promoter Score (NPS) usado en marketing para medir la fidelidad de los clientes. Es un indicador sencillo y estandarizado que mide la probabilidad de que un empleado recomiende su organización para trabajar, lo que proporciona información sobre su compromiso. Existe una correlación de un 98% entre la satisfacción de las personas y la de los clientes (el eNPS es la causa y el NPS el efecto). Es un instrumento de medición global y no conduce a la adopción de ninguna medida particular con respecto a una persona específica ni a su desempeño en el puesto de trabajo.

Objetivos

Conocer la experiencia de las personas. En nuestra organización el eNPS complementa otras herramientas ya instauradas de forma sistemática como el clima laboral -Font Roja-, el síndrome del quemado -Maslach Burnout Inventory- o el grado de compromiso -Gallup Q12-, que proporcionan una visión global compuesta por el compromiso organizacional, la implicación laboral y la satisfacción, cuyo conocimiento nos facilita la gestión del ciclo de vida laboral de las personas.

Material y métodos

El eNPS consiste en una sencilla pregunta: En una escala del 0 (no, en absoluto) al 10 (sí, absolutamente), ¿con qué probabilidad recomendarías nuestra organización para desarrollar su actividad profesional a un amigo o familiar? a disposición de las personas mediante un terminal táctil.

El eNPS segmenta las respuestas en:

- 9-10 - Promotores: personas entusiastas de la organización dispuestas a recomendarla.
- 7-8 - Pasivos: personas satisfechas pero sin un nivel alto de entusiasmo.
- 0-6 - Detractores: personas que no están satisfechas.

Su cálculo es muy sencillo: $eNPS = (\% \text{ Promotores}) - (\% \text{ Detractores})$. Además hemos incluido una pregunta abierta para conocer los motivos de la puntuación y tener información cualitativa para profundizar en medidas de mejora futuras.

Resultados

Con valores de referencia por debajo del -10, deberíamos empezar a preocuparnos y entre -10 y +20 se consideran normales.

Entre el 15 y 31 de mayo se han registrado 83 encuestas con un eNPS de 0. La satisfacción global por trabajar en nuestra organización (0-10) es de 6,8. Los motivos de una baja puntuación eNPS son la percepción de una excesiva carga de trabajo, de falta de comunicación y de una inadecuada conciliación de la vida familiar y laboral.

Conclusiones

Lo relevante es enfocar el eNPS como un instrumento que permite ver la evolución de la satisfacción de las personas de la organización creando una cultura del feedback, donde se aporten opiniones, de una manera abierta y transparente, con las que elaborar un Plan de mejora. Lo que se plantea es que mejorar el eNPS es el paso previo para mejorar NPS del paciente y que, por tanto, si queremos mejorar la experiencia del paciente debemos mejorar primero el compromiso de las personas.

FORMACION EN SOPORTE VITAL BÁSICO AL ALCANCE DE TODO EL PERSONAL DE UN CENTRO HOSPITALARIO

AUTORES

JOSÉ MARÍA CRESPO PALAU¹; J GOMEZ DE TOJEIRO ROCE²; MA CARBAJO MARTINEZ³; A BERMUDEZ SAIZ⁴; L BOLADO DÍAZ⁵; R SERRANO GONZÁLEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRO HOSPITALARIO PADRE MENNI

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una de las principales causas de muerte. Existe evidencia que puede reducirse la mortalidad y las secuelas si se mejora la respuesta asistencial

Los Protocolos de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) propugnan estrategias basadas en optimización de la cadena de supervivencia, constituida por sistema de alerta inmediata, inicio precoz de la RCP básica, desfibrilación temprana y soporte vital avanzado (SVA) en menos de 8 minutos. Estándares de acreditación (Joint Commission) indican qué miembros del personal que prestan atención al paciente y los que la organización identifique deben recibir capacitación y demostrar competencia adecuada en RCP. La organización identifica personal a capacitar, nivel adecuado, estableciendo periodicidad y comprobando el nivel de competencia

Objetivos

Conseguir que en nuestro Centro el mayor número de miembros del personal:

Reconozca la situación de PCR y active el sistema en RCP según Protocolo de Actuación diseñado específicamente

Inicie las maniobras de SVA acompañado de desfibrilación precoz .

Asegure la sistemática y correcta revisión del material y medicación de urgencia

Material y métodos

Se establecen

RESPONSABILIDADES

Direcciones asistenciales: divulgación, planificación e implementación de formación a todos los profesionales, así como conocimiento del Protocolo

Personal asistencial y no asistencial: responsable de aplicación y cumplimiento

Comisión de Seguridad: evaluará anualmente la implementación

FORMACION: ACOGIDA Y CONTINUADA

Todo el personal, tanto de nueva incorporación como ya en puesto, debe conocer el procedimiento y estar capacitado para iniciar SVB

Profesionales de nueva incorporación: se dará a conocer el Protocolo y la ubicación del material de urgencia. Se realizará un recordatorio en sesión de acogida

INDICADORES:

Número de profesionales formados /horas de formación en SVB

Tiempo desde detección de PCR hasta iniciar maniobras de SVB

Carros de PCR correctamente actualizados y revisados

Resultados

En Marzo de 2019, se realizaron sesiones de formación en RCP Básica y avanzada a personal asistencial clave

La Comisión de Seguridad Clínica diseñó un Procedimiento, con un sistema de alerta adaptado al Centro

En Abril-Mayo de 2019 , se extendió la formación, adaptada, a TODO el personal del Centro por las personas clave

La participación en las sesiones de Formación fue del 95 %, divididos en Grupos multidisciplinares de 12-18 personas

Los Carros de PCR están correctamente actualizados y revisados

El personal de nuestro Centro sabe

Reconocer una PCR

Iniciar inmediatamente el SVA

Activar el sistema de alerta

Conclusiones

En sesiones de Formación a todo el personal se ha difundido el Protocolo de Actuación siendo una experiencia de coordinación multidisciplinar

Se establece Formación reglada para conseguir un nivel adecuado de capacitación en SVB, incluyéndola en el Plan de acogida al nuevo Personal

Se ha asegurado la sistemática y correcta revisión del material y medicación de urgencia.

RELACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS SOCIO EMOCIONALES Y LA COLABORACIÓN EN LOS EQUIPOS DE TRABAJO

AUTORES

ANA MARIA REOYO RODRIGUEZ¹.

CENTRO DE TRABAJO

MAS INNOVACION ORGANIZACIONAL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Las organizaciones actuales, incluidas las instituciones sanitarias, se mueven en entornos muy cambiantes y necesitan respuestas rápidas, flexibles y adaptadas a las nuevas circunstancias.

Es por esto que el interés por el trabajo en equipo se ha visto incrementado notablemente, al considerar que los equipos prometen un progreso mayor que el ofrecido por el trabajo individual, al tener que disponer de todos los recursos y capacidades de las que dispone, y a combinar e interrelacionar conocimientos, destrezas y experiencias para poder afrontar con éxito el servicio al cliente, al paciente y a los grupos de interés. Pero los equipos exitosos no surgen de forma espontánea. Algunas competencias, especialmente las relacionadas con procesos psicosociales, son imprescindibles para poder funcionar como un verdadero equipo.

Sin embargo, existen pocas evidencias que confirmen que el desarrollo de competencias socio-emocionales en los equipos favorece la participación, la comunicación y la resolución de conflictos.

La hipótesis es que los procesos grupales, como la participación, la comunicación y la resolución de conflictos, mejoran cuando mejoran las competencias socio-emocionales de sus componentes, favoreciendo el desempeño de su tarea.

Objetivos

El objetivo general era analizar si las competencias socio emocionales incrementaban conductas en los equipos como la participación, la comunicación, la colaboración, la resolución de problemas y de conflictos.

Los objetivos específicos eran 1) Comprobar que, efectivamente, las competencias socio-emocionales afectan al funcionamiento de los equipos y 2) Comprobar qué tipo de comportamientos socio-emocionales son los que más favorecen el funcionamiento de los equipos.

Material y métodos

Modelo lineal de dos series con intervención. Instrumentos empleados: C.socio emocionales QDIE-R (Universidad de Barcelona); Procesos de equipo (MAS, 2003)

Muestreo: 7 organizaciones gipuzkoanas, 9 equipos de trabajo, 78 personas en total. Muestra segmentada por organización y por equipo.

Tratamiento estadístico SPSS

Resultados

Los resultados confirman que la formación en competencias socio emocionales incrementa la participación, la comunicación y la resolución de problemas en los equipos.

La gestión efectiva de las relaciones, la regulación emocional, la conciencia social y la autoconciencia emocional aumentan la participación, la expresión de preocupaciones, la escucha activa, la resolución de conflictos y la gestión de la tarea individual y de equipo, definiendo y asignando responsabilidades tanto individuales como de equipo.

Conclusiones

La metodología empleada en este proyecto de investigación ha aportado información relevante para el proceso de trabajo en equipo y la gestión eficaz de las emociones en los equipos.

Se ha confirmado la eficacia de las competencias socio-emocionales en los procesos grupales y el desarrollo de los equipos hacia comportamientos más participativos, tanto en equipos pertenecientes a empresas como equipos pertenecientes a centros sanitarios.

ESPECIALIZACIÓN EN LAS ADMISIONES DE CONSULTAS EXTERNAS...

AUTORES

BLANCA MOLERO PEREZ¹; MY ARETXABALA-MOLINERO²; A GARCÍA-GARCÍA DE LOMANA³; MI LAZCANO-ORTUETA⁴; M VEIGA-RODRÍGUEZ⁵; MI EMPARANZA-SOLOAGA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

El Hospital Universitario Cruces, perteneciente OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces de OSAKIDETZA, cuenta con un equipo importante de auxiliares administrativos en consultas externas ubicados en diferentes localizaciones, cada servicio asistencial tiene unas peculiaridades y hace diferente el trabajo administrativo.

En el año 2018 la actividad de consultas externas (CCEE) fue de 891.410, de las cuales 568.754 se realizaron en el Hospital. El número de pruebas fue similar al de consultas en este mismo año, sin embargo las realizadas en el Hospital fue de casi 660.000.

Objetivos

Dada la diversidad de funciones, cada servicio tiene diferentes particularidades. Esto sumado a la inestabilidad del personal, por traslados, interinidades, bajas, permisos sin sueldo, vacaciones... genera necesidades constantes de cobertura. Se debe evitar que queden sin personal preparado cada unidad. Cada puesto debería contar con más de una persona a ser posible.

Material y métodos

Las admisiones están ubicadas pensando en el paciente, equilibrado con las cargas de trabajo de ese puesto de trabajo.

Cuando el paciente acude a consulta, puede hacer el marcaje sin esperar a que le atienda un administrativo por el gestor de colas.

El Hospital cuenta en un 90% con marcaje automático, actualmente falta en radioterapia, oncología médica y la 5ª planta de CCEE1.

En estos momentos nos planteamos poner el gestor de colas en la 5ª planta de CCEE1, se necesitaría un administrativo. Cubrir una admisión con una persona sólo implica cubrir mínimamente su ausencia y no tener sustitución especializada.

Se prepara el gestor de colas para avisar desde cualquier ordenador la falta de papel, se refuerza en las ausencias la 4ª planta de CCEE1, aprovechando que han trasladado desde la 4ª planta algunas agendas a otra ubicación del Hospital.

Se pone en marcha el gestor de colas con apoyo adicional de información los primeros días.

Resultados

El paciente está habituado a hacer el contacto a través del gestor de colas, se rotularon bien las indicaciones y la presencia del personal de información fue necesario menos tiempo del previsto.

Conclusiones

- Con el gestor de colas se aumenta la calidad del servicio a los pacientes y a los profesionales
- Se optimizan los recursos de personal
- Tres personas preparadas para dos puestos de admisión, facilita la cobertura de vacaciones...

EXPERIENCIA DE TELEFORMACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO CON UN DISPOSITIVO HOLOLENS DE REALIDAD MIXTA

AUTORES

Gaspar Sánchez Merino¹; B Gutiérrez-Corres²; G Pérez de Nanclares³; F Martínez Carballal⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Organización Sanitaria Integrada Araba¹; Bioaraba²; Organización Sanitaria Integrada Araba³; Organización Sanitaria Integrada Araba⁴.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Una formación adecuada y continuada es esencial para garantizar una actividad asistencial de calidad. Las nuevas tecnologías de Realidad Mixta presentan capacidades que resultan de gran interés para la formación y en particular para la teleformación o formación a distancia. En este trabajo se explora la posibilidad de realizar una teleformación desde un entorno clínico real, utilizando instrumentación habitual, permitiendo que los alumnos puedan familiarizarse con los procedimientos clínicos sin necesidad de desplazarse físicamente a la instalación. Esta experiencia es trasladable a cualquier ámbito sanitario con necesidades formativas.

Objetivos

Este trabajo pretende evaluar la utilidad de las tecnologías de Realidad Mixta para la formación en competencias específicas en el ámbito sanitario. Se ha pilotado una experiencia de teleformación en inmunohistoquímica para alumnos del Centro de Formación Profesional Los Gladiolos de Santa Cruz de Tenerife impartida desde el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Organización Sanitaria Integrada Araba. Esta experiencia piloto se enmarca en un programa de colaboración entre el Proyecto Enlaza y el Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba.

Material y métodos

Para la teleformación se empleó un dispositivo de Realidad Mixta HoloLens de Microsoft. Este dispositivo permite al ponente retransmitir la explicación desde su puesto de trabajo, moviéndose con total libertad y con las manos libres para manipular la instrumentación necesaria para la explicación. El sistema permite, además, ubicar elementos visuales como diapositivas en el entorno. Se utilizó el software Dynamics 365 Remote Assist, también de Microsoft, diseñado para la asistencia remota. La conexión entre el hospital y el centro de formación profesional se realizó mediante una conexión compartida de datos 3G utilizando un teléfono móvil. Con el fin de valorar la experiencia los alumnos cumplieron una encuesta al finalizar la formación.

Resultados

La sesión sobre inmunohistoquímica, impartida por un técnico de anatomía patológica, se desarrolló en un Laboratorio de Anatomía Patológica utilizando instrumentación habitual. Se llevó a cabo de acuerdo con lo planificado, sin interrupciones, utilizando una conexión compartida de datos (teléfono móvil con conexión 4G en un nodo y WiFi en otro). El consumo de datos móviles para una hora de sesión fue de 1,28 GB.

La sesión contó con un alto grado de participación de los alumnos. El desarrollo de la misma en el laboratorio permitió dar respuesta a algunas de las preguntas planteadas utilizando la instrumentación disponible in situ, lo que proporcionó un valor añadido a la experiencia. Los resultados de la encuesta de satisfacción destacan la utilidad de la actividad para la adquisición de nuevos conocimientos y la idoneidad de la herramienta educativa utilizada.

Conclusiones

La aplicación de software Remote Assist para comunicación y teleasistencia para el hardware de Realidad Mixta HoloLens es una herramienta adecuada para la formación a distancia.

'APRENDER HACIENDO' Y 'PROCESO ENFERMERO': 2 METODOLOGÍAS QUE MEJORAN EL ESTILO DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

AUTORES

Francisco Javier Pérez-Rivas¹; P Mori-Vara²; C López-López³; M Rico-Blázquez⁴; M Beamud-Lagos⁵; S Domínguez-Fernández⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid¹; Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid²; Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid³; Gerencia Asistencial de Atención Primaria⁴; Gerencia Asistencial de Atención Primaria⁵; Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid⁶.

TIPO: ORAL "LO QUE NO TE PUEDES PERDER"

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Los estilos de vida adquiridos en la juventud suelen permanecer en la edad adulta, influyendo en el desarrollo de enfermedades crónicas.

Objetivos

Identificar y modificar en los alumnos de Grado de Enfermería factores de riesgo (FR) de enfermedades crónicas (EC), aplicando una metodología del aprendizaje basado en la experiencia y sustentado en la utilización del proceso enfermero (PE).

Material y métodos

ÁMBITO: Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid (UCM)

DISEÑO: Estudio cuasiexperimental de intervención (antes-después) sin grupo control.

SUJETOS: Alumnos matriculados en la asignatura de Enfermería Comunitaria I (2º de grado) durante 8 cursos (Del 2011/12 al 2018/19): n=1653

INSTRUMENTALIZACIÓN:

1.-Realización de los seminarios "Cuidate-Cuidale" al inicio del curso académico:

- Identificación de FR de EC: consumo de tabaco (cooximetría > 6 ppm); exceso de peso (IMC>25) o Tensión Arterial elevada (TA > 140/90)
- Los alumnos que presentan algún FR seleccionan compañeros que ejercen como 'alumnos enfermeros de apoyo' y son los responsables de realizar el plan de cuidados (PC).
- Objetivos propuestos: abandono del hábito tabáquico y/o disminución de 3 kg de peso. Aquellos grupos que logran cumplir el objetivo incrementan su nota un 15 %.

2.- Al finalizar el curso los alumnos presentan el PC ejecutado y se realiza la evaluación del cumplimiento de objetivos, realizando nueva medición de peso y cooximetría.

Análisis de datos: comparación de medias utilizando T de Student y comparación de proporciones con Chi cuadrado. La significación fue del 0,05. Cálculos realizados con SPSS V.25.

Resultados

El 20,6% de los alumnos (341) fumaba; 79 alumnos (4,8%) presentaban obesidad y 330 sobrepeso (20%). Se identificaron 89 alumnos (5,4%) con cifras de TA > 140/90 que fueron derivados a su centro de salud.

De los 696 alumnos que presentaban FR, 330 (47.4%) decidieron iniciar un PC: 93 para dejar de fumar (27.3% del total de fumadores) y 237 de los que presentaban sobrepeso/obesidad (57.9%). Estos 330 alumnos contaron con la ayuda de otros 606 alumnos que ejercieron como "alumnos enfermeros de apoyo".

El 66,7 % de los fumadores (62) dejó de fumar con un promedio de disminución de CO de 11,3 ppm ($p < 0.05$) y el 52.7% de los alumnos con exceso de peso (125) alcanzaron el objetivo, con un promedio de disminución de peso de 4,8 kg ($p < 0,05$).

Conclusiones

La metodología de 'aprender haciendo' ha resultado efectiva, produciendo un doble beneficio: mejorar los estilos de vida y el aprendizaje 'inolvidable' para todos los estudiantes sobre cómo, a través de la aplicación del PE, se pueden modificar hábitos de vida inadecuados.

cuados.

Esta experiencia de aprendizaje probablemente ha aumentado el potencial de todos los estudiantes para abordar estos problemas en su práctica futura como enfermeras profesionales.

La universidad puede y debe trabajar para promover los hábitos saludables de los estudiantes, contribuyendo así no solo a su desarrollo académico y profesional, sino también a su cuidado personal.

AUSENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ¿CÓMO ES DE IGUALITARIO NUESTRO ÁMBITO LABORAL?

AUTORES

Arturo Pereda Mas¹; R Torrano García²; T Porto Gallego³; J Carrillo Ortega⁴; M Jiménez Torres⁵; C Martínez Romero⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HCU Virgen de la Arrixaca

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La búsqueda efectiva de la igualdad en el ámbito laboral viene siendo una preocupación creciente en nuestro entorno legislativo y jurídico. Sin situaciones de igualdad efectiva no es posible el desarrollo profesional pleno.

Desigualdades como el “techo de cristal” han sido evidenciadas en múltiples ocasiones. Sin embargo, otros aspectos han sido menos estudiados y también pueden servir como una medición indirecta de desigualdades en el seno de la Administración. Uno de estos aspectos es el motivo por los que los trabajadores no asisten a su puesto de trabajo

Objetivos

Analizar las ausencias por sexos entre el personal sanitario no facultativo en un gran hospital de referencia durante 2018 y compararlas con el porcentaje mujer/hombre de la plantilla para comprobar si existen diferencias

Material y métodos

Revisión sistemática de las ausencias del personal sanitario no facultativo (2358 trabajadores) en las bases de datos informatizadas en el periodo enero-diciembre 2018, analizando los datos extraídos con el paquete estadístico de excell y teniendo en cuenta el sexo de la persona que genera la ausencia. Se descartan todas las achacables a procesos de maternidad/paternidad. Los motivos de ausencia se han agrupado en 7 categorías. Permiso por enfermedad de familiar, asistencia a congresos, enfermedad, excedencias, formación, liberación sindical y reducción de jornada

Resultados

El porcentaje de mujeres/hombre de plantilla 85.4% - 14.6%

Días de ausencia analizados: 147.385

Solamente en las agrupadas por “Intervención/enfermedad de familiar” hay correlación con el porcentaje de la plantilla, 86.0%-14.0%

En las categorías de las ausencias desequilibradas hacia el género femenino están:

Por enfermedad: 88.0%-12.0%, un 18% menos ausencias masculinas de las esperables.

Por excedencia: 96,6%/3,4%, un 77% menos de ausencias masculinas

Por reducción de jornada: 94.4%/5.6%, un 62% menos de ausencias masculinas

En las categorías de ausencias desequilibradas hacia el género masculino están:

Por formación: 82.8% 17.8%, un 21% más de ausencias masculinas de las esperables.

Por asistencia a congresos: 76,6%/23,4% un 60% más de ausencias masculinas

Por liberación sindical: 54,7%/45,3%, más de un 300% más de las ausencias masculinas

Conclusiones

Hay unas diferencias significativas en los motivos de ausencia de la plantilla de enfermería en función del sexo. Las mujeres se ausentan más por los motivos tradicionalmente relacionados con la conciliación familiar y por incapacidad temporal y los hombres más por motivos relacionados con la formación. Estas diferencias son susceptibles de ser estudiadas bajo perspectivas de género.

Aunque somos conscientes de que gran parte de los desequilibrios son de origen cultural, social o familiar, como gestores, es nuestra obligación tener en cuenta que nuestro ámbito laboral está predominantemente formado por mujeres. Por tanto, tenemos que considerar estas diferencias para intentar promover un marco laboral en el que podamos hablar de desarrollo igualitario

¿ES POSIBLE MEJORAR LOS RESULTADOS DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE LAS COMISIONES, IMPLEMENTANDO OBJETIVOS INDIVIDUALES?

AUTORES

Rosa M^a Sabater-Raga¹; A Aloy-Duch²; R Cuevas-Pérez³; C Serra-Pagès⁴; C Martín-López⁵; M Vila-Senante⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital General de Granollers

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Los Grupos y Equipos Asesores de Trabajo (GEAT), como así denominamos a las comisiones clínicas y comités, son grupos multidisciplinares de profesionales que asesoran a la organización, y proponen objetivos y actividades para mejorar la calidad de la práctica clínica. Todas los GEAT de nuestro centro, proponen objetivos y actividades anuales específicas, documentadas en la memoria anual, con el % de nivel alcanzado respecto a los objetivos planificados, un DAFO y una propuesta de objetivos futuros para el siguiente año. Compaginar objetivos individuales y colectivos es una de las propuestas que hemos introducido para potenciar la consecución de los objetivos, distribuyendo las actividades planificadas entre los miembros de los GEAT en función de su disponibilidad.

Objetivos

Presentar los resultados de la implantación de los Objetivos Individuales (OB.IND) en el Comité de Ética Asistencial (CEA), a modo de ejemplo, para implicar equitativamente a los profesionales en la consecución de los objetivos anuales y aumentar el cumplimiento de los mismos.

Material y métodos

Nuestro centro es un hospital de ámbito comarcal, general, de referencia, universitario, que dispone de 350 camas y trabajan, en él, un total de 1600 trabajadores. La tipología de los GEAT se distribuye en 18 asistenciales, 6 de gestión del conocimiento, y 4 técnicos. La iniciativa de la planificación de los OB.IND surgió en el 2016. A principio de cada año, cuando se definen los objetivos generales de cada GEAT, los profesionales se los distribuyen asumiéndolos como OB.IND para su consecución, en función de su disposición y comprometiéndose a llevarlos a cabo. Cada OB.IND tiene una puntuación diferente en función de la dedicación que representa: la menor un punto (ej., asistencia mínima del 75% a las reuniones) y la que más tres puntos (ej., elaboración de una guía asistencial). En la memoria anual se presenta el resultado global del GEAT y los resultados personales de los OB.IND de los diferentes miembros que lo forman.

Resultados

En el 2018 cuatro equipos GEAT (14% del total) trabajaron con OB.IND: Úlceras y Heridas Crónicas, Ética Asistencial, Farmacia, y Documentación clínica, implicando a 55 profesionales (19% del total de los GEAT).

Los resultados concretos en el ejemplo del CEA fueron:

- El 100% de los miembros de CEA acordaron y firmaron sus objetivos individualmente.
- Se proyectaron un total de 7 objetivos generales distribuidos entre 21 profesionales que representaron un total de 72 OB.IND (3,4 por profesional)
- El cumplimiento medio por profesional de los OB.IND fue del 95%
- El alcance anual medio de sus objetivos fue del 76 % en 2017, después de la implementación de los OB.IND, el resultado global de los objetivos alcanzó el 96,4% (mejora del 27%).

Conclusiones

Con la implementación de los OB.IND se ha mejorado el cumplimiento de los objetivos generales del CEA, por lo que aparte de las 5 comisiones, deberíamos extenderlo al resto de equipos.

AUMENTANDO COMPETENCIAS A LAS TCAES

AUTORES

Agnès Bolaño Guri¹; A Crespo Monedero²; M Buquera Carbonell³; E Guix llistuella⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Fundacio Hopital General de Granollers.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

El colectivo de profesionales TCAE desde hacía tiempo reclamaban formación específica para las funciones de las que son responsables dentro del equipo de trabajo. Desde la Dirección de Enfermería se plantea realizar un Itinerario Formativo, entendiéndolo como una secuencia pedagógica y didáctica de contenidos formativos para dar respuesta a las necesidades vinculadas al puesto de trabajo y a las funciones que realizan las TCAE.

Objetivos

Formar a los profesionales TCAE para dar respuesta a las necesidades actuales y futuras de su función.

Capacitar a los profesionales en aquellas competencias técnicas y de relación claves para el desarrollo excelente de su puesto de trabajo.

Construir conjuntamente la forma de asistir, interactuar, y trabajar de las TCAE, para conseguir una misma línea de actuación en el puesto de trabajo.

Disponer de un programa formativo estable y consolidado dentro del hospital que proporcione la formación relevante para cumplir sus funciones y o delegarles otras.

Material y métodos

Se formó un equipo de proyecto orientado a diseñar el programa formativo. Este equipo estaba formado por profesionales excelentes en su lugar de trabajo, supervisores de enfermería i profesionales de formación. Una vez diseñado el programa, se trabajan los diferentes módulos formativos con expertos internos del hospital, que posteriormente impartirán la formación.

Se apuesta por promocionar el talento interno del hospital, considerándolo como un valor añadido que se aporta a los profesionales que participan como docentes y para los participantes el ser formados por profesionales cercanos a ellos.

Se combinan diferentes metodologías pedagógicas: formación presencial, online, mixta, técnicas participativas, casos clínicos, gamificación, role play y proyecto final de itinerario. Con acreditación al finalizar el curso

Se realiza un análisis de transferencia de la formación al finalizar cada módulo, con el fin de garantizar el aprendizaje y posteriormente su aplicación en el lugar de trabajo

Resultados

El Itinerario se inicia en octubre del 2018, en este momento no hay resultados. Del programa formativo esperamos los siguientes resultados: Disponer de un programa de formación continuada específica para TCAE.

Aumentar el nivel competencial de los participantes en el Itinerario.

Aumentar la motivación y reconocimiento de estos profesionales.

Darle valor a la aportación que añaden estos profesionales al proceso asistencial empoderándolos

Conclusiones

El Itinerario nos ayudará a disponer de una secuencia formativa necesaria para desarrollar las funciones de los TCAE de forma excelente y las posibles delegaciones de funciones del futuro.

Las acciones formativas llevadas a cabo hasta ahora han tenido muy buena acogida por parte de los participantes, con un alto grado de satisfacción.

MEJORANDO LA CALIDAD EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

AUTORES

LAURA GONZALVO MAILLO¹; LL GAMELL ALVAREZ²; MI ARRIETA SEGURA³; J ANTON RIERA⁴; A COSTA LOPES⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La profesión enfermera atraviesa una crisis mundial, en lo que a recursos humanos respecta, motivada por una enorme escasez de profesionales. El problema recae, que ante la necesidad imperiosa de cubrir puestos de trabajo, se reste importancia a procesos fundamentales como el reclutamiento y más aún la selección de personal, que posea el perfil profesional óptimo para cada puesto de trabajo en particular. En el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau consideramos que la selección de personal de enfermería (Enfermeras, Enfermeras especialistas, TCAE, Técnicos Especialistas, Sanitarios/Camilleros) debe hacerse conjuntamente entre el Departamento de Recursos Humanos y la Dirección Enfermera, cosa que nos permite una mayor adecuación de las candidatas a su puesto de trabajo.

Objetivos

Determinar qué criterios se utilizan en la selección del personal, con el fin de demostrar la relevancia de la gestión de recursos humanos en enfermería.

Conocer el procedimiento de selección y designación del personal de enfermería y demostrar la importancia de la calidad en este tipo de procesos, con la participación activa de todas las áreas implicadas.

Material y métodos

Hemos establecido un circuito desde la entrada del CV de la candidato hasta la contratación del mismo. En este circuito se establece qué debe hacer cada área implicada, en qué momento tiene que hacerlo y de qué manera, con el objetivo de que la candidata esté informada sobre cuando se realizara la entrevista, como se encuentra su candidatura dentro del proceso de selección y si ésta ha de ser finalmente contratada disponga de toda la documentación e información previa a esta contratación, así como también del plan de acogida.

Resultados

No nos es posible presentar datos, puesto que en éste momento nos encontramos en pleno proceso de selección, por lo que la información que disponemos en la actualidad no es completa. En el Congreso aportaremos datos sobre:

- N° de entrevistas realizadas (por categorías)
- Valoración de las entrevistas realizadas
- Perfil de los candidatos seleccionados
- N° de personas contratadas (por categorías)

Conclusiones

Para ofrecer un proceso de selección de calidad del personal enfermero consideramos que es imprescindible el trabajo conjunto entre Departamento de RRHH y Dirección Enfermera.

Estamos constantemente revisando nuestro circuito del proceso de selección, con el objetivo de ser más operativos, más ágiles y ofrecer una mayor atención a nuestras candidatas.

Nuestro Hospital es un hospital universitario que cuenta con una escuela de enfermería donde se cursan grados y post grados y ésta es una de nuestras principales fuentes de reclutamiento. Como resultado contamos con enfermeras formadas en esta escuela y que ya conocen el hospital, puesto que han realizado prácticas con nosotros

REFUERZO CULTURA Y VALORES ORGANIZACIÓN CON LA INTEGRACIÓN DE PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN

AUTORES

BEATRIZ FIDALGO HERMIDA¹; F HERRAIZ ORS²; J OLMEDILLA OROZCO³; MC SALGADO MENDIOLA⁴; C SORIANO DIAZ⁵; JM CARRASCOSA BERNALDEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SSM JOSÉ GERMAIN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La incorporación de un profesional a un centro sanitario representa un reto mutuo; para la persona, porque tiene que adquirir un conjunto de habilidades imprescindibles para su integración en el equipo y para la organización, porque debe trasladarle su cultura. Siendo los profesionales el principal activo de la organización, es necesario armonizar el trabajo que se realiza, estableciendo las directrices y líneas generales que han de regular la acogida a los profesionales de nueva incorporación (PNI). Además, la organización se propone la reducción del consumo de papel, con la entrega, a PNI, de la documentación necesaria, en formato electrónico

Objetivos

Favorecer la integración de los PNI en la cultura y valores de la organización, así como, su adaptación al modelo organizativo y al puesto de trabajo, de forma que se aumente su orgullo de pertenencia a la organización

Material y métodos

Diciembre 2017, se diseña el Plan de Acogida a PNI. Enero 2018 se realiza la búsqueda de dispositivos para la entrega de la documentación necesaria, evitando el uso de papel. Febrero 2018 se realiza la compra de los pen-drive y diseño visual y carga de los mismos con la documentación necesaria. 1 marzo 2018 comienza la entrega del pen drive con la información de acogida, a los PNI, se acompaña de la entrega de una encuesta de satisfacción para valorar el proceso de acogida. Diciembre 2018 se realiza la evaluación del proyecto de Acogida a profesionales de nueva incorporación (satisfacción de los PNI, evaluación de indicadores de ahorro, detección de áreas de mejora). En febrero 2019 se revisa y actualiza el plan con las áreas de mejora detectadas

Resultados

Media de los documentos que se entregan a los PNI en sus distintas categorías, 107 páginas. Lo que costaría imprimir esa cantidad de documentos (tóner, folios, impresora, luz) y su encuadernación, supondría un valor aproximado de 17 €. El dispositivo elegido para la entrega la información es un pen-drive, que serigrafado con el logo del hospital cuesta 3.98€. Realizada acogida a 98 PNI, ha supuesto un ahorro de 10453 hojas y 1276€, y la NO generación de 52 kilos de papel residuo. Encuesta de satisfacción: tasa de respuesta 23.5%, representativa de la opinión de la población objeto de estudio. Homogeneidad en las respuestas. Mejor valorado "trato y amabilidad del profesional que le ha atendido en el Departamento de Personal", con un 4.96 sobre 5 y peor valorado "Grado de utilidad del manual específico proporcionado en la unidad/ servicio" con un 4.39 sobre 5. La valoración global de la Acogida ha sido de un 4.74 sobre 5

Conclusiones

La alta valoración de la acogida por parte de los profesionales, refuerza la cultura y valores de la organización, su adaptación rápida y eficaz, así como el orgullo de pertenencia. Trasladable a organizaciones de cualquier ámbito; ya que supone un ahorro económico, reducción de consumos de recursos naturales y sin la necesidad de más personal que el que hace habitualmente dicha acogida.

EL LIDER IMPORTA. MODELO DE LIDERAZGO BASADO EN COMPETENCIAS

AUTORES

VANESA MARTIN GONZALEZ¹; K IGLESIA ROSENDE²; M BURUAGA BERROJALBIZ³.

CENTRO DE TRABAJO

OSI BARAKALDO-SESTAO¹; OSI BARAKALDO-SESTAO²; OSI EEC³.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Las organizaciones actuales están sometidas en estos tiempos a varios efectos concurrentes: el creciente valor de las personas y la proliferación de redes tienden a deslocalizar el conocimiento y el poder; así mismo, se plantean nuevas demandas en las habilidades de un líder: escuchar, convencer, conversar, interactuar, cohesionar, ejemplificar, transparencia, inquietud y curiosidad permanente. En definitiva necesitamos líderes que sean el motor de un cambio organizacional con el que poder afrontar los retos actuales y futuros. La importancia del liderazgo nos ha llevado a realizar una evaluación del liderazgo al objeto de conocer el estilo de liderazgo mejor valorado por nuestros profesionales y mejorar el desempeño de los mismos impactando positivamente en la consecución de nuestra Visión y objetivos

Objetivos

Identificar cual es el estilo de liderazgo mejor valorado entre los profesionales de la organización, y tomándolo como referencia, construir un modelo de liderazgo propio que se adapte a nuestras necesidades actuales

Material y métodos

Hemos utilizado el modelo liderazgo basado en competencias definido por Osakidetza, que consta de 5 ámbitos en los que se desarrollan las conductas de Liderazgo. El método se dividió en 4 fases: 1. Definición que es un líder: se definió el liderazgo como una disposición y no únicamente una posición jerárquica. Entendiendo por líder aquel profesional que con sus comportamientos promueve y potencia las capacidades de sus colaboradores y/o compañeros, facilitando la mejora en el desempeño de las personas y/o el logro de los objetivos. 2. Identificación de los líderes. 3. Evaluación de los líderes: evaluación 360° en la que realizaron autoevaluación, y además eran evaluación por sus mandos, pares y colaboradores. Con los resultados se elaboro una matriz que agrupo las competencias en cuatro áreas. 4. Desarrollo plan: obtenidos los resultados estos han sido enviados a los líderes junto con la matriz de priorización individual de las competencias. Realización entrevista con sus Director para conocer su experiencia durante el proceso de evaluación, si están de acuerdo con los resultados obtenidos y para saber cuál es su compromiso de desarrollo

Resultados

- El 95,83 de los líderes han realizado autoevaluación
- Menor participación se ha registrado en los colaboradores 43,60%
- Las competencias consideradas de mayor importancia: Gestión de la información de objetivos de la unidad/servicio, comunicación, Gestión del Estrés y trabajo en equipo
- La media de las valoraciones de las competencias se encuentra entre 7 y 8,5 puntos

Conclusiones

- El proceso de evaluación 360° nos ha permitido construir cual es el líder referencia, para desarrollar los planes de desarrollo individuales
- El plan de comunicación impacta claramente en la participación de los profesionales en la evaluación, cuanto más directa es la información más participación
- No existe un modelo de liderazgo único, este depende de las necesidades de la unidad/servicio y de las necesidades de sus colaboradores

OPTIMIZANDO LA INCORPORACIÓN AL PUESTO DE NUEVOS PROFESIONALES

AUTORES

MAITANE ARRIZABALAGA KALTZAKORTA¹; I URIZAR PEREZ²; A BILBAO MAIZA³; F RAMOS PEÑA⁴; V REGULEZ CAMPO⁵; M CID SANCHEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La llegada de un nuevo profesional a la organización es un momento delicado, siendo razonable que, aún con un perfil profesional con las competencias básicas de la especialidad bien desarrolladas, al inicio surjan dificultades debidas a falta de conocimiento de la organización, de dinámica interna de Unidad/Servicio y de procedimientos específicos propios. La identificación rápida de necesidades más inmediatas de formación es fundamental a la hora de facilitar adaptación al puesto e integración en la organización. Si bien casi todas las organizaciones disponen de programas de acogida generales, contar con programas de acogida estructurados a nivel de Unidad/Servicio supone un área de mejora aún en organizaciones.

Objetivos

Desarrollar programas de acogida a nivel de Servicio/Unidad que puedan ayudar a profesionales en adquisición de competencias y en transición de integración en equipos de trabajo.

Material y métodos

Diseño de programa de acogida para profesionales de nueva incorporación. Se establece como criterio de inclusión la previsión de contratación mínima de un mes de duración. Se realiza entrevista con responsable a la llegada de la unidad quien valora si se requiere o no formación. El acceso a formación online se realiza inmediatamente, estructurada en 4 apartados (organización de la Unidad/Servicio, procedimientos, registros y salud laboral). Se asigna una persona como mentora del profesional novel. A la finalización de la acogida se realiza entrevista de cierre para valorar necesidades, así como encuesta de satisfacción con el proceso. El proceso está consolidado en área de críticos y en fase de despliegue y desarrollo en otras áreas de la OSI, comenzando su extensión a áreas no sanitarias, como celadores o lencería.

Resultados

Contamos con 16 formaciones de acogida, tanto en áreas consolidadas como de despliegue. Desde 2016 han sido matriculadas en todas las áreas (áreas consolidadas) 995 (649) personas, 606 (316) enfermeras, 305 (267) auxiliares enfermería y 43 técnicos de laboratorio y 23 celadores. Evaluación cuantitativa 2017-2019: 7,63 (escala 1-10), destacando contenido y utilidad. Valoración cualitativa, lo más positivo aplicación en el puesto de trabajo, trato, preocupación tutores, contenido y comodidad de hacerlo online. Se identifican áreas de mejora como ajustar coherencia entre materiales y test evaluación, y acompañar de videos e información presencial las áreas más específicas de la parte técnica. Valoración proceso global: destaca satisfacción general, tutorización, contenido y seguimiento 4,8 (escala 1-6). Responsables, satisfechas con valor aportado por acogida y formación.

Conclusiones

Esta propuesta favorece adquisición de competencias para profesionales noveles, teniendo impacto inmediato en cuidado de paciente, y contribuyendo a mejor adaptación a puesto de trabajo. Avanzaremos en acogida al personal novel con formación, ampliando a otras áreas, para facilitar la adquisición de competencias específicas al área de incorporación.

FORMACION DE ACOGIDA A LIDERES: CLAVES PARA DESEMPEÑO DEL LIDERAZGO

AUTORES

AINHOA BILBAO MAIZA¹; M ARRIZABALAGA KALTZAKORTA²; E OLAETXEA URIZAR³; I URIZAR PEREZ⁴; F RAMOS PEÑA⁵; MC MATTHIES BARAIBAR⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES (OSI EEC)

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Son los líderes de las organizaciones los que impulsan el desarrollo de la organización y de las personas de sus equipos. Es necesario para ello captar líderes con talento y formarlos en la estrategia, valores y forma de gestionar de la propia organización, de modo que creen relaciones y sinergias en coherencia con la visión y cultura de la organización.

En este sentido se presenta como buena práctica el diseño, impartición y evaluación de una formación de acogida a nuevos líderes sobre las claves de desempeño de liderazgo de la organización.

Objetivos

Facilitar a los nuevos líderes información y herramientas para el desempeño de su nueva función, en coherencia con la estrategia de la organización

Material y métodos

Diseño en 2016 de un programa de formación de acogida de nuevos líderes. La Gerencia y Direcciones de las diferentes áreas intervinieron como docentes de esta formación presencial. Desde la Dirección de Personal se identifica a líderes de reciente nombramiento y se les oferta la formación. Tras un pilotaje en el segundo semestre de 2016, se estructura la formación en 4 módulos: 1) Liderazgo, Gestión, Innovación, Calidad y Comunicación; 2) Pacientes, Cronicidad e Integración; 3) Gestión económica, Sistemas Información, Servicios Generales, Personas; 4) Investigación, Docencia y Formación Continuada. Desde 2016 se han realizado 5 ediciones del programa formativo. El diseño incluye evaluación en cada sesión en grupo y evaluación final individual, se detectan áreas de mejora que sirven para ajustar horarios, formato del feedback de sesión, duración de sesiones y contenidos. En este proceso las principales barreras a superar se centran en la dificultad de síntesis de contenidos y la disponibilidad de agendas por parte de la Dirección y de los líderes.

Resultados

Se han realizado cinco ediciones entre 2016-2019. En este periodo se han formado a 70 nuevos líderes en las claves de desempeño del liderazgo.

Los resultados obtenidos en las 5 ediciones realizadas muestran una evolución positiva (desde 7,5/10 a 9/10 en la última edición. En esta última edición además se valora con 9,43/10 la aplicación al puesto de trabajo y con 9,67/10 su influencia positiva en la práctica diaria. De forma cualitativa, se valora la implicación y cercanía de la Dirección, el conocer de primera mano los recursos y servicios disponibles y la posibilidad de interactuar con otros líderes noveles de diferentes áreas. Además, el feedback de cada sesión ha supuesto una oportunidad para desarrollar nuevos programas formativos que completen el itinerario formativo de los líderes.

Conclusiones

La implantación de programas de acogida de nuevos líderes facilita el liderazgo de la organización y con ello al desarrollo de las personas y la estrategia. Estos programas deben tener continuidad en itinerarios formativos propios dentro de la organización.

INNOVACIÓN EN PROCESO PARA ABORDAR LA VARIABILIDAD EN EL CUIDADO Y LIDERAZGO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

AUTORES

ESTÍBALIZ CRISTÓBAL DOMÍNGUEZ¹; A VILLAR SAN JUAN²; P GARCIA DE VICUÑA FERNANDEZ DE ARROYABE³; S DE LA HOZ CARRERA⁴; D MIGUEL MARTIN⁵; I MORAZA DULANTO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La Organización Sanitaria Integrada (OSI) se constituye en 2016. En ella, se integraron, además de la Atención Primaria, dos sedes hospitalarias previamente independientes y con diferentes procesos de atención y organización de cuidados. Con 1638 enfermeras y 765 técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE), uno de los principales problemas al constituirse ha sido la variabilidad en dichos procesos de atención y cuidados. Además, se requiere un liderazgo enfermero para organizar y coordinar dicho consenso.

Objetivos

Crear grupos de trabajo multidisciplinares para el manejo de la variabilidad del cuidado
Disminuir la variabilidad en el cuidado vascular y manejo del dolor de la OSI aplicando la mejor evidencia posible.
Potenciar el liderazgo enfermero para el cambio dentro de los equipos sanitarios.

Material y métodos

Se siguió la metodología de implantación de recomendaciones basadas en la evidencia del programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®:

1. Identificación, captación y formación de líderes coordinadores en la organización.
2. Captación de impulsores en cada unidad a través de jornadas de difusión. Formación de impulsores.
3. Diseño de un plan de acción por cada unidad para trabajar la implantación.
4. Diseño de un plan estratégico para coordinar todas las unidades.
5. Establecimiento de indicadores de evaluación.

Resultados

Indicadores de proceso:

- 4 sesiones de captación de impulsores de las unidades
- 7 cursos de formación
- Reuniones mensuales en cada unidad y de coordinación
- Jornada de reconocimiento de impulsores

Indicadores de resultado:

- 7 líderes de implantación
- 167 profesionales formadas de 18 unidades.
- 2 enfermeras referentes de cada unidad
- 17 planes de acción iniciados

Conclusiones

Esta metodología de trabajo ha potenciado el trabajo en equipo, la comunicación entre profesionales dentro de la misma unidad y entre unidades, lo que ha promovido el consenso en la toma de decisiones y, por consiguiente, la disminución de la variabilidad. Además, han sido las propias enfermeras y TCAE las líderes del cambio. De manera informal se otorga un alto valor al hecho de decidir el cambio y no asumir el propuesto por otros.

MATRIZ DE COMPETENCIAS PARA LA GESTIÓN DE PERSONAL MÉDICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES

ANA MARIA RUIZ-RUIZ¹; A ALONSO-JAQUETE²; V FLOR-MORALES³; MJ DOMINGUEZ-ARTIGA⁴; JC RODRIGUEZ-BORREGAN⁵; C FARIÑAS-ALVAREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

El establecimiento de una matriz de competencias de los profesionales, facilita la formación, identificar su perfil competencial y prever necesidad de cobertura, así como detectar áreas de mejora.

Objetivos

Definir la matriz de competencias del personal médico en un servicio de Medicina Intensiva de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Entre 2015 y 2017 se trabajó en la implantación y desarrollo de un sistema de gestión de la Calidad según la Norma ISO 9001:2015. Se estableció una matriz de competencias como herramienta de gestión de personal, según la formación y experiencia en la atención de diferentes ámbitos de su puesto.

El perfil del profesional se estableció identificando tareas de gestión: jefe de servicio, coordinación de sección y tutoría de residentes. Y según la cartera de servicios se definieron las principales competencias: parada cardiorrespiratoria y reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica no invasiva, oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), neurocríticos y neuromonitorización, sepsis, oncohematológicos, fallo hepático y renal agudos, patología obstétrico-ginecológica, donación, postoperatorio trasplante de órgano sólido, politraumatizado, nutrición, servicio extendido de cuidados intensivos (SECI), unidad de terapia hiperbárica (UTH) y paciente pediátrico. Además de actividades no asistenciales: participación en Comités Hospitalarios, investigación, docencia, calidad y seguridad y web master.

Resultados

Se definió una tabla cruzada con competencias y personal (22 facultativos especialistas de área) estableciendo si ocupa el puesto (color verde oscuro), realiza la actividad sin ayuda o supervisión (verde claro), sustitución (hace la función en caso de ausencia), especialista de referencia (morado) y no tiene la competencia (en blanco).

Se detectaron competencias clínicas con un 100% del personal capacitado (PCR Y RCP, ventilación mecánica, sepsis, pacientes oncohematológicos, fracaso renal agudo, donación, nutrición). Otras competencias presentaron un porcentaje de personal capacitado del 30-70% y organización según secciones (neurocríticos, trasplantes, patología obstétrico-ginecológica, paciente pediátrico y UTH).

En relación a competencias no clínicas los datos fueron: participación en comités hospitalarios (86,3%), investigación (59%), docencia (100%), calidad y seguridad (36,4%) y web master (9%) con sus responsables respectivos.

La matriz permitió definir un médico de referencia para cada competencia, la reorganización de los profesionales según su perfil en cada sección, con autocobertura, y la realización de guardias de acuerdo al perfil competencial. La incorporación de nuevos profesionales se realiza en las distintas secciones según su perfil competencial.

Conclusiones

La matriz de competencias es una herramienta de gestión que nos permitió conocer la disponibilidad de personal médico adecuadamente formado y organizar la actividad del servicio. Además, nos permitió detectar posibles riesgos y establecer acciones de mejora

OPTIMIZACIÓN DEL SOPORTE VITAL AVANZADO A TRAVÉS DE LA INCORPORACIÓN DE LOS EDUCADORES A LA FORMACIÓN

AUTORES

JAVIER MALLO PEREZ¹; P FERNAN PEREZ²; J GONZALEZ GUTIERREZ³; R PEREZ GARCIA⁴; M GONZALEZ BAREA⁵; MP VARELA GARCIA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

La Parada Cardio Respiratoria (PCR) es una de las principales causas de mortalidad. El proyecto de Formación de Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCPB) a la Población realizado por nuestro Servicio de Urgencias Extrahospitalario (SUE) pretende conseguir la capacitación de la población como primer interviniente que integra a la comunidad en la cadena de supervivencia, en aras de protección de su propia salud. Dentro de este proyecto se ha priorizado la formación de diferentes profesionales, como es el caso de los maestros de los diferentes colegios de la CA que aquí presentamos. Los educadores son profesionales clave para actuar ante una PCR, tanto por estar en un medio con muchas personas, como por tener una formación previa que facilita el aprendizaje.

Objetivos

Aumentar la probabilidad de supervivencia de cualquier persona afectada de una PCR a través de la actuación temprana de la población a través de la formación específica de profesores en RCPB.

Material y métodos

Profesionales del SUE con capacitación docente. Curso de formador de formadores para la estandarización del material didáctico y divulgativo. Establecimiento de alianza con la Consejería de Educación y de un Cronograma de las sesiones.

Se programan talleres para un máximo de 15 alumnos por edición con una duración de 4 horas, para abordar temas de soporte vital básico (SVB) en el pacientes adulto y pediátrico, maniobras de desobstrucción de la vía aérea, al igual que SVB con el uso del desfibrilador semiautomático.

Diseño de encuestas de satisfacción y elaboración de métodos de evaluación a largo plazo, observando el uso indicado del desfibrilador.

Resultados

Actualización del material didáctico.

Ayudas cognitivas estandarizadas

Normalización del proceso formativo, Curso de “formador de formadores” de todos los instructores de Soporte Vital Básico del SUE.

312 maestros y profesores pertenecientes a las 5 diferentes Direcciones de las áreas territoriales de educación de la CA, por efecto de bola de nieve con un “formador de formadores” el alcance del proceso formativo son 102 colegios y centros educativos.

Del único caso que se ha dado una PCR en un niño en un colegio, el profesorado formado ha aplicado exitosamente los conocimientos impartidos.

Conclusiones

El empoderamiento de la población general, y de profesionales clave, como son los maestros y profesores de los diferentes centros educativos de nuestra CA, hace que el SUE sea más eficiente en la atención a las patologías tiempo-dependientes como son las PCR. La metodología empleada para conseguir un efecto “bola de nieve” o en cascada, hace que se logre un mayor alcance en el número de colegios con claustro formado en materias de RCP.

El éxito en la recuperación total en el único caso que se ha detectado de una PCR en un niño beneficiado de nuestro proceso formativo nos indica que estamos en el buen camino, y la integración de la población en el sistema sanitario hace que todas las medidas sean más efectivas y eficientes.

NUEVO ENFOQUE DE LA FORMACION SANITARIA ESPECIALIZADA PARA ABORDAR NUEVOS RETOS DE LA ATENCION SANITARIA

AUTORES

CRISTINA LOPEZ HERNANDEZ¹; S ALONSO FERNANDEZ²; FJ MONTES VILLAMERIEL³; JA LAPERAL MARTIN⁴; J MATA POYO⁵; N DIEZ MARTIN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE ZAMORA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 3. Modelos organizativos: Equipos y personas

ÁREA TEMÁTICA 2: e. Desarrollo de las personas como parte del modelo organizativo

RESUMEN

Justificación

Los cambios demográficos, tecnológicos y sociales de las últimas décadas plantean serios retos en lo referente a la atención a la salud de nuestra población. Mejorar los resultados en salud, garantizando el derecho a una atención sanitaria digna y de calidad y una práctica clínica profesional y fiable, que se preocupe por la seguridad del paciente, exige un cambio estructural y conceptual en relación con la formación de especialistas sanitarios, que precisa gestionar la Formación Sanitaria Especializada (FSE) desde un nuevo enfoque.

Objetivos

Capacitar a los especialistas sanitarios en formación para abordar necesidades de la población del siglo XXI.

Mejorar resultados en salud.

Garantizar derechos de la población a una atención sanitaria digna y de calidad.

Asegurar una práctica clínica profesional y fiable.

Mejorar seguridad del paciente.

Material y métodos

El análisis y evaluación de expectativas de tutores y residentes en nuestra Unidad Docente (UD), junto con resultados de estructura, procesos y resultados, muestra cierta desafección por la Organización en general y la Unidad Docente en particular. Planteamos necesidad de un "análisis transaccional", de cara a cambiar pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas implicadas en la FSE, para lograr no solo su implicación sino también su compromiso.

En una primera jornada realizamos un viaje en calidad, para visualizar el cambio que la FSE ha supuesto para la atención sanitaria y realizamos un análisis de problemas mediante metodologías sencillas de pensamiento visual, de cara a fomentar la participación.

En una segunda jornada realizamos una evaluación 360°, utilizando mapas de empatía y autoevaluación de percepción y conocimiento de la FSE en nuestro entorno mediante encuestas, para evaluación del cliente interno, análisis DAFO individual y por grupos nominales y análisis de necesidades de FSE en el contexto actual, evaluando indicadores de calidad y seguridad del paciente, normativa y legislación aplicable al entorno y a la atención sanitaria. Se identificaron hasta 120 áreas de mejora. Se categorizaron y priorizaron los problemas y/o áreas de mejora a abordar.

Resultados

Resultado de la primera jornada, se establecieron 4 grupos de trabajo, en relación con la definición de valores de la UD, supervisión del residente, comunicación y profesionalización del tutor de FSE. En la segunda jornada, se priorizaron varias áreas de mejora: acogida de nuevos profesionales, profesionalización del tutor, retos de la FSE en el ámbito rural, ... Se ha actualizado el Plan de Gestión de Calidad Docente y se ha diseñado el planteamiento de modelo de negocio de nuestra UD, incorporando necesidades de la FSE para este nuevo contexto y expectativas de todos los implicados.

Conclusiones

El cambio de enfoque de la FSE en nuestra Unidad Docente ha facilitado un análisis objetivo e incorporación de las expectativas de las personas implicadas, mejorando su satisfacción y confianza y redundando en un mayor compromiso con los objetivos de la misma.

CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE SUPERVIVENCIA

AUTORES

M^a MONTSERRAT PILAS PÉREZ¹; LD LORA PABLOS²; TO TOLDOS GONZÁLEZ³; MA MUÑOZ LUCAS TORRES⁴;
UM UGALDE DIEZ⁵; SJ SALAMANCA SANTAMARIA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El cáncer de mama (CM) es tumor maligno más frecuente en la mujer. En el año 2018 se diagnosticaron en España 32.825 nuevos casos. Según datos de Red de Registros de Cáncer (REDECAN) la media de la tasa ajustada de nuevos casos de CM en el año 2016 fue de 116,4 por 100.000 mujeres. A pesar de su alta incidencia la supervivencia es elevada (92,7% a los tres años); esto supone una mortalidad de 15 casos por cada 100.000 pacientes.

Objetivos

Describir la información y estimar la supervivencia de las pacientes con CM entre los años 1999 y 2018 recogidas en el registro de tumores de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Fuente de información: Registro de Tumores del Hospital (RTH). Se describió la información a través de la frecuencia absoluta y relativa, media y desviación estándar según naturaleza de la información. El seguimiento de los pacientes se calculó entre la fecha de diagnóstico y la fecha de último contacto (fallecimiento a través del Índice Nacional de Defunciones o el último contacto registrado en el hospital). Se estimó la mediana de seguimiento empleando todos los sujetos. La supervivencia relativa fue estimada por el método de Ederer II. Los cálculos de supervivencia se realizaron para 1, 3 y 5 años desde el diagnóstico con intervalo de confianza al 95%. Para el análisis de supervivencia se han considerado solo los pacientes diagnosticados entre el año 2000 y 2013 para poder obtener 5 años de seguimiento. Se realizaron análisis por subgrupos en función de edad, sexo, extensión del tumor y cohortes de años de diagnóstico (2000-2006 vs 2007-2013).

Resultados

El total de tumores de mama entre 1999 y 2018 fue de 8.021 (12,3% del total de tumores). La media de edad fue de 49 \bar{x} \pm 15 años. El número de mujeres menores de 50 años fue de 2.481 (31% del total). El diagnóstico fue citohistológico en el 99,7 % de los casos. En el momento del diagnóstico, el 59% de los tumores se encontraba en un estadio "in situ" o localizado, el 35% presenta metástasis locorregional y el 6% mostraba diseminación a distancia.

La supervivencia relativa al quinto año del seguimiento es del 91,7% (IC95%: 90,3-93,0). En las pacientes con tumor localizado la supervivencia relativa a 5 años fue del 97% (95-99) frente a aquellas con tumor diseminado con un 35% (27-42), p-valor < 0.01.

Las pacientes diagnosticadas entre 2007-2013 presentan una supervivencia relativa a 5 años de 94% (93-94) vs aquellas diagnosticadas entre 2000-2006 con supervivencia relativa a 5 años de 87% (86-89), p-valor < 0.01.

Conclusiones

En nuestro hospital, los tumores de mama suponen más del 10% del total de tumores diagnosticados entre 1999 y 2018.

Se diagnostica el tumor "in situ" o localizado en casi 6 de cada 10 casos.

La supervivencia de los pacientes en la cohorte (2007-2013) nuestro hospital, refleja una mejora significativa respecto a la primera (2000-2006)

Discusión: Hay que considerar que somos un RTH, no poblacional y un hospital con muchos ensayos clínicos lo que puede constituir un sesgo en la supervivencia de los pacientes.

¿EL PSICOLOGO EN EL CENTRO DE SALUD REDUCE LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS?

AUTORES

RICARDO DIOS DEL VALLE¹; B PRIETO CARROCERA²; N IZQUIERDO GARCÍA³; E LLANEZA VELASCO⁴;
ML SANCHEZ NUÑEZ⁵; P VAZQUEZ GONZALEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ÁREA IV¹; GERENCIA ÁREA IV²; GERENCIA ÁREA IV³; HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS⁴;
GERENCIA ÁREA IV⁵.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

En 2016 se publica el protocolo de ensayo PsicAP, el cual introduce psicólogos en los centros de atención primaria para el manejo de los trastornos mentales leves (depresivos, ansiedad y adaptación). Son pacientes derivados por los médicos de familia del mismo centro. Inspirados por el citado estudio, Asturias inicia un proyecto piloto en 2017, con la introducción de algunos Psicólogos en centros de salud de dos áreas sanitarias. Nuestra comunidad autónoma presenta el mayor consumo de benzodiazepinas del país. Un objetivo del proyecto es reducir el consumo de psicofármacos.

Objetivos

Conocer el impacto de la introducción de psicólogos en tres centros de salud de un área sanitaria en relación con el consumo de psicofármacos tras un año de intervención.

Material y métodos

Diseño: Descriptivo transversal con corte pre y post intervención. Fuente: Programa informático oficial de prescripción. Variables: gasto en psicofármacos por persona ajustado, prevalencia de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes. Se analizan los datos acumulados (12 meses de prescripción) con dos cortes: 1 y 2 años antes de la intervención; y como corte postintervención, los datos acumulados de 12 meses de intervención. Se comparan los resultados con la media del área sanitaria y la media de la comunidad autónoma.

Resultados

Gasto en psicofármacos: Centro 1, pasa de 2,45 en primer corte, 2,44 en el segundo a 2,46 tras la intervención. Centro 2: 2,90 y 2,97 preintervención a 2,87 postintervención. Centro 3: 3,66 y 4,02 preintervención a 3,80 postintervención. Área Sanitaria: 2,86 y 3,01 preintervención; 2,93 post. Comunidad Autónoma: 3,20 y 3,35 pre; y 3,27 post.

Prevalencia de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes: Centro 1: pasa de 83,50 y 85,99 preintervención a 88,19 postintervención. Centro 2: 95,44 y 103,43 preintervención a 103,18 postintervención. Centro 3: 66,79 y 68,59 preintervención a 66,59 postintervención. Área Sanitaria: 112,96 y 116,52 pre; y 115,57 post. Comunidad Autónoma: 134,22 y 138,21 pre; y 137,99 post.

Conclusiones

Aunque dos centros mejoran los dos indicadores previos (1año), si miramos el resultado 2 años antes nos encontramos que sólo hay 2 indicadores que mejoren de los 6 existentes; 4 de ellos presentan peores resultados que dos años antes. El impacto parece menor y se podría entender dentro de la oscilación interanual propia de los indicadores de prescripción. Con estos resultados parece imprescindible seguir evaluando la iniciativa antes de extenderla, quizás las pequeñas mejoras existentes pueden incrementarse en años próximos. Entendemos que el impacto de esta medida, en este momento, a nivel poblacional es muy reducido. Sería interesante realizar estudios sólidos sobre la efectividad de estas iniciativas antes de proceder a la extensión de las mismas ya que el coste no es pequeño. Se estima que para una población de unos 330.000 habitantes, se requerirían unos 49 psicólogos en centros de salud. Debemos tener en otras dimensiones para medir el impacto (calidad de vida).

CÁNCER DE BRONQUIOS Y PULMÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE SUPERVIVENCIA

AUTORES

MARÍA MONTSERRAT PILAS PÉREZ¹; LO LORA PABLOS²; TO TOLDOS GONZÁLEZ³; MA MUÑOZ LUCAS TORRES⁴; UM UGALDE DIEZ⁵; SJ SALAMANCA SANTAMARIA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El cáncer broncopulmonar (CB) es la principal causa de muerte por tumores en España. En el año 2017 se registraron 22089 defunciones en total: 17241 en hombres (2% menos que en 2016) y 4848 en mujeres (6,4% más que en 2016). El CB se sitúa por primera vez como el segundo con mayor mortalidad en mujeres tras el cáncer de mama y sigue siendo el más frecuente en hombres.

Objetivos

Describir la información y estimar la supervivencia de los pacientes con cáncer broncopulmonar (CB) entre 1999 y 2018 recogidos en el registro de tumores de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Fuente de información: Registro de Tumores del Hospital (RTH). Se describió la información a través de la frecuencia absoluta y relativa, o media y desviación estándar según naturaleza de la información. El seguimiento de los pacientes se calculó entre la fecha de diagnóstico y la fecha de último contacto (fallecimiento o última visita). La fecha de último contacto se obtuvo a través del Índice Nacional de Defunciones y el último contacto registrado en el hospital. Se estimó la mediana de seguimiento empleando todos los sujetos. La supervivencia relativa fue estimada por el método de Ederer II. Los cálculos de supervivencia se realizaron para 1, 3 y 5 años desde el diagnóstico con intervalo de confianza al 95%. Para el análisis de supervivencia se han considerado solo los pacientes diagnosticados entre el año 2000 y 2013 para poder obtener 5 años de seguimiento. Se realizaron análisis por subgrupos en función de edad, sexo, extensión del tumor y cohortes de años de diagnóstico (2000-2006 vs 2007-2013).

Resultados

El total de CB registrados en este periodo fue de 7568 (11,6% del total de tumores). Mayor porcentaje de hombres (82,2%) vs 17,8% en mujeres. La media de edad fue mayor en varones 68 +/- 11 años vs 62 +/- 13 años en mujeres ($p < 0.01$). El diagnóstico fue citohistológico en el 96,4% de los casos. El tumor se diagnosticó en un estadio "in situ" solo en el 0,4% de los casos, localizado en pulmón en el 30%, con afectación de ganglios en el 23% y diseminado a otros órganos en el 47% de los casos. La supervivencia relativa al quinto año del seguimiento es del 19,7% (IC 95%:18,2-21,1). En los pacientes con el tumor localizado la supervivencia relativa a 5 años fue del 46,4% (42,9-49,9) frente los pacientes con el tumor diseminado que fue del 3,1% (2,3-4,1), $p < 0.01$.

La supervivencia es mayor para las mujeres $p < 0.01$. Según tipos histológicos la peor supervivencia es para los carcinomas de células pequeñas, $p < 0.01$

Los pacientes diagnosticados en 2000-2006 presentan una supervivencia relativa a 5 años del 13,5% (11,7-15,4) vs los diagnosticados entre 2007-2013 con supervivencia relativa a 5 años de 24,4% (22,3-26,5), $p < 0.01$

Conclusiones

Conclusiones:

• El CB supone más del 11% del total de tumores entre 1999 y 2018

• El tumor está diseminado a otros órganos en casi la mitad de los casos

• La supervivencia de los pacientes en la cohorte (2007-2013) en nuestro hospital, refleja una mejora significativa respecto a la primera (2000-2006)

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL: DESPUÉS DEL REAL DECRETO 625/2014 DE 18 DE JULIO

AUTORES

Ester Fages Masmiquel¹; C López Arpi²; M Pascual Romero³; S Torrent Goñi⁴; C Bou Mias⁵; E López Sixto⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ABS Sarrià de Ter¹; ABS Sarrià de Ter²; ABS Arbúcies³; ABS Can Gibert⁴; ABS Santa Clara⁵; ABS Canet de Mar⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La gestión de la Incapacidad Temporal que se hace desde Atención Primaria suele ser a menudo tema de debate. Desde el Real Decreto 625/2014 se esperaba disminuir la carga burocrática asociada a la vez que mejorar la gestión del proceso, pues implica un importante impacto económico, así como una relevante carga asistencial en las consultas de Atención Primaria. El trabajo revisa los resultados actuales en el proceso de gestión de la IT comparándolos con anterioridad a la aplicación del decreto.

Objetivos

Evaluar el impacto del real decreto 625/2014 de 18 de julio sobre la gestión de las IT por parte de los médicos de Atención Primaria.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, y multicéntrico.

VARIABLES : se comparan los días de IT por población activa, la duración media de la IT, y los porcentajes de IT de la población asignada en 8 Centros de Salud, según los distintos facultativos de referencia.

Se comparan resultados de 2018, con los de 2015

Los sujetos incluidos son todos los facultativos de referencia de toda la población activa del territorio de los EAP participantes.

Resultados

Días de IT en población activa : un incremento de 3,2 días de promedio, entre facultativos.

Duración media de la IT : un incremento de 11,6 días de promedio

Porcentaje de IT en población activa : un descenso del 11,36% de promedio.

Conclusiones

Si bien en la evaluación realizada en 2016 no se apreciaban diferencias relevantes respecto al 2015, tres años después - en 2018 - se aprecia claramente un incremento de la duración promedio de las IT, si bien ha disminuido notablemente el porcentaje de IT en la población activa

RESULTADOS EN SALUD OBTENIDOS EN EL PROCESO DE CUIDADOS UTILIZANDO LA METODOLOGIA DE LA NORMA ISO:9001:2015

AUTORES

SILVIA VAQUERO GALAN¹; C PASCUAL NAVAJAS²; C LERIN BALDERO³; JM UBE PÈREZ⁴; N VICENTE PEDRAZ⁵; V MUSITU PEREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACION HOSPITAL CALAHORRA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El sistema sanitario para ser sostenible tiene que cambiar la forma de gestionarse, el sistema se ha centrado en resolver procesos, medir actividad, no en las personas, es la hora de comenzar a medir los resultados en salud. Los gestores necesitamos herramientas que nos ayuden a obtener y mejorar los resultados en salud de la población.

La Dirección de Enfermería, gestiona de forma autónoma los cuidados de enfermería de las unidades asistenciales aportando los recursos humanos, materiales y organizativos a las diferentes áreas de gestión del centro para facilitar su operativa.

La nueva norma ISO: 9001:2015 ha evolucionado hacia el liderazgo, las competencias, el enfoque de querer y el enfoque de gestión de riesgos, objetivos y acciones.

Objetivos

Alcanzar resultados en salud de la población

Upp: < 2.0 7% N° Pacientes que han desarrollado UPP intraunidad /total de pacientes ingresados) x100

Caídas. < 1% N° Pacientes ingresados que han sufrido una caída/total de pacientes ingresados) x100

Recomendaciones de cuidados entregadas al alta >90%

Informes de continuidad de cuidados al alta >90%

Material y métodos

Creación del Proceso de Cuidados, como proceso de apoyo a los procesos operativos del Sistema Integrado de Calidad de la organización.

Para la acreditación del proceso se ha seguido la metodología de la norma ISO: 9001:2015

La herramienta de gestión que recopila toda la información necesaria para analizar la actividad realizada y medir los resultados en salud es la Ficha de Proceso.

Metas estratégicas del proceso.

Misión del Proceso.

Definición del proceso

Indicador Clave.

Indicador de Seguridad del Paciente.

Acciones de mejora

DAFO

Alianzas con proveedores.

En la gestión para la valoración de riesgos, utilizamos el AMFE, herramienta para el análisis de riesgos y prevención de eventos adversos.

Con esta herramienta conseguimos:

- Prevención de eventos adversos mediante la identificación de posibles fallos en el sistema.
- Minimizar o eliminar riesgos.
- Aumentar cultura de seguridad.

Reuniones periódicas con un equipo de proceso multidisciplinar, para analizar los indicadores y marcar acciones de mejora continua.

Memoria del proceso.

Resultados

Los resultados en salud obtenidos :

Indicador Clave del Proceso (UPP): 0.20%

Indicador Clave Seguridad del Paciente (Caídas): 0.13%

Recomendaciones de Cuidados al alta de paciente: 90.57%

Informe de Continuidad de Cuidados al alta del paciente: 81.77%

Satisfacción del paciente: 9.8%

Conclusiones

Estas herramientas facilitan el trabajo de gestión de la Dirección de Enfermería, obteniendo una visión global de sus líneas estratégicas. Aportando acciones de mejora en su liderazgo de cuidados basado en una atención integral, así como en la seguridad del paciente. Los datos proporcionados por el Proceso de Cuidados, nos marca las áreas en las que tenemos que ejercer acciones de mejora, para llegar a conseguir los objetivos marcados en la obtención de resultados de salud de nuestros pacientes.

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA AUMENTAR LA COBERTURA VACUNAL DE LA GRIPE EN GESTANTES DE UNA COMARCA

AUTORES

Àngels Larrabeiti Castillo¹; M Vidal Alaball².

CENTRO DE TRABAJO

Atención Primaria de Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà¹; Hospital Palamós².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La vacunación es una de las intervenciones sanitarias más seguras, efectivas y con mejor índice de coste-efectividad. Los profesionales sanitarios son fuente principal de información para la población. Han de estar informados y formados para mantener la confianza de los ciudadanos.

La vacuna antigripal es la medida de prevención primaria fundamental para prevenir la gripe y sus complicaciones. Las embarazadas pueden presentar un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe, a pesar de esto la vacunación es muy baja.

Tenemos resultados de estudios sobre los motivos de baja cobertura vacunal (c.v.) en la población asignada y profesionales de la entidad. Ningún resultado específico del grupo de embarazadas, cuando la inmunización en ellas es prioridad de salud pública. En Cataluña se estima una cobertura vacunal del 3%.

No todas las comadronas vacunan en la consulta, ya sea por normativa del centro, por espacios no adaptados, por falta de promoción de la vacuna por parte de profesionales o porque la embarazada la rechaza.

Objetivos

General:

Evaluar la efectividad de una intervención para aumentar la cobertura vacunal de la gripe en gestantes, comadronas y ginecólogos de una comarca.

Específicos:

* Analizar la c.v. de la gripe en gestantes por año, Área Básica de Salud (ABS), nacionalidad y edad.

* Analizar la c.v. de la gripe en comadronas y ginecólogos por año, ABS y edad.

* Analizar la participación de los profesionales según ABS.

Hipótesis:

Realizar una intervención previa a la campaña de la gripe a profesionales aumenta la c.v. en gestantes en un 15% y en comadronas y ginecólogos en un 10%

Material y métodos

Tipus d'estudi: ensayo comunitario realizado entre 2017 y 2019

Ámbito: 4 ABS de una empresa, 1 ABS de otra empresa y un Hospital comarcal referente de las 5 ABS.

Población estudio:

* Mujeres embarazadas de las 5 ABS durante las campañas vacunales 2017-2018 ó 2018-2019 con ≥ 2 visitas de obstetricia

* Comadronas y ginecólogos, equipo comun para las 5 ABS y Hospital

Muestra:

* % vacunación en gestantes pre y post intervención

* % vacunación en comadronas y ginecólogos pre y post intervención

Intervenciones:

* Presentación proyecto a las direcciones de los centros

* Sesión no obligatoria 'vacunar, un derecho individual con consecuencias colectivas' a profesionales de la entidad

* Sesión obligatoria 'embarazo y vacuna de la gripe' al Servicio de Obstetricia

* Reunión con comadronas para analizar/resolver las dificultades para la vacunación en cada centro

* Recordatorio cada 15 días por mail a profesionales

Resultados

Gestantes atendidas:2017-18: 689 / 2018-19 : 647

Vacunadas:2017-18 : 24'5% a 32'8% / 2018-19: 44% a 60% según ABS

Profesionales:21'5% más vacunados en 2018-19

Pendientes resultado ABS empresa diferente.Las comadronas no vacunan,sí enfermeras del centro

Conclusiones

- Realizar intervenciones,previas a la campaña de vacunación aumenta el % de c.v. en profesionales y embarazadas.
- Conocer motivos de no vacunarse refuerza tipo intervenciones
- Vacunar la comadrona aumenta c.v.

DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA EXPERTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

AUTORES

Ana Fernández Meseguer¹; L Quevedo Aguado²; P Martínez Muñoz³; C Catalina Romero⁴; E Rubio Román⁵; E Calvo Bonacho⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Ibermutua

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Cada vez hay mayor evidencia científica sobre el empleo de sistemas expertos (SE) para mejorar la calidad de la atención sanitaria al ayudar al profesional en la toma de decisiones y fomentar las buenas prácticas clínicas, disminuyendo así errores médicos y eventos adversos (EA). En los sujetos de muy alto riesgo cardiovascular (RCV) se deben intensificar las actuaciones para mejorar el cumplimiento terapéutico y así evitar EA como es un evento cardiovascular agudo.

Objetivos

Mejorar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en los trabajadores con riesgo cardiovascular (RCV) muy alto con la implementación de un SE.

Material y métodos

Se desarrolló un SE que valoraba los factores de RCV que no están controlados, clasificaba el nivel de RCV y proponía un esquema terapéutico. Se establecieron los objetivos (PAS 130-139 mmHg y PAD 80-89 mmHg, colesterol total < 175 mg/dl, LDL < 70 mg/dl, glucemia < 100 mg/dl, abandono de hábito tabáquico e IMC < 25 kg/m²) y se hizo un seguimiento al año donde se valoró el grado de cumplimiento de los mismos.

Resultados

En una muestra de 156 pacientes la edad media fue de 63,0 ± 9,7 años, todos eran varones. El 73,1% tenían hipertensión y el 51,9% dislipidemia donde el 69,3% y el 60,5% de ellos estaban recibiendo tratamiento antihipertensivo e hipolipemiente al inicio del estudio, respectivamente. Después de un año de seguimiento se observaron diferencias significativas en el porcentaje de pacientes que cumplían el objetivo de control de la tensión arterial y colesterol total.

Conclusiones

Los resultados preliminares muestran que implementar un Sistema Experto es exitoso y podría ayudar a alcanzar los objetivos terapéuticos para pacientes con RCV muy alto y mejorar la calidad y seguridad asistencial.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA ADHESIÓN EN EPOC Y ASMA TRAS INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN TÉCNICA INHALATORIA

AUTORES

Juan Miguel Sanchez Nieto¹; I Fernández Muñoz²; D Salmeron Martinez³; EM Pardo Gonzalez⁴; J Alcántara Fructuoso⁵; J Fernández Álvarez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Neumología. Hospital Universitario Morales Meseguer

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La Terapia inhalada es esencial en EPOC y Asma. Adhesión baja limita sus beneficios. Los métodos de evaluación y mejora de la adhesión son heterogéneos y con resultados desiguales. En este contexto, evaluamos si una intervención educativa, mejora la adhesión en los pacientes

Objetivos

Evaluar si mejora la adhesión al tratamiento inhalado, en asma y EPOC, a los seis meses de realizar una intervención educativa individualizada de la técnica inhalatoria (IEITI) Secundarios: - Determinar tipos baja adhesión : incumplimiento errático (IE), inconsciente (II), deliberado (ID), diferencias entre asma y EPOC, factores predictores baja adhesión

Material y métodos

Estudio prospectivo abierto, incluyendo consecutivamente pacientes con asma o EPOC e inhaladores. Evaluación Adhesión visita inicial (VI) y final (VF) 6 meses post intervención cuestionario 12 items validado (TAI. Plaza, J Aerosol Med Pulm 2016). Intervención IEITI: Evaluación visual técnica inhalatoria, inhaladores ('presurizado', polvo y cámara) y sesión demostración con placebos (20 minutos) por fisioterapeuta. Variables: sociodemográficas, tabaquismo, Diagnóstico, FEV1, Ansiedad-depresión, Riesgo social, nº fármacos, inhaladores, tomas/día, adiestramiento. Dependientes: Nivel adhesión: buena (BuAdh) = 50 puntos, baja (BajAdh) \approx 49. Tipo incumplimiento: 'errático' (IE): ítems 1-5 (5-25 puntos), 'deliberado' (ID): 6-10 (5-25) 'inconsciente' (II)

Resultados

160 pacientes: 31 excluidos (19,1%). 129 incluidos: 9 (11,6%) perdidos. 72 mujeres (55,8 %), edad: $60,6 \pm 16,7$; asmáticos 69,8%, resto EPOC. Fumadores: 29 (22,5%). FEV1: $71,8\% \pm 21,2$. Adiestramiento previo: 59 (45,7%). Escala ansiedad-depresión \approx 11: 52 (40,6%), riesgo social \approx 10: 20 (15,6%). Medias fármacos/paciente: $3 \pm 2,9$; nº inhaladores: $1,1 \pm 0,3$ y tomas/día = $1,9 \pm 0,5$. Visita inicial 89 (69%) tenían BajAdh vs 40 (31%) con BuAdh. No diferencias en BajAdh o incumplimientos entre asma y EPOC ($p = 0,228$). VI: 89 (69%) BajAdh vs 40 (31%) BuAdh. Tipo incumplimiento más frecuente: errático (olvido) 65,9%. ID (no quiere tomar) 42,6% y II (desconocimiento pauta y/o técnica) 58,9%. VF mejora significativa adhesión: 82 pacientes BajAdh disminuyeron a 52 y 38 BuAdh, VI, aumentaron a 68 ($p = 0,0005$). IE disminuyó en VF, 79 pacientes vs 62 (VI) ($P = 0,0005$). 52 pacientes ID, 31 en VF ($p = 0,019$). 69 pacientes II, 47 mantenían al final ($p = 0,003$). Regresión: edad < 70 años (OR = 0,97. IC 95% 0,94 - 0,99; $p = 0,021$), sexo (OR = 2,66. IC 95%: 1,29 - 5,86; $p = 0,015$), tomar > 5 fármacos (OR = 0,42. IC 95%: 0,18 - 0,98; $p = 0,044$) mayor riesgo BajAdh.

Conclusiones

1ª Más de la mitad de pacientes con asma y EPOC presentaban baja adhesión al tratamiento inhalado. La intervención educativa (IEITI) mejoró significativamente nivel de adhesión y tipos incumplimientos. 2º. El incumplimiento más frecuente es el errático (olvidar la toma del inhalador) 3º No existen diferencias significativas entre asma y EPOC en adhesión. 4º Edad, sexo y número fármacos se asociaron con mayor riesgo de baja adhesión

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE SONDA URETRAL, UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS.

AUTORES

JOSE EUGENIO MARTINEZ ABRIL¹; MC ANTOLINO ESCRIBANO².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Se observa en el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva, ENVIN-HELICS, que nuestra Unidad de Cuidados Intensivos mantiene en los últimos años tasas de incidencia de infección urinaria relacionadas con la sonda uretral (IU-SU) por encima de la media nacional, valores de densidad en los últimos tres años en torno a 7 IU-SUx 1000 días de sondaje urinario en nuestra UCI frente a una media en España de 3,8 IU-SUx 1000 días de SU según el estudio ENVIN-HELICS en el año 2016. Estos datos justifican un ciclo de evaluación y mejora de los cuidados de Enfermería en los pacientes portadores de sonda uretral en la UCI.

Objetivos

Mejora de la calidad de los cuidados de Enfermería en los pacientes portadores de sonda uretral en nuestra UCI.
Mejora de las tasas de incidencia de infección urinaria relacionadas con la sonda uretral.

Material y métodos

Se lleva a cabo un ciclo de mejora de los cuidados de Enfermería en los pacientes portadores de sonda uretral en la UCI en el periodo de julio de 2017 a enero de 2018. Este ciclo conlleva un análisis del problema con diagrama de causa-efecto y de flujo, la definición de los criterios de calidad, la evaluación inicial de 60 casos sobre una muestra a conveniencia de todos los pacientes portadores de sonda vesical por un tiempo igual o superior a 24 horas en la UCI, seguidamente la puesta en marcha de medidas correctoras:

- Comunicación a los profesionales, enfermeras y auxiliares de enfermería de protocolos, datos de incidencia y datos de 1ª evaluación.
- Cambios en los sistemas de registro referentes a la sonda uretral y sus cuidados, dentro del sistema de información ICCA.
- Utilización siempre de inicio de sondas de silicona, cambio tras 7 días de las de látex por silicona.
- Formación a enfermeras y auxiliares en protocolos, registros y recomendaciones para prevenir la infección.
- Mejora del material fungible relacionado con el sondaje uretral.
- Por último, una reevaluación posterior en una segunda muestra.

Resultados

Una vez efectuadas las evaluaciones sobre los criterios de calidad antes y después de las medidas correctoras, la mejora global obtenida en este ciclo es del 67,6%.

Por otra parte, la tasa de incidencia de infección urinaria relacionadas con la sonda uretral ha pasado de 6.98 IU-SUx 1000 días de sondaje urinario en 2017 a 6.11 en 2018 y 3.47 hasta mayo de 2019.

Conclusiones

El ciclo de mejora llevado a cabo en la segunda mitad de 2017 supuso una mejora global en el cuidado del paciente portador de sonda urinaria, a finales de 2018 de nuevo se aseveró sobre el cuidado con la implantación del programa ITU Zero, la sinergia de ambos ciclos de mejora arroja buenos resultados en las tasas de 2019.

Esto nos lleva a la conclusión de insistir de manera periódica en la normalización de cuidados y en las recomendaciones de los Proyectos Zero como forma de mejorar los resultados.

DETECCIÓN DE GRUPOS ESPECIALMENTE VULNERABLES PARA LA CONDUCTA SUICIDA: PRIMER PASO PARA LA MEJORA.

AUTORES

ICIAR ABAD ACEBEDO¹; L RUBIO RODRÍGUEZ²; G GARCIA ALVAREZ³; JR LOPEZ FERNANDEZ⁴; L GARCIA GONZALES⁵; R DIOS DEL VALLE⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS¹; HOSPITAL DE CABUEÑES²; HOSPITAL SAN AGUSTÍN³; HOSPITAL VITAL ALVAREZ BUYLLA⁴; EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO AREA VI⁵; GERENCIA ÁREA IV⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio. La OMS defiende que hay medidas preventivas eficaces cuando se desarrollan dentro de una estrategia de prevención global y multisectorial.

En España las mayores tasas de suicidio se dan en nuestra Comunidad Autónoma (CA) desde hace más de 10 años. No existe una Estrategia Nacional pero algunas Comunidades Autónomas han desarrollado protocolos propios de actuación. Nuestra CA elaboró en 2018 un protocolo para mejorar la asistencia a los pacientes con riesgo de conducta suicida.

Objetivos

Describir las características de las personas fallecidas por suicidio en C.A. en 2016.

Detectar grupos vulnerables de cara a optimizar estrategias preventivas específicas.

Material y métodos

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Comunidad Autónoma. Población: personas que han cometido un suicidio en C.A. en 2016 (n=133). Variables: sociodemográficas, variables suicidio. Análisis: variables cuantitativas media y desviación típica. Cualitativas: distribución frecuencias e intervalos de confianza 95%. Análisis bivalente buscando la influencia de las variables independientes en la variables seguimiento (Chi cuadrado, t Student, ANOVA, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis).

Resultados

N= 133 [edad media(DT)=60,2(17,55); varones=93(69,9%)].

El suicidio fue más frecuente en en medio urbano (87,5%). El 32,8% vivían solos. Sólo el 17,3% estaba trabajando. El 81,6% presentaba diagnóstico de enfermedad mental (EM), siendo el 37,6% de dependencia al alcohol. El 82% tomaba psicofármacos. El 37,8% había realizado al menos una tentativa suicida (TS). El 50,5% presentaba una enfermedad física grave, siendo el 15,67% un diagnóstico. El 35,5% presentaban dolor crónico. Métodos de suicidio: ahorcamiento (39,8%), precipitación (32,3%). El 24% fueron fuera del domicilio. El 31% no realizaban seguimiento. El seguimiento en los diferentes ámbitos fue similar, pero en el ámbito rural la proporción en atención primaria (30%) fue mucho mayor que en otros (urbano 1,2%, semiurbano 8,2%). Un 8,1% de los pacientes con TS previa no realizaban ningún tipo de seguimiento (p< 0,001). Un 17,2% de los pacientes con diagnóstico de enfermedad mental no realizaban ningún tipo de seguimiento (p< 0,001). Un 17,6% de los pacientes que tomaban algún tipo de psicofármaco no realizaban ningún tipo de seguimiento (93,75% tomaban BZD) (p< 0,001)

Conclusiones

Existen grupos especialmente vulnerables: Abuso de alcohol (mayor prevalencia que otros artículos), pacientes con acceso a psicofármacos sin seguimiento, Diagnósticos recientes de enfermedad física grave, Ámbito rural con menor accesibilidad a la red de salud mental. Debemos establecer estrategias específicas. Identificamos un grupo con diagnóstico de EM y/o TS previa, que podrían beneficiarse de estrategias específicas del ámbito de salud mental, pero existe otro grupo sin diagnóstico previo que requerirían un abordaje más global.

MÁS QUE MEDIR: CAMBIO CULTURAL HACIA LA MEDICIÓN DE RESULTADOS EN PACIENTES Y LA MEJORA CONTINUA EN EL PROCESO DE ICTUS

AUTORES

Maria Gutiérrez San Miguel-Guilera¹; Y Cossio-Gil²; C Molina-Cateriano³; C Watson-Badia⁴; A Ochoa de Echaguen-Aguilar⁵; MS Romea-Lecumberrí⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Vall d'Hebron Hospital Campus

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El uso de los resultados auto-reportados por el paciente (PRO) se está estableciendo firmemente como prestación de asistencia sanitaria en el marco del modelo de atención sanitaria basada en el valor. Sin embargo, investigaciones anteriores identifican algunas barreras como el desconocimiento de los PRO, la preferencia por las medidas fisiológicas y las dudas sobre cómo transformar la interpretación de los datos en acciones en la atención clínica (Santana et al., 2015).

Objetivos

El objetivo de este proyecto fue el de implantar la cultura de la mejora continua del proceso asistencial de Ictus usando como indicadores los Resultados de Pacientes (PROs).

Material y métodos

El Hospital Vall d'Hebron está implantando una transformación organizativa de manera integral bajo la filosofía de Value Based Healthcare. Para ello, ha desarrollado una metodología propia para llevar a cabo una transformación hacia la gestión por procesos, medición de resultados de salud y cálculo de los costes entre otros aspectos. Todas las diferentes Direcciones del Hospital tienen un rol importante en ella.

La implantación se dividió en las fases:

PLANIFICACIÓN:

- Nombramiento de un líder del proceso de Ictus y grupo de trabajo multidisciplinar.
- Recopilación de todos los datos disponibles de ese proceso clínico
- Programación de sesiones de trabajo de acuerdo con la metodología.

HACER:

- El Departamento de Procesos realizó un taller de formación sobre rediseño de procesos basados en valor, mapeó el proceso asistencial actual, diseñó el estándar de trabajo ideal y se lanzaron los primeros proyectos de mejora de proceso.
- La secretaria técnica e innovación lideró la selección de cuestionarios para la implantación de las PROs y el desarrollo de un informe de datos intuitivo y dinámico para ambos profesionales y pacientes.
- El Departamento de comunicación lideró la sesión con pacientes, donde se empleó la metodología Design Thinking para la concepción de un servicio de acuerdo a las necesidades expresadas.

COMPROBACIÓN. Monitorización de la asociación entre los cambios en el proceso asistencial con los resultados de salud del paciente. ACTUACIÓN introducción a la cultura de la mejora continua habilitando pues los ciclos PDCA.

Resultados

El cumplimiento de la cumplimentación de los cuestionarios de los PROs a los 7 días fue 75% y a los 90 días fue del 65%. Las acciones de mejora del proceso asistencial han inducido una reducción en los tiempos de primera intervención de logopedia, fisioterapia así como la primera consulta externa post-alta del paciente, aunque no se disponga del dato exacto.

Conclusiones

- El cambio cultural para integrar una práctica clínica de salud basada en el valor (VBHC) es el reto más importante y debe basarse en una metodología de gestión del cambio.
- Los pacientes deben incluirse como agentes activos en los grupos de trabajo.
- El apoyo de la Dirección es imprescindible desde el principio.

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN LA FARMACOTERAPIA DEL PACIENTE INGRESADO: IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

AUTORES

JOSE MANUEL CARO TELLER¹; MJ JIMENEZ CEREZO²; MP GOYACHE GOÑI³; JM FERRARI PIQUERO⁴; P RUIZ LOPEZ⁵; JL BERNAL SOBRINO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Los errores de medicación (EM) son incidentes prevenibles que pueden causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos. Suponen el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria, su prevalencia se estima en 17 EM por cada 100 pacientes/día y su impacto en el gasto sanitario en 2.000 millones de €/año.

El 78% de los EM se deben a fallos en el circuito prescripción-dispensación-administración y se ha comprobado que la validación farmacéutica de los tratamientos previa a la administración es una estrategia útil para minimizarlos.

Objetivos

Analizar el impacto de la validación farmacéutica con herramientas de priorización de prescripciones de mayor riesgo sobre la mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de las altas de hospitalización registradas en nuestro hospital entre enero de 2016 y diciembre de 2017 y se excluyeron los episodios agrupados en All Patient Refined-Diagnosis Related Groups (APR-DRG) inespecíficos. Se consideró la mortalidad intrahospitalaria como variable de resultado y se utilizó regresión logística binaria para su ajuste por riesgo considerando como variables independientes, además del sexo y la edad del paciente, si el ingreso fue programado o urgente y el nivel de riesgo de mortalidad según APR-DRG.

La razón de mortalidad ajustada por riesgo (RMAR) se calculó como el cociente entre la mortalidad observada y la esperada y se compararon los resultados de los episodios de hospitalización con y sin intervención farmacéutica, utilizando la aproximación de Byar al test exacto de Poisson para obtener los intervalos de confianza al 95%. Las comparaciones de las variables cualitativas se realizaron mediante la prueba de la Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher y las cuantitativas, mediante el Test t-Student.

Resultados

En 10.458 (11,82%) de las 88.460 altas analizadas se realizaron al menos una intervención farmacéutica sobre las prescripciones médicas cuyo error potencial se consideró de mayor gravedad. Los episodios con intervención correspondieron a pacientes de mayor edad (62,9 vs. 52,9 años), complejidad (peso medio APR-GRD 1,35 vs. 1,05) y tasa bruta de mortalidad (4,3% vs. 3,1%), ($p < 0,001$ en todos los casos).

Se identificaron como factores de riesgo de mortalidad la edad, ser hombre, que el ingreso fuera urgente y el mayor nivel de riesgo de mortalidad según APR-GRD y se obtuvo un modelo de ajuste para el cálculo de la RMAR con buena discriminación (AUROC = 0,8696). La RMAR en el grupo en que se realizó intervención farmacéutica fue significativamente menor que en el grupo en que no se realizó: 0,88 (0,8 - 0,96) vs. 1,03 (0,99 - 1,07).

Conclusiones

La intervención farmacéutica orientada mediante herramientas de priorización a las prescripciones con potenciales EM más graves se centró en pacientes de mayor edad, más complejos y se asoció con una menor mortalidad ajustada por riesgo.

QUIMIOTERAPIA EN FINAL DE VIDA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS (NH).

AUTORES

LOURDES PÉTRIZ GONZÁLEZ¹; E ASENSIO BLASCO²; J MUNIESA RUBIO³; F GALDON IBAÑEZ⁴; R BRICULLE FUENTES⁵; SUBCOMITE MORTALIDAD⁶.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Los criterios estándar de agresividad terapéutica están definidos para tumores sólidos por C.Earle. El Subcomité de Mortalidad (SM) de nuestra institución desde 2016 se planteó estudiar los éxitos hospitalarios con tratamientos sistémicos anti neoplásicos (quimioterapia y terapias dirigidas - SACT, del inglés: systemic anti-cancer treatment) en su último mes de vida. El estudio incluye el conjunto de pacientes oncológicos, separados por patología. El presente trabajo nace de la necesidad de establecer dichos estándares para las neoplasias hematológicas.

Objetivos

Comparación de indicadores entre: tumores sólidos (TS) y neoplasias hematológicas (NH) del ICO; Inter-anual entre 2017 y 2018; indicadores obtenidos en la institución con los referidos en la literatura.

Material y métodos

Se estudian los casos de éxitos hospitalarios de adultos con cáncer, en curso de SACT en el último mes de vida. Son datos de una sola institución monográfica de cáncer (con 3 centros, representando casi el 50% de la asistencia oncológica catalana).

Periodo de inclusión: 2017 y 2018. Listados de pacientes procedentes de sistemas informatizados (SI).

Revisión manual de las historias informatizadas propias (SAP) y compartida (ICS, HCCC) y su registro en una BBDD específica (más de 180 ítems), por documentalistas con supervisión médica. Establecimiento de una escala de grado de agresividad terapéutica por paciente.

Resultados

Los éxitos hospitalarios totales han sido 2188 (88% TS y 12%NH). Los filtrados por el SI, con SACT en menos de 30d. son 788 registros siendo válidos para el estudio 697 (96 tenían un intervalo mayor de 30d. y 13 no habían recibido SACT). De este subgrupo la edad media es de 64 a., 37% son mujeres, 82% tienen comorbilidades (20% de 2ª neoplasias). Las patologías más frecuentes son: pulmón, leucemias, linfomas, gastrointestinal. El 90% son avanzados. El 25 % de los casos tienen NH.

Los indicadores de SACT en menos 30d.: global de 32% (TS 26% y NH 65%) y en menos de 14d: global 12,6%.(TS 8.7% y NH 31%).

Se contabilizan para la NH mayor proporción de: ingresos en UCI, éxitos en UCI, estancias medias hospitalarias de más de 14 d. Menor proporción de consultas a Cuidados paliativos (CP), éxitos en camas de CP y con un intervalo de actuación de CP inferior.

Conclusiones

Los estándares de los indicadores se confirman diferentes, para las NH respecto a los TS en los 2 años consecutivos. Las NH por su idiosincrasia son más susceptibles de terapias intensivas (tratamientos onco-específicos y de soporte) en su último mes de vida. Con menor tendencia a la derivación a CP por su rápida evolución.

El Benchmarking realizado con los datos publicados del MD.Anderson por Hui, confirman las diferencias mostradas en nuestro análisis. La limitación comparativa es, que en nuestro caso, los éxitos son sólo hospitalarios.

INDICADORES DE CUIDADOS PALIATIVOS (CP) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN FINAL DE VIDA.

AUTORES

LOURDES PÉTRIZ GONZÁLEZ¹; G SERRANO BERMUDEZ²; J TRELIS NAVARRO³; F GALDON IBAÑEZ⁴; R BRICULLE FUENTES⁵; SUBCOMITE MORTALIDAD⁶.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Entre los criterios de agresividad terapéutica está la derivación de pacientes a hospicios y el intervalo en que se remiten. El Subcomité de Mortalidad (SM) de nuestra institución en su estudio de éxitos hospitalarios con tratamientos sistémicos anti neoplásicos en su último mes de vida valora también qué relación de estos pacientes son incluidos en el programa de CP, distinto al concepto de hospicio de otros países. En la literatura se considera un tiempo mínimo para desplegar las actuaciones de CP entre 3 y 7 días. Es indicador de mala calidad asistencial cuando sea inferior a 3 días. CP del ICO ha implementado un nivel de intervención terapéutica (NIT) para pacientes ingresados a fin de limitar los esfuerzos terapéuticos.

Objetivos

Definir estándares de derivación al Programa de CP.

Comparación de estándares entre: tumores sólidos (TS) y neoplasias hematológicas (NH) del ICO; Inter-anual entre 2017 y 2018; indicadores obtenidos en el ICO con los referidos en la literatura. Evaluar la congruencia entre NIT y actuaciones asistenciales.

Material y métodos

Se estudian los casos de éxitos hospitalarios de adultos con cáncer, en curso de SACT en el último mes de vida. Son datos de una sola institución de cáncer (3 centros con servicios de CP, representando casi el 50% de la asistencia oncológica catalana).

Periodo de inclusión: 2017 y 2018. Revisión manual de las historias informatizadas y su registro en una BBDD específica (del SM), por documentalistas con supervisión médica

Resultados

Los exitus hospitalarios totales han sido 2188 (88%TS y 12%NH). Los filtrados válidos para este estudio son 697 (casos con SACT en su último mes global: 32%). De este subgrupo la edad media es de 64 a., 37% son mujeres, 82% tienen comorbilidades (20% de 2ª neoplasias). El 90% son cánceres avanzados. El 75 % de los casos tienen TS.

Los indicadores de CP obtenidos son: 67% de pacientes en programa de CP (con anterioridad al ingreso y/o durante este). Al ingreso se consultan globalmente el 45% de los casos (TS 72% y NH 50%); intervalo a la visita: 1 día (0-2). Tasa de exitus en menos de 3 días de la consulta a CP globalmente: 13,2% (TS 11% y NH 24%). Fallecidos en la unidad clínica de CP: TS 25% y NH 17%.

Se informa NIT en el 84% de ingresos y se actualiza en el 75%. Cuando se determina situación de últimos días se establecen pautas de confort en el 95% de casos.

Conclusiones

Los estándares indicadores se confirman diferentes, para las NH respecto a los TS en los 2 años consecutivos. Las NH tienen menor tendencia a la derivación a CP y por su rápida evolución con menor tiempo.

El Benchmarking realizado con los datos publicados (Hui, MD.Anderson), muestran que la variabilidad objetivada es similar de nuestro análisis. La limitación comparativa es, que en nuestro país el concepto de hospicio es diferente y la casuística presentada corresponde sólo a los exitus hospitalarios.

MORE. AVANZANDO EN LA MADUREZ DE LAS ORGANIZACIONES HACIA RESULTADOS EN SALUD

AUTORES

MAIDER URTARAN-LARESGOITI¹; RO NUÑO-SOLINIS²; AL GRASAS³; RU LLOP RUIZ⁴; MA ABELLA SOLA⁵; ES LAZARO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

UNIVERSIDAD DE DEUSTO¹; UNIVERSIDAD DE DEUSTO²; INSTITUTE FOR TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP³; INSTITUTE FOR TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP⁴; ASTRAZENCA FARMACÉUTICA SPAIN⁵; UNIVERSIDAD DE DEUSTO⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El reto de envejecimiento, cronicidad, e innovación tecnológica y farmacéutica, hacen necesaria la transformación de las organizaciones y sistemas de salud hacia modelos de gestión basados en valor.

La iniciativa MORE surge para ayudar e impulsar a organizaciones sanitarias en el camino hacia la mejora de resultados en salud y a la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Objetivos

Describir el proceso de diseño, pilotaje e implementación de la iniciativa MORE, así como los principales hallazgos sobre aspectos que pueden ayudar a desarrollar organizaciones y sistemas de salud orientadas a la gestión hacia resultados en salud. Analizar la aceptabilidad, usabilidad y satisfacción de los participantes en MORE.

Material y métodos

Se realiza una triangulación metodológica con métodos mixtos, incluyendo entrevistas a los responsables de las organizaciones que han aplicado MORE, entrevistas al grupo de desarrollo e implementación, análisis de cuestionarios y observación de dinámicas de talleres de debate MORE.

En concreto, se recogen resultados anonimizados y agrupados de 106 respuestas individuales al cuestionario MORE.

El cuestionario es una herramienta de libre acceso con 57 ítems clasificados en 5 ámbitos que se han identificado como claves para la gestión por resultados en salud. Ha sido diseñado y validado por un grupo multidisciplinar experto en las áreas de gestión, planificación, política sanitaria, economía de la salud, academia, industria farmacéutica y consultoría.

Los talleres de debate son espacios de devolución de los resultados agregados a los equipos para su discusión, intercambio de opinión y posterior definición de líneas prioritarias de trabajo futuras.

Resultados

La iniciativa MORE se ha puesto en marcha, con una alta aceptación y satisfacción de los participantes, en 9 CCAA, incluyendo 6 SRS y 5 organizaciones sanitarias de distinta naturaleza. En total más de 100 gestores de la sanidad pública española han trabajado con el cuestionario y la metodología de trabajo MORE en el periodo de marzo de 2018 a mayo de 2019.

Como resultado, se han identificado fortalezas y áreas de mejora en cada contexto, siendo de los más reseñables:

-sistemas de información como herramienta cohesionadora para apoyar el resto de áreas de políticas, coordinación, gestión, comunicación y evaluación.

-definición y evaluación de procesos asistenciales como elementos vertebradores para trabajar la coordinación, comunicación, liderazgo distribuido, gestión y la evaluación, todos ellos elementos clave para avanzar en la orientación hacia valor.

Conclusiones

MORE se presenta como una solución para orientar las organizaciones y sistemas de salud hacia valor. Las experiencias desarrolladas han demostrado su utilidad a la hora de alinear equipo de trabajo con profesionales de distintos niveles de gestión, analizar la situación de partida en cuanto al nivel de madurez organizativa orientada a valor, y establecer una hoja de ruta con líneas prioritarias de trabajo.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN EL PACIENTE INGRESADO PEDIÁTRICO

AUTORES

Anna De Dios López¹; M Martín Marqués²; D Ayala Villuendas³; PA López Broseta⁴; J Del Estal Jiménez⁵; L Canadell Vilarrasa⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La validación farmacéutica de las prescripciones médicas tiene como objetivo identificar y resolver problemas relacionados con la medicación para aumentar la seguridad y la calidad de vida del paciente. Resulta de especial interés en la población pediátrica donde muchas veces se desconoce la farmacocinética o la farmacodinamia de los fármacos y que engloba subgrupos de poblaciones muy diferentes entre si.

Objetivos

- Describir las IF realizadas durante el proceso de validación de la prescripción médica tras la implantación de la prescripción electrónica en el Servicio de Pediatría.
- Proponer acciones de mejora específicas que permitan mejorar los puntos más susceptibles que se evidencien con el análisis de las IF más recurrentes.

Material y métodos

Estudio prospectivo de 11 meses de duración (junio 2018-mayo 2019) que recoge todas las IF realizadas sobre el paciente pediátrico ingresado que se realizaron durante el proceso de validación de la prescripción médica electrónica.

Para la recogida de datos se utilizó la aplicación ProSP (aplicación PRO-activa para la Seguridad de los Pacientes) para la cual se diseñó un formulario específico para el registro de IF. Dicha aplicación permite la explotación posterior de los datos gracias a un cuadro de mando automático.

El formulario de registro de las IF recoge: fecha de intervención, datos demográficos, tipo de IF, fármaco implicado y tiempo invertido.

Resultados

Se registraron un total de 332 intervenciones en pacientes con una edad entre 1 mes de vida y los 15 años, siendo en su mayoría varones (192; 57,83%).

Las IF realizadas fueron: aportar información sobre el medicamento (66; 19,88%); cambio del fármaco prescrito (58; 17,47%); modificar dosis (51; 15,36%); cumplimentar órdenes médicas incompletas (48; 14,46%); modificar la frecuencia de administración (43; 12,95%); suspender fármacos (17; 5,12%); modificación de formas farmacéuticas (13; 3,92%); conciliación al ingreso (10; 3,01%) y otras (26; 7,83%): inicio de tratamientos, modificar horario o vía de administración, duplicidades terapéuticas, notificación de alergias,....

Los principales fármacos que generaron las IF fueron: analgésicos (83; 25%) y antiinfecciosos (27; 8,13%).

El tiempo invertido en la realización de las IF fue mayoritariamente de 0-15 min (316; 95,18%).

Todas las intervenciones recogidas fueron aceptadas por el médico prescriptor.

Conclusiones

- Las principales IF fueron: información sobre medicamentos, cambio de fármacos prescritos, ajustar dosis y cumplimentación de órdenes médicas incompletas. Para mejorar los dos últimos puntos, se introdujeron en el programa informático de prescripción electrónica (PIPP) dosis predefinidas de fármacos y rangos de dosificación según peso y/o edad en el campo de observaciones de cada fármaco.
- Los fármacos más implicados en IF fueron analgésicos y antiinfecciosos. Para mejorar estos aspectos, se crearon protocolos de analgesia en el PIPP y se creó un comité Proa pediátrico.

IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE MICRORGANISMOS DE ESPECIAL RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES

Ana Jiménez Zárate¹; S Cabrera Jaime²; L Garrote Moliner³; N Zarza Arnau⁴; L Llobera Rius⁵; D Ramirez Tarruella⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Institut Català Oncologia

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Entre un 5 y un 10% de los pacientes hospitalizados desarrollan alguna infección relacionada con la asistencia sanitaria, siendo especialmente relevantes las causadas por los denominados Microorganismos de Especial Relevancia Epidemiológica (MERE). En algunos casos, es posible la negativización del estado de portador, si bien en nuestro centro, detectamos un déficit en el seguimiento de estos pacientes cuando eran atendidos en el área ambulatoria. El incremento de casos provoca una mayor necesidad de recursos asistenciales y de complejidad al proceso de atención, requiriendo de un replanteamiento del seguimiento y control de los pacientes

Objetivos

Evaluar el impacto en la seguridad del paciente tras la implementación de un procedimiento de seguimiento de pacientes portadores de microorganismos multiresistentes, en el área ambulatoria.

Material y métodos

Elaboración de procedimiento para el seguimiento de los pacientes portadores o con infección activa por MERE, en el área ambulatoria. Ámbito: Unidad hospital de día Oncohematológico, durante 2018.

Diseño: Estudio post intervención. La intervención consistió en la creación del procedimiento y la difusión del mismo mediante formación obligatoria a todos los equipos profesionales y unidades durante los meses de octubre y noviembre de 2017.

Población: Pacientes oncohematológicos atendidos en el área ambulatoria en los que se detectaba la alerta por germen multiresistente, en la historia clínica informatizada. Asimismo, se incluían aquellos pacientes dados de alta en la Unidad de hospitalización con tratamiento o controles en curso.

VARIABLES: tipo de germen, resultado en muestra clínica, estado de portador, intervención propuesta, conclusión del caso.

Recogida de datos: Análisis prospectivo de las intervenciones realizadas.

Resultados

Se ha realizado seguimiento sobre un total de 29 pacientes. En el 76% (22) de los pacientes, se había activado la alerta por MERE por muestra clínica positiva y el 24% (7) por ser portador nasal y/o rectal. Como principales intervenciones, se realizaron controles del estado del portador mediante frotis en el 69% (20) de los casos y tratamiento y frotis de control posterior en el 21% (6). Se negativizó el estado de portador al 93% (27) de los pacientes en seguimiento, pudiendo retirar la alerta del sistema informático en el 55% de los casos (16). En el 45% restante, a pesar de disponer de resultado negativo, no estaba indicada la suspensión de la alerta por alto riesgo de recolonización.

Conclusiones

La implementación de un circuito de seguimiento ha permitido disminuir la prevalencia de pacientes portadores de MERE en el área ambulatoria, simplificando su proceso de atención y disminuyendo los costes derivados de medidas de aislamiento innecesarias.

Y AL VOLVER LA VISTA ATRÁS...

AUTORES

Vicente J León-Muñoz¹; M López-López².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca¹;
Subdirección General de Tecnologías de la Información. Servicio Murciano de Salud.².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

“El movimiento de la medicina conservadora cree en la innovación, pero pide más rigor en la práctica clínica y más independencia de criterio profesional ante la arrogancia tecnológica, y por ello hace un llamamiento, por el bien de una medicina más humana, a aprender a convivir con ciertos grados de incertidumbre.” J. Varela

En 2010 iniciamos un camino de innovación tecnológica en la cirugía sustitutiva de rodilla. Empezamos a emplear los instrumentales personalizados tras diseño de la intervención sobre modelos virtuales en 3D. Con ello queríamos ser más precisos, más eficientes. Cerca de 290 artículos y 19 meta-análisis indican escasa evidencia favorable a estos instrumentales. ¿Qué justifica seguir empleándolos? ¿Arrogancia tecnológica?

Objetivos

Al volver la vista atrás hemos evaluado nuestro resultado con este tipo de dispositivos.

Material y métodos

Descripción de diferentes líneas de trabajo para evaluar las ventajas e inconvenientes de este tipo de innovación tecnológica.

Resultados

Y hemos observado y comunicado que disminuíamos significativamente el sangrado y la tasa de transfusión de hemoderivados (Use of patient-specific cutting blocks reduces blood loss after total knee arthroplasty. Eur J Orthop Surg Traumatol 2017;27(2):273-277).

Y hemos observado y comunicado que la planificación de la cirugía sobre modelos virtuales 3D es útil para ayudar a predecir el tamaño de los implantes que se utilizarán en la cirugía y que al reducir el inventario y las bandejas y cajas de instrumental necesario pueden mejorar la eficiencia del quirófano (Manuscript ID JKS-19-Jan-0018-OA.R1 en prensa en Journal of Knee Surgery).

Y hemos observado y comunicado que el consumo de tiempo para la implantación de una prótesis de rodilla ha sido significativamente inferior cuando hemos empleado bloques de corte personalizados, que cuando hemos empleado otros sistemas (Manuscrito RECOT_RECOT-D-19-00014, en prensa en la Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología).

Conclusiones

Y seguimos analizando y comunicando, mientras aprendemos a convivir con ciertos grados de incertidumbre.

ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

MARIA ISABEL MARSAL CLOTET¹; I MORÁN VALLE²; N MARTÍNEZ MARTÍNEZ³; L RIOS VALLÉS⁴; O DOBLADO LÓPEZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO
H LLEUGER CAMBRILS

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Respondiendo reto que representa la cronicidad y dependencia, en 2011 se desarrollo de forma conjunta: Departament Salut y Departament Benestar i Família, PPAC (Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat) un nuevo modelo gestión sanitaria. Uno de sus pilares centrales garantizar mejor atención a personas con enfermedades crónicas dependientes, y poder crear modelo asistencial eficiente sostenible.

En su hoja ruta incluyó PIAISS (Plan Interdepartamental atención e interacción social y sanitaria, 17-20) que contempla Atención Sanitaria integrada a personas que viven en centros residenciales. Nuestro Centro Atención Primaria hemos creado figura enfermera referente residencias hace de enlace con pacientes institucionalizados, acudiendo periódicamente a estos centros para colaborar coordinar con profesionales centro sanitario en cuidado integral garantizando máxima calidad.

Objetivos

Proporcionar cuidados asistenciales calidad íntegros integrados

Coordinar recursos disponibles en nuestro centro facilitar información formación material y elementos necesarios para garantizar atención integral y continuada que resuelvan necesidades cuidados pacientes

Tener bien identificados (FRAGIL/ PCC (paciente crónico complejo)/ MACA (modelo de atención en pacientes crónicos avanzados) y tener bien cumplimentada Historia Clínica, para facilitar plan cuidados a realizar en caso derivación y/o reagudización intentando que ésta sea proactiva programada

Material y métodos

Enfermera referente enlace residencias acude semanalmente a cada centro geriátrico y trabaja con profesionales para recoger información nuevos ingresos bajas traslados... y ofrece ayuda asistencial (administrar vacunas supervisar curas alta complejidad extracciones..) Realiza controles sintrom, facilita resultados informes analíticas, proporciona material coordina interconsultas derivaciones, y recopila traspasa información residentes a través de escalas valoraciones manteniendo historia Clínica actualizada. Resto de días está disponible vía telefónica mail

Resultados

267 pacientes institucionalizados 3 residencias 58,40% PCC 9,40 % MACA Resto FRÁGILES Más del 90% tiene el PIIC (Plan de Intervención Individualizada y Compartido) cumplimentado El 68,54% mujeres edad media 84, 31,46 % hombres edad media 80,3, datos similares resto Cataluña y España Del Total 41,90% toman antiagregantes/ anticoagulantes, y del total de éstos 12,50% Sintrom. 24,7 % DM II, y del total de éstos, un 24,2 % insulino dependientes. 16,50 % MPOC

Conclusiones

Enfermera enlace Residencias clave para proveer una asistencia Sanitaria alta calidad, permitiendo optimizar atención sanitaria, atendiendo Inecesidades pacientes institucionalizados Coordina junto con profesionales Centro necesidades salud Residentes de forma integral proactiva

Desde implantación se ha conseguido etiquetar a todos pacientes institucionalizados que dependen del Área Básica dentro del marco cronicidad complejidad

Hemos conseguido niveles cronicidad semejantes a otras poblacionales Cataluña, según datos publicados Generalitat Cataluña 2018

¿CÓMO QUIERES QUE SEA LA CENTRAL DE RESULTADOS DEL FUTURO? RESULTADOS DE UN ESTUDIO CUALITATIVO CON PROFESIONALES

AUTORES

Anna García-Altés¹; M Guilabert Mora²; H Aguado Blazquez³; I Carrillo Murcia⁴; M Sala Gonzalez⁵; JJ Mira Solves⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)¹; Universitat Miguel Hernández d'Elx (Alacant)²; Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)³; Universitat Miguel Hernández d'Elx (Alacant)⁴; Universitat Miguel Hernández d'Elx (Alacant)⁵; Universitat Miguel Hernández d'Elx (Alacant)⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La Central de Resultados (CdR) tiene la misión de medir, evaluar y difundir los resultados asistenciales de los proveedores del sistema sanitario público catalán. Desde el año 2012 se publican, de manera nominal, informes de resultados con una amplia selección de indicadores relativos a la calidad asistencial de los centros de los diferentes ámbitos (hospitales, equipos de atención primaria, socio-sanitarios, salud mental, etc.). Después de siete años de proyecto se ha llevado a cabo una reflexión con los profesionales del sector sobre cómo debería evolucionar la CdR en un futuro cercano, que ha incluido una valoración de sus fortalezas y de sus áreas de mejora.

Objetivos

Conocer los patrones de uso de información de resultados, las preferencias y expectativas de los profesionales responsables de la gestión clínica, la planificación sanitaria y la alta dirección en relación a los contenidos, formatos y comunicación de los informes de la CdR, y elaborar una serie de recomendaciones y propuestas de mejora en relación al papel que tiene la CdR para contribuir a la calidad del sistema de salud de Cataluña.

Material y métodos

Estudio de investigación basado en técnicas cualitativas. Se condujeron cinco Grupos Nominales: dos con representantes de hospitales, dos de atención primaria y uno de centros sociosanitarios. En total se involucró a 58 participantes. Se consensuó, entre el grupo investigador y los líderes del proyecto, un guión estructurado de preguntas clave y preguntas racimo. Las sesiones grupales giraron en torno a las valoraciones sobre la información de la CdR y qué funciones debería cumplir y que actualmente no cumple. Las aportaciones individuales fueron seguidas de un debate abierto. Para cada una de las propuestas, se realizaron las siguientes medidas: intensidad de la recomendación (media de la puntuación en relevancia), coeficiente de variación, espontaneidad (número de ideas repetidas), consistencia entre grupos y entre diferentes ámbitos de atención (triangulación).

Resultados

La CdR debería transformarse para convertirse en el instrumento de referencia para la planificación sanitaria y la gestión clínica, útil en los enfoques de benchmarking y que debía constituir la única fuente de datos del sistema. La información debería estar disponible por territorios, por procesos asistenciales, con mayor número y flexibilidad en la elección de indicadores de resultados y con nuevos indicadores que incluyan los determinantes sociales de la salud. La información debería ser dinámica y en tiempo real, interactiva, periódica y con datos y gráficas más fáciles de interpretar y que se pudieran personalizar.

Conclusiones

Las propuestas están siendo priorizadas para introducirlas en el proyecto este año y en los dos años siguientes, dando prioridad a las mejoras en la presentación de los resultados, en los indicadores, y en la periodicidad de la información. La participación de los profesionales demuestra ser, una vez más, un elemento clave en el proyecto.

INDICADORES DE CALIDAD PREVENTIVOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN COLABORATIVA ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES

AUTORES

Isabel María de la Torre Gálvez¹; C Viñas Vera²; B Torres Verdú³; M Vilaseca Fortes⁴; F Rodríguez Ariza⁵; LF Torres Pérez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Regional Universitario de Málaga

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha desarrollado un conjunto de indicadores de calidad de la asistencia sanitaria basados en información de rutina recogida en los Conjuntos Mínimos Básicos de Datos (CMBD) de los hospitales. Permiten obtener indicadores que sirven como punto de partida para posteriores análisis. El presente trabajo se centra en los Indicadores de Calidad Preventivos (PQI). Hacen referencia a admisiones por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios que a priori podrían haberse evitado mediante cuidados ambulatorios, o cuya gravedad podría haber sido menor.

Objetivos

- Avanzar en la coordinación atención primaria-atención hospitalaria en aras de la mejora de la calidad de la asistencia
- Analizar el comportamiento de los PQI de un Distrito de Atención Primaria junto con su Hospital de referencia.
- Detección de áreas críticas.
- Planificación de acciones de mejora conjuntas.

Material y métodos

Utilizando la base de datos del Servicio de Producto Sanitario del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en el que se recogen todos los episodios acaecidos entre 2015-2017 que se catalogan como ingresos evitables o prevenibles, se disgregaron los casos en lotes según variables para facilitar su análisis. La temporalidad retrospectiva de dos años está justificada por la codificación de CMBD. Se obtuvo un perfil de paciente, patología y centro de salud con mayor uso del ámbito hospitalario para patologías crónicas.

Resultados

Se han analizado los años 2015 y 2016, en espera de recibir del Servicio de Producto Sanitario del Servicio Andaluz de Salud la explotación de 2017. De los 47293 ingresos hospitalarios en servicios susceptibles de estas patologías, se atendieron 2827 casos (6%), de patologías cuyas condiciones son sensibles a cuidados ambulatorios. Del total de casos admitidos, 2372 (84%), se concentran en cuatro grupos:

- 1.Tasa de ingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma en adultos de 40 años o más (PQI5).
- 2.Tasa de ingresos por insuficiencia cardiaca (PQI8).
- 3.Tasa de ingresos por neumonía bacteriana (PQI11).
- 4.Tasa de ingresos por infección del tracto urinario (PQI12).

Estos datos pueden variar una vez se introduzca el periodo que falta, si bien el comportamiento de las variables en los periodos analizados es constante.

Conclusiones

El paso de CIE-9 a CIE-10 ha supuesto un desajuste en la perspectiva de codificación de GRD, lo que nos lleva a ser cautos a la hora de realizar una evaluación del histórico y del comportamiento de variables susceptibles de mejoras. No obstante, poder determinar un cupo de pacientes por Indicadores de Calidad Preventivos de mayor incidencia y Centro de Salud facilita la captación temprana de las admisiones en pro de una planificación al alta adecuada a la complejidad y la continuidad de cuidados de una manera integral y una oportunidad de colaboración entre ámbitos asistenciales compartidos.

RESULTADOS EN SALUD: HABLANDO DE VALOR, HABLANDO DE SALUD ALCANZADA, HABLANDO DE RIESGO

AUTORES

ELENA BARTOLOME BENITO¹; L SANCHEZ PERRUCA²; J JIMENEZ CARRAMIÑANA³; MS BARTOLOME CASADO⁴; JL AREJULA TORRES⁵; M SANCHEZ-CELAYA DEL POZO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA

TIPO: ORAL MEJORES COMUNICACIONES

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Cuando Porter habla de valor habla de resultados en torno al paciente. En Atención Primaria de nuestra Comunidad hablamos de resultados en salud gracias al Cuadro de Mando (eSOAP), que facilita la toma de decisiones en diferentes niveles de gestión. Este trabajo mide resultados en la atención al paciente Crónico (cr.). La Comunidad ha estratificado la población en Niveles de Riesgo por grupos de morbilidad ajustados (GMA). En su Estrategia ha formulado unos Niveles de Intervención que asigna el profesional a cada paciente para definir el itinerario asistencial que se le va a aplicar, es decir, el profesional aúna el Riesgo Poblacional con su propio criterio.

Objetivos

Describir en la Comunidad los Niveles de Riesgo Poblacionales (NRP) y los Niveles de Intervención (NI) asignados para identificar el grado de implantación de la estrategia de cronicidad.

Mostrar resultados en salud verificando el impacto que la asignación de los NI tienen sobre el control de un proceso cr. (Diabetes-DM-) en un Centro de Salud (CS)

Material y métodos

Estudio descriptivo en la Comunidad del NRP y del NI asignado.

En un CS se mide, en pacientes DM, el control ajustado por edad, global y para cada NI asignado. Se comprueba que no difiera del control en la Comunidad. Se compara el control por edad en DM entre pacientes con NI asignado y sin asignar (t student) y en los pacientes con NI asignado se explora la asociación de las categorías de NI con el control de DM (ANOVA). Programa: SPSS Statistics21 Fuente: eSOAP.

Resultados

El 56,14% de población en la Comunidad en 2018 son crónicos. El 2,8% de la población tiene NRP alto, el 8,42% medio y el 44,91% bajo. En los crónicos (cr.), el 37,8% tienen NI asignado y sube a 47,74% si consideramos 8 patologías cr. priorizadas en la estrategia. Tienen asignado NI un 74% de los cr. con NRP alto, el 59,85% de los cr. de NRP medio y el 32,85% de los cr. con NRP Bajo.

En un CS con una población de diabéticos >14 años del 6,16%, medimos el control ajustado por edad. Un 45,26% (n=1378) están controlados (Comunidad 44,78% p=0,256). Por NI: El control en pacientes sin NI asignado (n=279) es de 31,54% vs 48% en pacientes con NI asignado, (p< 0,001). El control de pacientes DM es del 41% si medimos en DM con NI alto (n=12), del 47,31% de los DM con NI medio (n=410) y del 49,92% de los DM con NI bajo (n=677) (p< 0,001).

Conclusiones

Indicadores de Resultado permiten evaluar a nivel macro/meso gestión el grado de implantación de una estrategia (cronicidad) y valorar medidas que nos ayuden a implementar la asignación de NI, en especial, en grupos que precisan mayor atención. Asimismo eSOAP permite hacer gestión clínica a los profesionales de un CS y a partir de los datos por pacientes, priorizar y reorientar intervención en aquellos con peores resultados. Los resultados estudiados permiten añadir valor a la población.

REGISTRO ESPAÑOL DE TUMORES INFANTILES. RETI-SEHOP

AUTORES

José Sanchez de Toledo Codina¹; E Pardo Romaguera²; A Vidal Milla³; L Gros Subias⁴; R Fernandez-Delgado⁵; R Peris Bonet⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Institut Català d'Oncologia¹; RETI-SEHOP. Universitat Valencia²; Institut Català d'Oncologia³; Hospital Infantil Vall d'Hebron⁴; RETI-SEHOP. Universitat Valencia⁵; RETI-SEHOP. Universitat Valencia⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El Registro Español de Tumores Infantil (RETI), creado en 1980 es fruto de la colaboración de ambas Instituciones.. En 2016 el MSSSI lo reconoce de interés para el Sistema Nacional de Salud. Su misión es la investigación epidemiológica que contribuya a mejorar la asistencia, al conocimiento del cáncer infantil y al estudio de sus causas.

Objetivos

1. Evaluación de los avances de la lucha contra el cáncer infantil, mediante el análisis de supervivencia y su posición en el contexto internacional. 2. Estudio de la incidencia 3.. Prevalencia de los supervivientes. 4. Estudio de las causas del cáncer en la infancia. 5. Detección efectos secundarios.

Material y métodos

Son 48 los centros informantes del RETI-SEHOP. Se analizan los tumores incluidos en la International Classification of Childhood Cancer (ICCC-3). Los datos del Registro se definen según recomendación de International Agency for Research on Cancer (IARC) y International Association of Cancer Registries (IACR). Localización y morfología se codifican con la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O). La supervivencia se estima a 3 y 5 años del diagnóstico

Resultados

Casos registrados 1980-2018 edad 0-14 años(a), 28.56". Niños 57%. Niñas 43%. Seguimiento medio a 5 años: Cohorte 2010-2012: 95,4%. Cobertura 2015-2018=93%. Distribución por edades: 0-1 año 11%. 1-4 a 35%. 5-9 a 26%. 10-14 a 25%. Incidencia del cáncer en la infancia: 2000-2017, 0-14 a: Tasa estandarizada por la población mundial (ASRw): 160,6xmillon. Tasa bruta 157,8. Frecuencia por tumores 0-14 años (1980-2018). Leucemias (7.640) 26,7%; T. Sistema nervioso central (6.082) 21,3%; Linfomas (3.708) 13%; Sistema Nervioso simpático ((2.805) 9,8%; Sarcomas partes blandas (1.958) 6,9%; Sarcomas óseos (1.928) 6,7%; Renales (1.647) 5,8%; Células germinales (913) 3,2%, Melanomas y Epiteliales (562) 2%. Retinoblastomas (872) 3,1%; Hepáticos (376) 1,3%. Supervivencia todos los tumores a 5 años por cohortes: 1980-1984 55%; 1985-1989 62%; 1990-1994 69%; 1995-1999 74%; 2000-2004 76%; 2005-2009 77%; 2010-2012 80%. Notificaciones por centro informante (0-19 a) 31.391 casos: más del 10% 1 centro (3.524) 11,2%; más del 5% y menos del 10% 5 centros (12.011) 38,3%; más del 2% y menos del 5% 8 centros (7.178) 22,9%; menos 2% 33 centros (8.678) 27,6%. Estimación prevalencia supervivientes para 2020 en España: Adolescentes 15-19a 1 de cada 560; Adultos jóvenes (20-24 a) 1 de cada 595; Adultos jóvenes (25-29a) 1 de cada 615; Adolescentes + jóvenes (15-29a) 1 de cada 610.

Conclusiones

El RETI permite conocer la realidad del cáncer infantil, su incidencia, supervivencia y la prevalencia de los supervivientes. Permite comparaciones con otros registros internacionales, Incremento progresivo de la supervivencia 80%. Incidencia y supervivencia permiten desarrollar políticas de planificación sanitaria en aras de la equidad. El control y seguimiento de los supervivientes es fundamental para la calidad de vida de los mismo y es necesaria la definición de políticas para su atención.

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN INTERNET® POR PÁCIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO

AUTORES

O Valbuena-Pascual¹; N Elorza-Odriozola²; N Gómez-Tijero³; M Esteban-Sánchez⁴; L Moraza-García⁵; A Asensio-Bermejo⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital de Mendaro.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Cada vez más los pacientes demandan información sobre su tratamiento. Internet® facilita el acceso a todo tipo de información, lo que genera una necesidad de gestión de la misma.

Objetivos

Conocer el grado de utilización de Internet® para la búsqueda de información sobre medicamentos por parte de pacientes que acuden al servicio de farmacia de un hospital comarcal para la recogida de medicación, analizar los factores relacionados con dicha utilización y la opinión de los pacientes sobre la información recogida en Internet®.

Material y métodos

Se realiza un cuestionario propio, anónimo y voluntario a nuestros pacientes entre el 13 y el 24 de mayo de 2019.

Resultados

Encuestamos a 53 pacientes (55,2% de participación), 43,4% mujeres, con edades comprendidas entre 28 y 94 años (media= 63,7); con estudios primarios 47,3%, secundarios 32%, universitarios 13,2% y sin estudios 7,5%. El 81% reside en medio urbano. El 88,3% considera suficiente la información recibida por su profesional sanitario y el 3% pertenece a asociaciones de pacientes. El 66% dispone de acceso a Internet®, mientras que el 26% utiliza Internet® para buscar información sobre su tratamiento (el 35,4% utiliza un buscador general y el 2,3% utiliza blogs y/o redes sociales), de los cuales, el 48% lo hace de manera ocasional y el 10% a menudo; el 3,1% opina que la información de Internet® es muy útil, el 37,5% bastante útil, el 37,5% poco útil y el 21,8% nada útil; el 37,5% cree que la información de Internet® es bastante fiable, el 43,7% poco fiable, el 18,7% nada fiable y ninguno la valora como muy fiable; el 3,2% piensa que la información de Internet® con respecto a la obtenida de su profesional sanitario es de mejor calidad, el 35,5% de peor calidad, el 19,3% de calidad parecida y el 41,9% que es complementaria. El 40% comparte con su profesional sanitario la información obtenida por esta vía.

Conclusiones

1 de cada 4 pacientes usa Internet® como herramienta de búsqueda de información sobre medicamentos. La mayoría cree suficiente la información recibida por su profesional sanitario.

El perfil mayoritario de los pacientes que buscan en Internet® es joven de sexo femenino residente en medio urbano con estudios secundarios, que considera que la información aportada por su profesional sanitario es de mejor calidad y que la obtenida de la red puede ser complementaria.

Este cuestionario nos ha permitido identificar el grado de satisfacción de los pacientes sobre la información recibida de su tratamiento por parte de sus profesionales sanitarios para intentar mejorar la calidad de la información farmacoterapéutica difundida en los aspectos que más les interesan.

DETECCIÓN DE RIESGO LITOGÉNICO EN EL LABORATORIO CLÍNICO PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA RECURRENCIA DE LITIASIS RENAL

AUTORES

JOSE LUIS BANCALERO FLORES¹; RA VELA PALMER²; R LAHOZ ALONSO³; M SANTAMARIA GONZALEZ⁴; P SIENES BAILO⁵; S GORRIZ PINTADO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET¹; HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA²; HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET³; HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET⁵; HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La litiasis renal es una de las afecciones más comunes de la sociedad moderna, constituyendo un importante problema de salud que además asocia una gran carga económica. La naturaleza de la litiasis varía según la edad y el sexo, viéndose también influenciada por factores dietéticos, climáticos y de estilo de vida.

En los últimos años son varios los trabajos que hacen referencia a un aumento en su prevalencia, sobre todo en países desarrollados. A pesar de los avances que se han producido en el manejo de dicha patología, ésta continúa siendo una enfermedad con alta tasa de recurrencia. Se estima que tras un primer episodio, entre el 30% y el 50% recurrirá en los próximos 5-10 años. En un trabajo publicado en 2016 sobre la epidemiología de la litiasis renal en España realizado mediante encuesta telefónica a nivel nacional (Estudio PreLi-RenE) se observó un 52,8% de recurrencia.

Objetivos

Mejorar la calidad asistencial en aquellos pacientes que presentan riesgo litogénico para evitar una posible litiasis renal y en aquellos en los que ya se ha producido, evitar su recurrencia.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo de los sedimentos urinarios realizados por SEDIMAX (Menarini) de aquellas orinas en las que aparece cristaluria, teniendo en cuenta el tipo de cristales, su combinación, tamaño y forma, informando posteriormente la detección de riesgo litogénico.

Resultados

Durante el periodo de julio a diciembre de 2017 se analizaron un total de 89062 orinas de manera rutinaria. El 45.9% de estas, presentaron tira patológica por lo que se analiza su sedimento. En 881 (2.2%) se observa la aparición de cristaluria asociada a riesgo litogénico por diferentes motivos; en el 41,9% la combinación de cristales de oxalato cálcico monohidrato junto con dihidrato, en el 42,9%, se observan cristales de oxalato cálcico dihidratado con forma dodecaédrica. Respecto al tamaño, 73 sedimentos con cristales de oxalato cálcico dihidrato mayores a 35 μm y 61 con cristales de ácido úrico mayores a 100 μm .

Conclusiones

A la vista de estos resultados, aunque dado el gran volumen de muestras que se analizan el porcentaje de pacientes que presentan riesgo no sea muy elevado, se decidió para el año 2018 mejorar la calidad asistencial con la implantación en el informe del sedimento urinario el resultado de riesgo litogénico detectado en el mismo, por la valoración clínica de diversos parámetros de la cristaluria procedentes del estudio de la naturaleza química de los cristales, talla de los cristales, tasa de agregación y maclación, y el volumen cristalino global.

Además de informar al médico especialista, se considera necesaria la comunicación con el médico de Atención Primaria y la colaboración por parte de los profesionales de enfermería para la implantación y seguimiento de medidas higiénico dietéticas para mejorar la prevención de la enfermedad litogénica renal.

PREVENCIÓN DE LA LITIASIS RENAL Y SUS RESULTADOS TRAS MEDIDAS DE MEJORA. PAPEL DEL LABORATORIO CLÍNICO

AUTORES

JOSE LUIS BANCALERO FLORES¹; RA VELA PALMER²; R LAHOZ ALONSO³; M SANTAMARIA GONZALEZ⁴;
P SIENES BAILO⁵; R ESCOBAR CONESA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La prevalencia de litiasis renal oscila entre el 1 y el 15%, aunque la probabilidad de presentación es variable según la edad, el sexo, el origen étnico y la ubicación geográfica. Recientemente, existe evidencia que sugiere un aumento de la litiasis. Esta tendencia podría asociarse con el estilo de vida sedentario y los hábitos dietéticos, por lo que el manejo profiláctico de estos pacientes es de crucial importancia. El cólico renal agudo es la presentación clínica más frecuente de litiasis renal y una de las principales emergencias urológicas. Hasta el 10-20% de los hombres y el 3-5% de las mujeres experimentarán al menos un episodio de cólico renal agudo durante su vida.

Objetivos

Evaluar el impacto de informar el 'riesgo litogénico', con la recomendación de implementar medidas dietéticas e higiénicas en el estudio de sedimentos urinarios con cristaluria, en la aparición de cólico renal agudo.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de aquellos cólicos renales agudos tratados en nuestros servicios de emergencia de hospitales en los Sectores I y II, así como los ingresos por esta causa en 2017 y después de la implementación de la evaluación de riesgo litogénico en el informe de sedimentos urinarios en 2018.

Resultados

Durante 2017, 3199 cólicos renales agudos fueron atendidos en nuestros servicios de emergencia de los hospitales del Sector I y II, de los cuales 286 requirieron ingreso. A lo largo de 2018, se realizaron 207.307 analíticas de orina, presentando el 47.0% tira patológica por lo que se realizó el sedimento urinario con SEDIMAX (Menarini). De estos, un 2,9% fue informado con riesgo litogénico y se recomendó la implementación de medidas higiénico-dietéticas. En 2018 se trataron 3018 casos de cólicos renales agudos, lo que supuso un descenso del 5,65%.

Conclusiones

En vista de estos resultados, la implantación en el informe del sedimento urinario de la información referente al riesgo litogénico detectado en él, a través de la evaluación clínica de varios parámetros de cristaluria (estudio de la naturaleza química y tamaño de los cristales, la tasa de agregación y maclación y el volumen cristalino global) junto con la recomendación de implementar medidas higiénico-dietéticas, supone una mejora en la calidad de la atención sanitaria, siendo un valor añadido por parte del especialista del laboratorio. Todo ello se traduce en una reducción de las emergencias hospitalarias debidas a un cólico renal agudo con la consiguiente optimización de los recursos sociales y de salud y mejor calidad de vida de nuestros pacientes al evitar el sufrimiento.

MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE RECuento DE ADDIS PARA LA MEJORA DE SU VALOR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD GLOMERULAR

AUTORES

JOSE LUIS BANCALERO FLORES¹; P SIENES BAILO²; R LAHOZ ALONSO³; M SANTAMARIA GONZALEZ⁴; RA VELA PALMER⁵; S IZQUIERDO ALVAREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La hematuria puede definirse como 1) la presencia en el sedimento urinario de ≥ 3 hematíes/campo en orina fresca centrifugada usando el objetivo 40X y el ocular 10X del microscopio óptico o 2) la presencia de >5 hematíes/mm³ en orina no centrifugada. Aunque pueda ser asintomática, es frecuente en enfermedades uronefrológicas por lo que, tras confirmarla, conviene determinar si su origen es o no glomerular para definir el tratamiento a seguir. Para este fin adquiere importancia el estudio del dismorfismo eritrocitario mediante el recuento de Addis, ya que ni el grado de hematuria ni otros hallazgos correlacionan con la gravedad de la enfermedad ni con su origen. Este análisis se basa en el conteo de células, cilindros y cristales con el microscopio óptico en muestras de orina centrifugadas recogidas 2 horas después de la primera micción matinal. El % hematíes dismórficos indicativo de lesión glomerular varía en la literatura entre el 10-80%, pero existe mayor consenso al considerar la presencia de $\geq 5\%$ de acantocitos indicativa de hematuria glomerular.

Objetivos

Modificar la metodología y los informes emitidos sobre los recuentos de Addis que se realizan en el Laboratorio para obtener resultados de mayor valor diagnóstico con los que establecer el origen glomerular de la hematuria.

Material y métodos

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los recuentos de Addis realizados entre enero 2018 y marzo 2019, seguido de la revisión de las historias clínicas de los pacientes con $\geq 5\%$ acantocitos de cara a relacionar la sospecha de hematuria glomerular derivada de este recuento con otros eventos clínicos, de imagen o anatomopatológicos compatibles con enfermedad glomerular.

Resultados

En el periodo citado se realizaron 151 recuentos de Addis, 62% a hombres y 38% a mujeres. Por edades, el 14% pertenecía a niños de 1-14 años, el 35,3% a adultos de 15-60 años y el 50,7% a adultos >60 años. De todos ellos, solo 13 presentaron un porcentaje $\geq 5\%$ de acantocitos (8,6% del total). La revisión de las historias clínicas permitió establecer el origen glomerular de la hematuria en 9 de ellos (69,2%) y causas no glomerulares en solo uno. De los 3 pacientes restantes (23,1%), no se encontraron hallazgos que apoyaran o refutaran el origen glomerular de la hematuria en el momento de estudio.

Conclusiones

Aunque existe buena correlación entre la presencia de $\geq 5\%$ acantocitos en orina y otros hallazgos indicativos de enfermedad glomerular, en la búsqueda bibliográfica motivada por estos resultados se hallaron modificaciones del protocolo de conteo de Addis destinadas a aumentar su valor diagnóstico. Entre estas, destaca la importancia de obtener especímenes de calidad óptima para el recuento así como la emisión de los resultados en términos de células o elementos por minuto, en vez de hacerlo en valores absolutos. Con estas y otras variaciones, se pretende aumentar la eficacia de esta herramienta en el diagnóstico de enfermedad glomerular.

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR POR PACIENTES Y PROFESIONALES EN UN HOSPITAL TERCIARIO Y SU EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO

AUTORES

Pedro Ruiz López¹; L Llamosas Falcón²; C Varela Rodríguez³; R Notario Tomás⁴; P Rubio Pascual⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El dolor es uno de los síntomas más relevantes que influye en la calidad percibida de los pacientes. La evaluación de la percepción del dolor nos ayuda a identificar las áreas de mejora y la comparación en el tiempo permite observar si las medidas adoptadas han contribuido a los resultados obtenidos.

Objetivos

Analizar la percepción del dolor de pacientes/familiares y profesionales en un hospital de tercer nivel y su evolución temporal.

Material y métodos

Estudio analítico de encuestas auto-administradas a pacientes/familiares y profesionales durante el año 2018 y comparación con los resultados del año 2013.

Resultados

En 2018 se realizaron 264 encuestas a pacientes: 131 hombres (49,6%) vs 133 mujeres (50,4%). Edad media: 61,1 años (DE:20,4). 46,1% afirman haber sufrido dolor durante la atención recibida en 2018 vs 60,8% en 2013 ($p=0,000$). En la escala del dolor (0-10 puntos, siendo 0 no dolor y 10 máximo dolor), la media fue de 4,92 (DE:3,15) vs 5,44 (DE:3,03) en 2013, no existiendo diferencias significativas ($p=0,06$). A 97,2% se les preguntó, durante su atención, si sufría dolor vs 85,1% en 2013 ($p=0,000$). 96,4% considera que recibe un tratamiento adecuado para el dolor, sin diferencias significativas con 2013 ($p=0,10$).

Se realizaron 242 encuestas a profesionales: 60,3% enfermera/o; 29,3% auxiliar enfermería; 7,9% facultativo especialista. La mayoría (97,9%) considera que en su lugar de trabajo los pacientes sufren dolor, sin diferencias significativas con 2013 ($p=0,32$). El 87,5% registra si el paciente tiene dolor frente al 75,3% en 2013 ($p=0,000$) y este registro se realiza de una manera estandarizada (79,7% vs 45,5%; $p=0,000$). En la escala del dolor, la media fue 7,66 (DE:1,78) vs 7,24 (DE:2,00) en 2013, siendo esta diferencia significativa ($p=0,01$). El 75,4% considera que están suficientemente formados para valorar/tratar de manera adecuada el dolor, frente al 62,5% en 2013 ($p=0,000$).

Además, se evidencian diferencias entre profesionales y pacientes en las encuestas del 2018. Los profesionales consideran que los pacientes tienen dolor en mayor proporción ($p=0,000$) y que lo tratan de manera adecuada en menor proporción ($p=0,000$). Creen que los pacientes sufren grados de dolor mayor de lo que los pacientes indican ($p=0,000$). En general, los profesionales sobreestiman la presencia y grado de dolor y subestiman su proporción de tratamiento adecuado.

Las medidas de mejora adoptadas entre 2013 y 2018 han sido: formación al personal, informatización en la historia clínica electrónica de las pautas del dolor, ampliación de la cartera de servicios de unidad del dolor en adultos del dolor crónico.

Conclusiones

Se aprecia una mejora en la percepción del dolor por parte de pacientes y profesionales en comparación al año 2013. Los pacientes tienen una mejor percepción del manejo del dolor que los profesionales. Las medidas de mejora han sido efectivas.

ANÁLISIS DEL COSTE-EFECTIVIDAD Y UTILIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES DE HEPATITIS C (2015-2018)

AUTORES

CAROLINA VARELA RODRÍGUEZ¹; D Lora Pablos²; MT García Morales³; I Pineros Andrés⁴; A Rivero Cuadrado⁵; A Gómez de la Cámara⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La hepatitis C es un problema de salud pública mundial. De acuerdo con el Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C la prevalencia de anticuerpos contra la hepatitis C en adultos es de 1,7%; afectando la enfermedad a 688.000 adultos con anticuerpos de los cuales 472.000 tienen viremia. En España en 2009 los años de vida perdidos debidos a la hepatitis C crónica se estimaron en 8,5 años por paciente, si el VIH no se tenía en cuenta, y 9,6 si se consideraba. Los antivirales de acción directa (AAD) han demostrado ser una intervención efectiva.

Objetivos

Estimar, en condiciones reales de uso, el coste-utilidad y coste-efectividad de los AAD y la comparación con el sofosbuvir como referencia entre AAD y el interferón pegilado (INF); así como los motivos de abandono del tratamiento y los esquemas terapéuticos mejor adaptados a determinados perfiles de pacientes

Material y métodos

Estudio en condiciones reales de uso se incluyó una proyección de la evolución esperada de la cohorte si hubiese sido tratada con las pautas habituales previas a la incorporación de AAD.

Población: 26.881 pacientes tratados con AAD e incluidos en el Registro Nacional de Hepatitis C entre 2015 y 2018.

Perspectiva: Sistema Nacional de Salud Español.

Horizonte temporal: 10, 25 y 50 años.

Estudio: Modelo oculto de Markov con una tasa de descuento del 3%, se estimaron los costes sanitarios directos y los resultados en salud de los pacientes: años de vida ganados, años de vida ajustados por calidad (AVAC), trasplantes evitados, hepatocarcinomas y descompensaciones prevenidos. Se realizaron análisis de sensibilidad para estimar la robustez del modelo.

Fuentes de los datos: Los datos de respuesta virológica sostenida en paciente tratados con INF, las probabilidades anuales de transición entre estadios, las utilidades y desutilidades y la historia natural y manejo de la enfermedad se obtuvieron de la literatura especializada, los datos de costes se tomaron de la publicación de los costes por GRD del Sistema Nacional de Salud en 2015.

Cohortes: Se definieron cuatro cohortes de acuerdo a los tratamientos: 1) tratados con sofosbuvir, 2) tratados con sofosbuvir más ledipasvir, 3) tratados con ombitasvir más paritaprevir más ritonavir más/menos dasabuvir, 4) tratados con pautas de INF.

Resultados

Los AAD generaron costes de 38.000€ por paciente durante 25 ciclos; y el INF más/menos ribavirina de 25.000€. El coste incremental por AVAC fue de 6.000€ para los AAD. Los tres tratamientos basados en antivirales de acción directa se asociaron con un incremento en AVAC comparados con el INF.

Conclusiones

Los ratios coste-efectividad y coste-utilidad de las terapias basadas en antivirales de acción directa fueron de 3.020€, 2944€, 2917€ por QALY para sofosbuvir, sofosbuvir más ledipasvir, ombitasvir más paritaprevir más ritonavir más/menos dasabuvir, respectivamente, muy inferior a las £30,000 por AVAC estándar generalmente aceptado en los países desarrollados.

INADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE OXÍGENO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

ANDRES CARRILLO ALCARAZ¹; A LÓPEZ MÁRTINEZ²; L LÓPEZ GÓMEZ³; A HIGON CAÑIGRAL⁴; E CARRASCO GÓNZALEZ⁵; JM SÁNCHEZ NIETO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL JM MORALES MESEGUER

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La prescripción de oxígeno en el paciente crítico no está exenta de riesgo y puede tener un coste económico considerable. Frecuentemente se ha detectado problemas en la indicación y la prescripción de oxígeno en pacientes ingresados en el hospital.

Objetivos

Analizar la inadecuación de la prescripción de la oxigenoterapia en pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos antes y después de realizar un ciclo de mejora.

Material y métodos

Se analizan de forma prospectiva a todos los pacientes ingresados en una UCI durante un periodo de dos semanas y recibían oxígeno en el momento de la evaluación. Se valoran los siguientes criterios. Criterio 1 (CR1): mantenimiento de una SpO₂ entre 94-98% en el paciente hipoxémico y 88-92% en crónico agudizado; Criterio 2 (CR2): programación de las alarmas en monitor dentro del rango de SpO₂ antes descrito; Criterio 3 (CR3): determinación explícita en la hoja de tratamiento de la fracción inspirada de oxígeno y/o flujo a administrar al paciente; y Criterio 4 (CR4): determinación explícita en la hoja de tratamiento del objetivo de SpO₂ a alcanzar en el paciente. Se han realizado 3 mediciones, la primera el mes previo a la instauración del ciclo de mejora, la segunda un mes tras el ciclo de mejora, y la tercera a los 6 meses. El ciclo de mejora consistió en una lectura crítica de las recientes directrices sobre oxigenoterapia para todo el personal de la UCI, colocación de recordatorios en los ordenadores del servicio sobre la importancia de una adecuada prescripción de la oxigenoterapia, revisión diaria de las alarmas del monitor antes de la segunda medición y presentación de las mediciones periódicas realizadas. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y repetidas. Las comparaciones mediante Ji² de Pearson, con cálculo de la diferencia absoluta de inadecuaciones con sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados

Se han analizado 335 determinaciones en 40 pacientes antes y después del ciclo de mejora. La inadecuación del CR1 era del 65,1%, la del CR2 94%, la del CR3 13,7% y la del CR4 85,7%. Tras el ciclo de mejora, las inadecuaciones fueron del 15,2%, 9%, 1,1% y 22,6% respectivamente. La diferencia absoluta de las inadecuaciones y sus intervalos de confianza al 95% fueron de 46,9% (39,9 a 53,3) para el CR1, 85% (80,3 a 88,6) para el CR2, 12,6% (8,7 a 16,8) para el CR3 y 63,1% (56,7 a 68,7) para el CR4. La tercera medición mostró unos porcentajes de inadecuación de 20,3%, 31,6%, 6,1% y 28,7% para los 4 criterios analizados. La diferencia absolutas y sus intervalos de confianza al 95% entre la segunda y tercera medición fueron de 5,1% (-0,8 a 11,1) para el CR1, 22,6% (16,5 a 28,6) para el CR2, 5% (2,1 a 8,2) para el CR3 y 6,1% (-0,8 a 12,9) para el CR4.

Conclusiones

La prescripción y el uso de la oxigenoterapia presentan múltiples problemas que condicionan una inadecuación de la terapia. La aplicación de medidas sencillas pueden mejorar fácilmente la administración de oxígeno a los pacientes, pero con el tiempo algunos criterios analizados empeoran.

HASTA ICHOM CATARATAS Y MAS ALLA!

AUTORES

GONZAGA GARAY ARAMBURU¹; R BERGADO MIJANGOS²; D COELLO OJEDA³; I OZAETA ORTIZ DE URBINA⁴;
B MACIAS MURELAGA⁵; J GARRIDO FIERRO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI ARABA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La cirugía de catarata es el segundo procedimiento más frecuente en la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología de la OSI Araba con buenos resultados funcionales y anatómicos donde disponemos de diferentes sistemas de recolección de resultados.

Objetivos

Explicar el proceso de gestión de la cirugía de catarata desde el punto de vista de la obtención de resultados, desde el método propio, pasando por el set de ICHOM y llegando a la aplicación de este a la práctica clínica habitual.

Material y métodos

Tras la planificación e implantación del proceso, se procede a la recogida de datos mediante 2 estudios autorizados por el Comité de Ética del HUA :

1) Recogida de datos en Excel propio con más de 100 ítems.

2) Estudio ambispectivo multicéntrico internacional para determinar la eficacia y la satisfacción del paciente tras la intervención de cataratas promovido por el International Consortium of Health Outcome Measurement (ICHOM) y comparar estos resultados con el resto de los participantes. Se recogen 48 datos sobre las características de los pacientes por medio de una página web y se realiza un cuestionario de calidad visual.

En base a los resultados obtenidos, se traslada el set de recogida de datos de ICHOM a la historia clínica electrónica de Osakidetza y desde junio de 2019 se inicia la recogida de datos

Resultados

1) Se recogieron datos de 1969 cirugías. 641 pacientes presentaban comorbilidad previa asociada, siendo la más frecuente el glaucoma. La agudeza visual previa (AV) media de 0.37 mejoró a 0.85 de forma estadísticamente significativa (ES). La graduación media pasó de -0.32 a -0.24. 211 pacientes presentaron complicaciones intraquirúrgicas y 156 postoperatorias

2) Se incluyeron 516 pacientes. 199 eran menores de 75 años, 302 entre 75 y 90 años y 15 mayores de 90. La AV mejoró de forma ES tras la intervención. Los nueve ítems de calidad visual mejoraron ES ($p < 0.00$) incluido el de satisfacción global.

Conclusiones

Los resultados en salud en la cirugía de la catarata son satisfactorios tanto a nivel funcional, como en complicaciones. Las encuestas de satisfacción del paciente deben ser también incorporadas en estos análisis. Los registros estandarizados y validados internacionalmente deben ser incorporados a la práctica clínica habitual.

NEUMOLEAN, EXCELENCIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

AUTORES

Felipe Villar Álvarez¹; MJ Checa Venegas²; I Fernández Ormaechea³; R Armenta Fernández⁴; MT Gómez del pulgar⁵; D Sánchez Mellado⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Una de las áreas de la sanidad en las que se requiere una adecuada gestión es la hospitalización, en la que se concentran pacientes ingresados con patologías complejas y graves, siendo necesaria una óptima gestión de los procesos asistenciales.

Uno de los principios en los que se basa el método Lean en el ámbito hospitalario es en la búsqueda de procedimientos estables y estandarizados, evitando los procesos que dan lugar a sobrecarga y, secundariamente, a errores.

Objetivos

El objetivo general es identificar las prácticas que suponen un ingreso prolongado y un perjuicio para el paciente, de tal forma que no añaden valor pero sí conllevan un consumo de recursos. Los objetivos específicos son la reducción de la estancia media hospitalaria, los reingresos hospitalarios, las complicaciones y la mortalidad.

Material y métodos

El proyecto Neumolean se diseñó en 2018 para ser implantado en el área de hospitalización del Servicio de Neumología de nuestro hospital. Se aplicó la metodología Lean con el método de análisis y resolución de problemas A3.

Entre el 1 y 15 de marzo de 2018 se realizó la identificación y selección de aquellas prácticas que suponían un ingreso prolongado, complicaciones y un perjuicio para el paciente. Entre el 16 de marzo y 30 de junio de 2018 se realizó el análisis de la causa-raíz de éstas prácticas seleccionadas, y se establecieron las contramedidas.

Del 1 de julio al 31 de diciembre de 2018 se inició la implantación y estandarización de las propuestas, además de continuar identificando nuevas prácticas no seguras o ineficaces. Y a partir de 2019 se realizó un análisis de los resultados de los indicadores de medida seleccionados, comparando los del primer semestre de 2018 con los del segundo tras la implantación del Neumolean.

Resultados

En relación con los resultados de la medición de los indicadores se observó un descenso en la estancia media de 7,27 a 6,4 del primer al segundo semestre de 2018. El cálculo del Índice Estancia Media Ajustada también mostró un descenso, del 1,04 a 0,95, lo que también significa que con la aplicación de la metodología Lean el funcionamiento es más eficiente respecto al mismo periodo del año anterior. Por otro lado, los resultados del Índice Ajustado de Mortalidad, tras la implantación del proyecto Neumolean, mostraron un bajada importante de 0,61 a 0,4. En la medición del Índice Ajustado de Complicaciones se observó un descenso leve (0,88 a 0,87), siendo en ambos casos las complicaciones producidas durante el proceso asistencial inferiores a las esperadas. Por último, el porcentaje de reingresos tuvo una bajada significativa del 9,39 al 7,59%.

Conclusiones

El proyecto Neumolean es útil en la identificación de prácticas que suponen un ingreso prolongado y un perjuicio para el paciente, mejorando su seguridad. La disminución de la estancia media, de los reingresos y la mortalidad, así como el hecho de no realizar prácticas innecesarias, traerá consigo la reducción de los gastos derivadas de las mismas y un beneficio para el sistema sanitario.

CAUSAS DEL NO CUMPLIMIENTO DE LA VISITA A LA CONSULTA EXTERNA DE UN SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

AUTORES

Sílvia Llorens Torromé¹; R Artigas Lage²; S Ela Aguilar³; G Serrano Bermúdez⁴; J Trelis Navarro⁵; A Vidal Milla⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Instituto Catalán de Oncología L'Hospitalet

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Centrar las líneas de trabajo en la mejora de la organización asistencial que percibe el paciente es uno de los objetivos clave en una institución sanitaria monográfica de cáncer. Como muestra de su compromiso y orientación hacia la excelencia de la calidad asistencial, se ha desarrollado un catálogo de indicadores disponibles en el cuadro de mando corporativo que se evalúan periódica y sistemáticamente, con el objetivo de detectar los puntos críticos, proponer áreas de mejora, así como incentivar la cultura de toma de decisiones basada en resultados en los servicios.

La accesibilidad a la consulta externa, e incluida en esta la reprogramación de las visitas, es uno de los indicadores de calidad de la institución. En la consulta externa del Servicio de Cuidados Paliativos se atendieron durante el año 2018 a 3097 pacientes entre primeras visitas (PV) y visitas de seguimiento (VS). El 19% de las visitas se reprograman en la institución por diferentes motivos, y además una parte se contabilizan como no presentadas. En el Servicio, se realiza una llamada telefónica como recordatorio de las primeras visitas. Aun así algunos pacientes no acuden ni a las primeras y en número mayor a los seguimientos. Nos parece pertinente explorar las razones de la no presentación de los pacientes a las primeras visitas y a los seguimientos programados en la Consulta Externa del Servicio.

Objetivos

Explorar las razones de no cumplimiento de las visitas a consulta externa de Cuidados Paliativos en un hospital monográfico de cáncer.

Material y métodos

Se recogieron datos de las visitas, tanto de primeras como de seguimientos, no cumplidas en la consulta externa desde 9 de enero hasta 9 de junio de 2019.

Resultados

Se registraron un total de 132 visitas no cumplidas (25 PV y 107 VS). El 48% de las PV no acudió por ingreso en hospital o visita a urgencias. El 12% no cumplió por indisposición y sólo un paciente olvidó la visita. La primera razón de las VS fue la indisposición del paciente (24.2%) y la segunda (17.75%) fue por ingreso en hospital o urgencias. El 13% olvidó la cita de VS y el 10% fue éxitus. La derivación a Programa de Atención Domiciliaria fue la razón del 8.4% de los casos también en este tipo de visita.

Conclusiones

Conocer las razones del no cumplimiento de las visitas a consulta externa nos ayuda a implementar acciones de mejora. Los resultados nos muestran que la llamada recordatoria de las PV es efectiva y el realizar este recordatorio en las visitas de seguimiento sugiere que se podrían evitar más del 30% de las no asistencias al tener la información tanto de las derivaciones realizadas a otros recursos, de los éxitus ocurridos, y sirviendo igualmente para evitar los casos de olvido de la cita. Todo ello contribuirá en la optimización de las agendas de seguimientos.

HOSPITAL DE DÍA PARA JÓVENES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN: LAS PALABRAS CONMUEVEN, PERO EL EJEMPLO ARRASTRA

AUTORES

Victor Puente Pazos¹; A Ramirez Gorostiza²; M Guridi Berricano³; O Aguinaco Casamayor⁴; E De Miguel Aguirre⁵; F Murua Navarro⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Red de Salud Mental de Álava

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La hospitalización parcial mantiene la integración o reintegración socio-familiar, tiene una eficacia demostrada en el tratamiento de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes, supone una mayor implicación de la familia y el colegio en los tratamientos, además de reducir los costes sanitarios.

Y ello es importante cuando el 24,5% de la juventud de la Comunidad Autónoma del País Vasco presenta un consumo excesivo o de riesgo, el 13,7% de dicha juventud sufre problemas de ansiedad o depresión, y la prevalencia de problemas psicológicos ha aumentado ligeramente entre 2003 y 2016.

Se parte del éxito de un Hospital de Día de adicciones para adultos, la necesidad de ofertar una estructura intermedia como suplemento al seguimiento ambulatorio y un espacio terapéutico que les permita desarrollar sus capacidades ideativas, y dar respuesta a sus momentos de vacío emocional.

Objetivos

1. Conseguir la abstinencia a cualquier sustancia tóxica.
2. Estabilizar la patología psiquiátrica asociada, y potenciar la autonomía personal
3. Adquirir herramientas para la resolución de conflictos en la vida cotidiana, aprender habilidades de comunicación, valorar la salud y adquirir hábitos de higiene, ocio, deporte y lectura
4. Fomentar una adaptación normalizada a nivel escolar
5. Adquirir herramientas para el mantenimiento de la abstinencia

Material y métodos

Los programas de intervención son de promoción y educación para la salud, facilitación de autorresponsabilidad, potenciación de la autoestima, la socialización, la conciencia de sí mismo y el fomento de la implicación familiar.

Asimismo se trabaja el control de los impulsos, la prevención de recaídas, la gestión de las emociones, las habilidades de afrontamiento y el apoyo pedagógico.

Población: Se han tratado un total de 28 pacientes, el 77% varones y el 23% mujeres, la mayoría solo ha finalizado estudios primarios, y el 78% de los mismos había tenido tratamientos psiquiátricos.

Resultados

1. El 90% ha conseguido la estabilización de su patología.
2. El 70% ha mejorado la relación entre iguales
3. El 60% ha retomado los estudios y su vida laboral.
4. El 40% ha reducido de forma importante el consumo
5. El 25% presenta una abstinencia total
6. Las drogas principales de ingreso han sido el cannabis, el alcohol, los estimulantes y los inhalantes, junto al juego

Conclusiones

1. A pesar de las dificultades en la llegada de jóvenes, y el seguimiento continuado en cuanto a horarios y presencia, el número de pacientes ha excedido lo previsto
2. Ha habido una importante mejoría en las relaciones familiares, y la percepción es que la dimensión educativa ha sido más adecuada.
3. Es deseable consolidar la participación de jóvenes en el proceso educativo, insistir en la colaboración/coordiación con las familias y articular el Hospital de día como el lugar de educación y formación de los jóvenes.

SISTEMA AUTOMÁTICO DE EXPLOTACIÓN DE DATOS: ANÁLISIS Y TOMA DE DECISIONES PARA MEJORAR CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

Maria Galisteo Gimenez¹; R Cadena Caballero²; J Sánchez Pérez³; A Sabater Montaner⁴; R Béjar Garrido⁵; M Dalmau Trull⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínic de Barcelona

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El registro de la información relacionada con el cuidado del paciente, conlleva la recopilación de datos que constatan la atención prestada. En un contexto de aumento de la exigencia en relación a la calidad y seguridad de los pacientes, con unos equipos asistenciales cambiantes y la coexistencia de distintos recursos sanitarios dentro de un mismo proceso, se requiere un gran esfuerzo para asegurar el continuo asistencial; es por ello necesario un importante cambio cualitativo en los registros clínicos.

La transformación digital nos ha permitido incorporar conocimiento en los registros, ayudando a los profesionales a prestar la mejor práctica a los pacientes y pudiendo analizar los datos para tomar las mejores decisiones que contribuyan a su seguridad

Objetivos

Desarrollar un instrumento de trabajo vinculado a los registros de la actividad enfermera, que permita identificar los resultados obtenidos para así ayudar en la toma de decisiones y poder mejorar la práctica asistencial, favoreciendo la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente

Material y métodos

Hemos desarrollado una herramienta para la gestión de cuidados (GC), con el software de SAP como core que permite informatizar todos los registros relacionados con el cuidado del paciente de forma estructurada, pudiendo explotar estos datos y evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras (IE). Con una estructura de trabajo definida, sistematizada y ordenada, hemos diseñado y habilitado un sistema de análisis de datos vinculado técnicamente a la herramienta de GC. Esta funcionalidad de análisis automático de datos permite disponer de toda la información relacionada con la actividad asistencial de forma actualizada y con acceso desde cualquier punto informático. Los aspectos clave de este sistema son el análisis cuantitativo de todos los datos recogidos y la posibilidad de poder obtener indicadores específicos, definidos en el cuadro de mando a través de fórmulas establecidas, que permiten integrar diferentes datos para poder obtener un análisis más específico y detallado

Resultados

Actualmente disponemos de un cuadro de mando que da acceso a toda la información de forma ordenada, disponiendo del análisis de datos no únicamente de forma anual sino llevando a cabo comparativas entre diferentes años, pudiendo así conocer la evolución del comportamiento de los indicadores de calidad y seguridad del paciente. Los resultados obtenidos nos permitirán después de su análisis, tomar decisiones para mejorar la calidad de la atención enfermera a los pacientes siempre priorizando su seguridad

Conclusiones

La transformación digital nos ha permitido un cambio en el paradigma de trabajo, centrado en los problemas del paciente y visualizando los resultados de las IE. También ha sido posible una práctica basada en la evidencia con la incorporación de procedimientos normalizados de trabajo, planes de cuidados estandarizados y escalas validadas para valorar y monitorizar al paciente, todo ello incorporado en la herramienta de GC informatizados

IMPACTO SOCIO-SANITARIO DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA DIGITAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

AUTORES

José Miguel Fernández Santos¹.

CENTRO DE TRABAJO

SANDOZ¹.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

En España, la prevalencia estimada de las enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) es de un 6,5 por ciento de la población adulta. Estos pacientes conllevan tanto un elevado uso de recursos asistenciales, como un alto impacto en costes indirectos (falta de adherencia, productividad, cuidadores, etc), cifrándose aproximadamente en unos 12.000 millones de Euros anuales. Las IMID tienen un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.

La evolución tecnológica hacia la digitalización permitiría cambiar el paradigma del cuidado de estos pacientes crónicos, con el triple objetivo de reducir la presión asistencial -tanto en Atención Primaria como en Especializada-, mejorar el uso de los recursos humanos y materiales, y mejorar la calidad de vida de aquellos.

Objetivos

Estimar el ahorro en costes (directos e indirectos) y optimización de recursos desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) y Social; y, medir el impacto en las preferencias y calidad de vida del paciente y cuidadores, al introducir un programa de gestión integral digital dirigido a pacientes con IMID en estadio moderado a grave y que estén bajo prescripción de fármacos biológicos modificadores de la enfermedad (bFAMEs) y compuesto por: dispensación de fármacos a domicilio ("home delivery"), tele-asistencia, programa de formación a enfermería, auto seguimiento y reporte de calidad de vida por parte del paciente, medida de adherencia y cumplimiento terapéutico.

Material y métodos

Comparación de uso de recursos sanitarios y de impacto en productividad (tanto del paciente como de sus cuidadores / acompañantes) de una cohorte histórica de pacientes con IMID y gestión clínica tradicional versus diferentes hipótesis generadas con el grupo de pacientes en el programa. Se han modelizado, tanto determinística como probabilísticamente los costes y uso de recursos del SNS y pérdidas de productividad por individuo y año en cada brazo seguida de una simulación de Montecarlo para encontrar diferencias estadísticamente significativas (IC 95%).

Resultados

En el plano determinístico, para el SNS, el ahorro anual en costes directos por paciente se estimó en 947 Euro, mientras que, añadiendo el punto de vista social, sumando la reducción de pérdidas de productividad/laborales llegó a los 1.875 Euros por individuo. Los mayores impactos se produjeron en la reducción de visitas a Atención Especializada, médicos y enfermería de Atención Primaria (no programadas), y en las horas de trabajo perdidas tanto por el paciente como acompañante (en rangos de entre el 25 y 75%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas en todos los apartados ($p < 0.001$).

Conclusiones

La introducción de programas de digitalización y empoderamiento de pacientes en IMID podría contribuir poderosamente tanto a la sostenibilidad del SNS, como a la mejora de la calidad de vida y conocimiento de la enfermedad en los pacientes y sus cuidadores. La extensión del mismo podría incluso mejorar los resultados preliminares por economías de escala.

DEFINICIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN CUADRO DE MANDO ORIENTADO A LOS RESULTADOS EN SALUD

AUTORES

Jon Letona Aramburu¹; R González Llinares²; ML Ramírez Samaniego³; M Bacigalupe Artacho⁴; L Martínez Rodríguez⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección de Calidad y sistemas de información sanitaria (Dirección General de Osakidetza).

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Diferentes factores hacen que Osakidetza, como otros Sistemas de Salud, se plantee una reflexión y un nuevo planteamiento en la medición de su quehacer y así mismo, de sus Sistemas de Información:

Cambio en el enfoque del servicio de atención. Se ha pasado del valor 'volumen de servicio' (actividad) al valor dado por los pacientes en diferentes condiciones médicas, medicina del valor.

La necesidad de conectar la calidad del servicio con lo que importa a los pacientes: resultados en todo el ciclo de atención.

Ya en el PE Osakidetza 2017-2020 se señala la necesidad de llevar a cabo este cambio y en el Reto Estratégico 1 de Osakidetza se recoge la Atención centrada en la persona y resultados en salud

Dar un paso más en la planificación sanitaria pasando de estar centrada en garantizar la equidad de acceso a una equidad de resultados.

Avance de los Sistemas de Información. Más que un factor causal es una condición necesaria.

Por el creciente interés en la participación de la población de manera informada, en la actividad asistencial y organizativa.

Objetivos

Diseño de un CMC que complemente al actual con indicadores de resultados en torno al concepto "valor salud" respondiendo a los intereses de los pacientes.

Disponer de mecanismos de evaluación rigurosa y transparente que garanticen la equidad de resultados.

Material y métodos

Revisión bibliográfica.

Revisión de nuestros CM para identificar indicadores de resultado.

Formación a los diferentes partes interesadas.

Diseño y puesta en práctica de un CMC de medición de Resultados en Salud a través de un Grupo de trabajo.

Promover el consenso en cada una de estas fases.

- Definir marco de referencia.

- Preguntar a clientes – pacientes, Grupo de expertos en Gestión Avanzada y Expertos en Sistemas de Información

- Selección de indicadores.

- Creación del CMC: Despliegue y comunicación.

Resultados

Realizado taller formativo.

Se concluye que los actuales sistemas de información corporativos recogen indicadores de resultados coincidentes con otros sistemas sanitarios nacionales e internacionales.

Inicialmente se adopta el marco y los indicadores ofrecidos por referencia internacional como es el informe de OCDE 2017. En fases sucesivas se modificará y añadirán nuevas propuestas a este esquema básico.

Proponemos emprender una labor de selección y priorización de nuevos indicadores para renovar la información pública que utiliza la Organización orientándolos a la medición de resultados en salud y promoviendo la transparencia.

Conclusiones

La medición de resultados en salud, permite mejorar la asistencia y la calidad del servicio.

Se prevé una mejora continua desde el punto de vista técnico de los sistemas de Información.

Futuro Inteligencia Artificial+Toma de decisiones instantáneas. Requerirá supervisión humana.
No olvidar lecciones aprendidas:pocos(sintéticos),sencillo (no simple),fiable,preciso,intuitivo:orientado a la toma de decisiones.
Tener en cuenta la máxima:“Dime cómo me mides y te diré cómo me comporto”

MEDICIÓN DE RESULTADOS EN LA FISURA PALATINA: DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA AL VALOR.

AUTORES

Iñigo Tuduri Limousin¹; N Solaetxe Prieto²; A Galbarriatu Gutiérrez³; L Álvarez Martínez⁴; N Pérez-Iñigo Argiñarena⁵; S Castelo Zas⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES, HOSPITAL DE CRUCES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La revolución de la medicina basada en valor es especialmente útil en los casos de cirugías asociadas a una alta tasa de reintervención, de secuelas y de resultados dudosos.

Un paradigma de ello es la cirugía de la fisura labiopalatina, donde los pacientes reciben un mínimo de 3 intervenciones, asociadas todas ellas a secuelas en más del 15% de los casos y cuyos resultados afectan parámetros clave de la socialización, como son la estética facial y la voz. Hace dos años se produjo un relevo generacional en la Unidad de Fisuras Labiopalatinas del HU Cruces, unidad de referencia regional del Cantábrico Oriental, evidenciándose una falta de resultados estructurados. Esta situación llevó al equipo clínico a desarrollar una base de datos para analizar los resultados clínicos. A finales de 2017 se publicó el standard Set de ICHOM para Fisura Labiopalatina, iniciándose a lo largo de 2018 un proceso de adaptación a ellos.

Objetivos

Queremos presentar nuestros resultados evaluándolos desde un punto de vista clínico y el camino desarrollado para evaluar la calidad percibida por el paciente.

Material y métodos

Análisis de la experiencia con la base de datos clínica.

Recorrido realizado para la implantación de los resultados basados en valor. Para ello se realizó:

- Adaptación de sistemas clínicos a las encuestas.
- Grupo focal con padres de niños afectados.
- Desarrollo de nuevos sistemas de información y comunicación con los pacientes.

Resultados

Tras la creación de una base de datos y el inicio de una recogida sistemática de datos se evidenciaron dos puntos débiles, con alta tasa de fracaso quirúrgico: alveoloplastias y colgajos faríngeos.

Se consultó bibliografía y con expertos para detectar áreas de mejora técnica durante los procedimientos.

Tras la aplicación de estas modificaciones, la tasa de fracaso en alveoloplastias se redujo de un 42% en 2016 a un 12.5% entre septiembre de 2017 y junio de 18 (resultados evaluados al año).

Los colgajos faríngeos pre 2017 lograron correcciones parciales de la voz, a partir de septiembre de 2017 se lograron un 75% de mejoras completas de la voz.

Del grupo focal obtuvimos información sobre como percibían la unidad y como era necesario mejorar la imagen de equipo multidisciplinar y crear nuevas informaciones. Se ha desarrollado un minilibro electrónico y una serie de vídeos explicativos.

Conclusiones

La medición de resultados permite mejorar la calidad asistencial.

En patologías de largo recorrido temporal y alta tasa de secuelas, los resultados transmitidos por el paciente permiten priorizar el enfoque asistencial.

Nuestros pacientes y familiares, dado su grado de implicación en la patología necesitan toda la información desde el primer momento y que se realice con nuevas tecnologías.

LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA Y LA GESTIÓN DE RIESGOS DE LOS PACIENTES EN TERAPIA BIOLÓGICA

AUTORES

Itxaso Munarriz Aramendi¹; M IGUAIN LÓPEZ²; A Hernando Uzkudun³; J Belzunegui Otano⁴; A Egüés Dubuc⁵; A Aranguren Redondo⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI DONOSTIALDEA-HOSPITAL DONOSTIA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Dado el creciente uso de las Terapias Biológicas (TB) en el tratamiento de pacientes con enfermedades reumáticas y la importancia de la gestión del riesgo de dichas terapias, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha impulsado el desarrollo de recomendaciones basadas en la mejor evidencia posible. Desde la consulta de Reumatología, se observó que en los pacientes en tratamiento con TB, estas pautas para la monitorización del paciente, no se encontraban debidamente registradas en la Historia Clínica (HC). Ello supone que en ocasiones los pacientes al acudir o ponerse en contacto telefónico con la consulta, presentaban situaciones de riesgo que desconocían.

Objetivos

Gestionar de manera sistemática los riesgos de los pacientes en tratamiento con TB desde la consulta de enfermería de Reumatología.

Con ello se pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con TB, detectando precozmente riesgos y complicaciones y poniendo en marcha las actuaciones oportunas de manera ágil y eficiente.

Material y métodos

Se verificó la situación de los pacientes en tratamiento con TB en activo en lo que se refiere a: aspectos clínicos y comorbilidad, situación analítica, situación inmunológica y cribado de la TBC.

Esta revisión fue realizada por la enfermera de la consulta, en la HC de los pacientes cuyo tratamiento con TB estaba en activo, en colaboración con los médicos reumatólogos y las farmacéuticas responsables del proceso de atención a pacientes externos.

Cuando se encontraron discrepancias entre las recomendaciones desarrolladas por la SER y su seguimiento real, se organizó la monitorización de los pacientes en la consulta de enfermería.

Resultados

El porcentaje de complicaciones relacionadas con la TB de la población de pacientes en tratamiento activo, fue similar al descrito en la literatura: 41 pacientes de los 430 (9,5%) habían sufrido alguna complicación grave, entendiéndose como grave y relacionada con el tratamiento aquella que precisó ingreso hospitalario y/o suspensión del tratamiento.

Las complicaciones de los 41 pacientes se distribuyen en: 32% dermatológicas; 11 pacientes neoplásicas; 5 hematológicas; 4 respiratorias; 3 neurológicas; 3 oftalmológicas y 2 infecciosas.

De los 430 pacientes que componían la población, en 124 no se encontraron debidamente registradas en la HC las pautas para el seguimiento durante el tratamiento o el registro estaba incompleto o no se había realizado el seguimiento recomendado.

Para dar respuesta a la situación de los 124 pacientes, la enfermera de la consulta gestionó la realización de las pruebas necesarias y específicas para garantizar el seguimiento, de acuerdo a las recomendaciones de la SER monitorizó el seguimiento y valoró los resultados de las pruebas, derivando al médico responsable en caso de hallazgos patológicos.

Conclusiones

La consulta de enfermería ha demostrado ser una herramienta eficaz y eficiente para gestionar los riesgos de los pacientes reumáticos sometidos a terapia biológica.

VALORACIÓN DEL INSOMNIO

AUTORES

PATRICIA EXPÓSITO-FERNÁNDEZ¹; C PÉREZ-GONZÁLEZ²; H FERNÁNDEZ-GARCIA³; MJ CEBRAL-MORENO⁴; S PÉREZ-BOVÉ⁵; S ORDOÑEZ-MARTIN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL SOCIOSANITARI FRANCOLÍ

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El insomnio podría definirse como la insatisfacción con la cantidad o la calidad del sueño. Ésto repercute en la calidad de vida de las personas y, si a esto añadimos la hospitalización, se puede alterar aún más el patrón de descanso pudiendo retrasar el proceso de recuperación de la enfermedad y alargando el tiempo de ingreso. Enfermería tiene un papel fundamental en el tratamiento del insomnio y debe velar por el cuidado para favorecer el descanso y la pronta recuperación de la enfermedad,

Objetivos

- Conocer la prevalencia de pacientes con insomnio en nuestro centro.
- Identificar los factores que pueden influir en el insomnio.

Material y métodos

Estudio descriptivo y transversal en pacientes ingresados en el centro durante un mes siendo la muestra de 76 pacientes. Se recogieron datos sociodemográficos, se utilizó la escala Insomnia Severity Index (ISI) y, si ésta era igual o superior a 8, se administró otro cuestionario de respuestas cerradas dicotómicas sobre aspectos de la enfermedad, organización de cuidados, estructura, ambiente, social/familiar, personal y otros.

Resultados

La mayoría de los encontrados fueron hombres. Respecto a la edad, el intervalo modal fue entre 81-90 años. En relación a la aplicación del ISI, el 46.05% de los pacientes entrevistados tenían insomnio. A estos, los factores que más afectaban eran: "Preocupación por su estado de salud" (60%), "Molestias de la enfermedad" (51.42%) y "Dolor" (40%). Los que menos afectaban eran: "Sonido de timbres" y "Ruidos de alarmas" (2.85%). Otro hecho relevante era que el 17.14% tomaban medicación en casa para dormir y en el hospital no la tomaban.

Conclusiones

Enfermería tiene un papel importante en la prevención de los trastornos del sueño. Planificar intervenciones para promover el buen descanso haciendo hincapié en los factores con mayor incidencia. El manejo de las actividades para prevenir las alteraciones en el sueño ayudaría a los profesionales a dar respuesta en esta necesidad y mejorar la calidad asistencial.

ELABORACIÓN DE UN CÓDIGO DE DIETAS HOSPITALARIAS: CÓMO INTENTAR DISMINUIR ESTA “MERIENDA DE NEGROS”

AUTORES

CLAUDIO CONTESSOTTO SPADETTO¹; F GARCÍA CÓRDOBA²; MC JIMÉNEZ GARCÍA³; N MOLINA SÁNCHEZ⁴;
A PÉREZ AVILÉS⁵; M SÁNCHEZ LÓPEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

La prescripción de una alimentación adecuada es una parte esencial del tratamiento de los pacientes hospitalizados, dado que un buen estado nutricional contribuye a acortar la estancia, facilita la recuperación e incrementa su grado de bienestar. Las dietas hospitalarias constituyen un gran reto para los costes y la logística del hospital, a la vez que son un elemento fundamental de valoración de los servicios recibidos por el paciente. Las encuestas de calidad percibida de nuestra institución muestran tradicionalmente una valoración mejorable en los ítems relacionados con la alimentación.

Objetivos

Actualizar y normalizar los planes mediante los cuales se seleccionan, prescriben y administran los alimentos más adecuados a los pacientes ingresados en un hospital de segundo nivel, adaptados a las necesidades del usuario y características del centro, mediante la elaboración de un Código de Dietas.

Material y métodos

En el marco de actuación de la Comisión de Dietética y Nutrición, se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar para elaborar un manual de alimentación y dietoterapia hospitalaria, acorde a los conocimientos científicos y criterios organizativos actuales, y lo más próximo posible a los requerimientos culturales, nutricionales, étnicos y personales de los pacientes.

Se estudia la situación previa de las dietas hospitalarias, analizando la adecuación de las indicaciones, aportes nutricionales, inocuidad y aceptabilidad de cada una ellas en relación a la evidencia actual. Al final del segundo semestre de 2018, tras varias reuniones operativas del grupo, se consensua la denominación genérica y se definen las características nutricionales, de aplicación y utilización de las dietas que deberán estar presentes en el hospital.

Resultados

En fase pre-intervención, se identifican 33 tipos principales de dietas hospitalarias, la mayoría de ellas recogidas en los pliegos de especificaciones técnicas de la empresa adjudicataria del servicio de catering, y otras en diferentes ámbitos y soportes del centro (formato de papel, electrónico, etc.). Tras excluir del catálogo las dietas obsoletas (ej. antidumping), las escasamente definidas (ej. cardiosaludable) y aquellas raramente aplicadas en la patología atendida en el centro, se seleccionan 20 dietas terapéuticas hospitalarias, que se codifican y clasifican en 7 grupos: basal sin/con modificación de textura, de transición, controladas en energía, astringentes, modificadas en residuos, modificadas en nutrientes y bajas en bacterias. Por último, se definen las indicaciones, características y eventos de cada una de ellas, y se redactan los nuevos pliegos a negociar con el catering al finalizar los contratos vigentes.

Conclusiones

Tras 6 meses de aplicación del nuevo código de dietas ya se constata un impacto significativo en la difusión del conocimiento de estos temas entre los profesionales, así como en el funcionamiento de los circuitos de gestión de las dietas terapéuticas en el hospital, con el consiguiente beneficio económico que ello conlleva.

MODELO DE MARKOV PARA ESTIMAR LA RELACION COSTE- EFECTIVIDAD DE UN NUEVO PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR

AUTORES

RAQUEL COBOS-CAMPOS¹; G ORIVE-ARROYO²; J MAR-MEDINA³; A APIÑÁNIZ-FERNÁNDEZ DE LARRINO⁴; A SÁENZ DE LAFUENTE-MORÍNIGO⁵; N PARRAZA-DÍEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

BIOARABA¹; UPV²; OSI Organización Alto Deba³; OSI ARABA⁴; BIOARABA⁵; BIOARABA⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El tabaco es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas y mortalidad. En España según la XII Encuesta sobre alcohol y otras drogas (EDADES) el 34% de la población de 15 a 64 años reconoce haber fumado diariamente en el último mes, cifra que ha aumentado con respecto a las anteriores encuestas (2011, 2013, 2015). La morbilidad ocasionada por el tabaquismo genera un incremento del coste sanitario, según el estudio SEPAR, el coste sanitario anual de los fumadores es 864,64 euros, frente a los 474,71 euros de los no fumadores. El consejo sanitario es una de las intervenciones más coste-efectivas en el tratamiento del tabaquismo, sin embargo los cambios promovidos no perduran mucho tiempo, por lo que es necesario establecer mecanismos de refuerzo, entre los que se encuentran las TICS. En un ensayo clínico previo realizado por nuestro grupo de investigación para evaluar la efectividad del envío de mensajes de texto como herramienta adyuvante al consejo motivacional para aumentar las tasas de abandono del tabaco, el 16,25% de los pacientes del programa combinado dejaron de fumar a los 12 meses del inicio, frente al 5,6% de los pacientes que recibieron solo consejo motivacional. Ante estos resultados podría plantearse su transferencia a la clínica, pero para ello antes hay que realizar un estudio coste efectividad.

Objetivos

Calcular la razón coste efectividad incremental (RCEI) del programa combinado para dejar de fumar (consejo motivacional + refuerzo mediante envío de mensajes motivacionales al móvil del paciente).

Material y métodos

Se ha construido un modelo de Markov con tres estados de salud mutuamente excluyentes (fumador, no fumador y muerte) para simular el proceso de deshabituación tabáquica de una cohorte hipotética de 1000 pacientes fumadores de 16 años o más, hasta el final de la vida. Todos los pacientes comienzan el modelo en el estado de salud "FUMADOR" pudiendo dejar de fumar, seguir fumando o morir en el primer ciclo. A partir del segundo ciclo, los pacientes pueden seguir sin fumar, seguir fumando, recaer o morir. En cada ciclo se asumió que fumadores y no fumadores podían desarrollar varias enfermedades asociadas al tabaquismo, cuya probabilidad aumentaba con la edad, siendo diferente para fumadores y no fumadores, y sexo. Se siguió la perspectiva de la sociedad. El horizonte temporal utilizado ha sido toda la vía del paciente. Se calculan los AVACs (años de vida ajustados por calidad)/paciente. Modelo separado para hombres y mujeres.

Resultados

El envío de mensajes de texto como herramienta adyuvante supone una ganancia de 0,26 y 0,23 7 AVACs por exfumador en hombres y mujeres respectivamente.

La RCEI fue -17348 euros/AVAC y -18576 euros/mujeres respectivamente. El programa es una alternativa dominante.

Conclusiones

Por cada individuo que deja de fumar, hay un ahorro para el sistema sanitario de 17348 euros y de 18576 euros para hombres y mujeres respectivamente.

La transferencia a la práctica clínica está justificado a nivel de costes y efectividad.

LA TECNOLOGÍA COMO FACILITADORA DE LA ATENCIÓN BASADA EN EL VALOR

AUTORES

MIQUEL LLOVER TÉLLEZ¹; Y COSSIO GIL²; E AURÍN PARDO³; C WATSON⁴; J FÀBREGAS SOLÉ⁵; M HERNÁNDEZ MASIP⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

TIPO: ORAL "LO QUE NO TE PUEDES PERDER"

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El modelo de gestión sanitaria de atención basada en el valor (VBHC) propone una convergencia de los intereses de diferentes actores implicados en el cuidado del paciente hacia mismo objetivo: alcanzar los mejores resultados importantes para el paciente.

Un importante reto para los sistemas de información es cómo gestionar la recogida de datos clínicos, administrativos y aquellos que deben ser autoreportados directamente por el mismo paciente, conocidos como PROs (Patient Reported Outcomes).

Objetivos

La Unidad de Gestión de la Información que lidera la implementación de resultados de valor en Vall d'Hebron se propuso:

- Desarrollar una plataforma propia para la obtención de PROs integrada con los sistemas de información del hospital.
- Creación de un informe único integrado en Historia Clínica Informatizada en que se combinen PROs con otros datos relevantes del set de resultados por condición clínica.

Material y métodos

Se decidió basar la nueva herramienta sobre una plataforma BPMS (Business Process Model Suite). Esto facilitaría la modelización, ejecución, monitorización y optimización del proceso de interacción con el paciente. Se definieron distintas tareas del pathway: planificación del envío de cuestionarios a través del correo electrónico, cambios de estado del paciente, gestión de la caducidad de las encuestas e interoperabilidad con los sistemas de información mediante mensajería HL7.

Se utilizó la plataforma Limesurvey para la creación y gestión de los cuestionarios, así como para la cumplimentación de estos por parte del paciente en formato web responsive (ordenador, tablet, smartphone).

Para la definición del informe integrado se analizó una consulta tipo, se solicitó al equipo clínico que expresaran sus requisitos y se realizó una primera propuesta que fue revisada conjuntamente para obtener la versión definitiva.

Resultados

Se dispone de la plataforma ValuePro para definir e instanciar de forma ágil la recogida de PROs. Tras tres meses de implementación, se han incluido en el sistema los pathways de Ictus (784 casos) y Cáncer de próstata localizado (30 casos). Actualmente se está trabajando en los pathways de Cefalea, Fisura palatina y Cáncer de mama.

La nueva plataforma automatiza la generación de casos a partir de los eventos producidos en los sistemas de información como los ingresos o las altas, y facilita el seguimiento de cada uno de los casos.

Se consensó con el equipo clínico la confección de un informe individual que integrara datos administrativos, resultados clínicos y PROs para su uso en el seguimiento del paciente, y a su vez, la creación de un informe agregado, que constituye el cuadro de mandos de los servicios implicados en el cuidado de los pacientes.

Conclusiones

El desarrollo de una herramienta de recogida de PROs y el diseño de un informe consensado facilita la integración de estos en la práctica clínica. Los resultados sugieren que la tecnología facilita la implementación de la atención basada en el valor.

TAQUIARRITMIAS CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA: ¿PODEMOS MEJORAR SU ATENCIÓN EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA?

AUTORES

Eva Hidalgo González¹; JJ Fernández Domínguez²; MJ De Marcos Ubero³; S Castro Fernández⁴; C Sánchez Lapeña⁵; A Colomer Rosas⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Las taquiarritmias con inestabilidad hemodinámica (TaqIH) son un problema prevalente en las urgencias extrahospitalarias, siendo primordial conocer las características clínicas de los pacientes que las presentan para instaurar con mayor celeridad el tratamiento adecuado. Conocer las formas clínicas más frecuentes de presentación de las TaqIH facilita su detección y envío de un recurso avanzado que pueda instaurar de forma precoz e in situ el tratamiento de elección, mejorando el pronóstico y la calidad de atención.

Objetivos

Conocer las manifestaciones clínicas, tipo de pacientes y comorbilidades más frecuentes de los pacientes que presentan una TaqIH y determinar el tipo de taquiarritmias causante de la inestabilidad para mejorar la identificación y precoz atención en un servicio de urgencia extrahospitalaria (SUE).

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Revisión de historias clínicas (HHCC) de 2016 a 2018. que cumplen requisitos: al menos 2 codificaciones diagnósticas: Cardiovascular: las taquiarritmias (Taq) del CIE-9 MC, y códigos relacionados con inestabilidad hemodinámica (consenso).

Muestra aleatoria simple de HHCC que cumplen requisitos: 604 pacientes. Ámbito de estudio: SUE.

Variables: Manifestación clínica de la inestabilidad (MCI), edad, sexo, antecedentes de riesgo cardiovascular (FRCV), antecedente de arritmia previa, antecedente de cardiopatía previa, tipo de Taq.

Resultados

604 casos: 54,3% varones y el 45,7% mujeres.

El 64,86% de hombres y el 83,5% de las mujeres eran mayores de 71 años.

FRCV: HTA 82,12%, Dislipemia 44,87% y Diabetes 28,48%.

El 39,4% de los pacientes padecían una cardiopatía (C): C. Isquémica 27,2%, Insuficiencia Cardíaca Congestiva 25,2%, C: Valvular 12,9% y C: Hipertensiva 20,5%.

Un 29,47% había presentado previamente una Taq. Un 20,3% una fibrilación auricular (FA) paroxística, un 2,4% una FA permanente, un 6,13% un flutter auricular, un 4,47% una Taq supraventricular y un 2,3% habían tenido un episodio de taquicardia ventricular.

Tipos de TaqIH: FA 62,08%, Flutter auricular 12,58%, Taq supraventricular 14,90% y Taq ventricular 10,20%.

Las MCI más frecuentes fueron disnea 41,5%, ángor 41,3%, insuficiencia cardíaca 24,50%, edema agudo de pulmón 16,3%, dolor precordial 45,2%, mareo 42,72%, síncope 33,44%.

Conclusiones

La inestabilidad clínica se manifestó fundamentalmente como: dolor torácico isquémico, mareo o síncope y, disnea con/sin insuficiencia cardíaca. Un tercio presentó clínica mixta con 3 o más manifestaciones de inestabilidad.

Más de dos tercios eran mayores de 70 años con una proporción similar entre hombres y mujeres, La cardiopatía isquémica y la FA paroxística fueron la cardiopatía y arritmia previa que con más frecuencia habían presentado.

Ante mayores de 70 años con cualquiera de los tres síntomas arriba descritos hay que sospechar una TaqIH siendo clave su identificación precoz para optimizar el tiempo de cardioversión y el pronóstico. Se propone como mejora la inclusión de este perfil como trigger tool.

PROGRAMA DE BUENAS PRÁCTICAS EN UN SERVICIO DE SALUD. IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS

AUTORES

MARIA VICTORIA ALVAREZ RABANAL¹; Y LLAMAS NISTAL²; P PEREZ CAYUELA³; C SANCHEZ FUENTES⁴; B VÁZQUEZ QUIROGA⁵; M VELASCO GALAN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El impulso de políticas de salud basadas en las mejores prácticas y su identificación en planes, programas e intervenciones en salud, así como su difusión al personal de los servicios sanitarios, son criterios de calidad consolidados a nivel internacional para fomentar la equidad en los sistemas sanitarios.

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad, presidida por el objetivo de la calidad del SNS a lo largo de su articulado, dedica específicamente el capítulo VI al principio de la mejora de la calidad del sistema sanitario, que debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas, concretando los elementos que configuran la denominada infraestructura de la calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos.

En este marco general se sitúa el programa del Servicio madrileño de Salud (SERMAS), para la identificación, difusión e implantación de Buenas Prácticas (BBPP), contribuyendo mediante el intercambio de experiencias y la transferencia de conocimiento entre profesionales, a la sostenibilidad del sistema

Objetivos

El objetivo final del programa es la implantación de BBPP en el ámbito del SERMAS

Material y métodos

El programa se ha desarrollado de acuerdo a las siguientes fases:

- Búsqueda activa de buenas prácticas: un profesional propone un caso de éxito.
- Difusión del caso de buenas prácticas: se presenta en sesión clínica multicentro (SCM)
- Implantación del caso de buenas prácticas: los profesionales interesados aplican la buena práctica a pacientes candidatos con la tutela del ponente a través de la Comunidad Virtual de Profesionales (CVP).
- Seguimiento: durante los 12 meses posteriores a la intervención, se mide la evolución de los indicadores clave definidos por los responsables de cada Buena Práctica.

Resultados

El programa se inició en enero de 2017 y se desarrolla con carácter mensual, de septiembre a junio.

Actividad y valoración

- En el periodo de enero de 2017 a junio de 2019, se han implantado 24 casos de BBPP, con una participación total de 17.592 profesionales en las SCM. La valoración promedio de las sesiones por los profesionales fue de 4,3 (en puntuación de 1 a 5).
- En este periodo se ha adherido un total de 3.225 profesionales a las CVP que han aplicado las buenas prácticas a 1.220 pacientes candidatos con ayuda de los tutores de la comunidad. La valoración promedio de las CVP ha sido de 4,2.
- Adicionalmente, 6 de las BBPP se han abierto a los ciudadanos a través de herramientas de comunicación social de la organización.

El detalle se muestra en la tabla 1.

Evaluación

A los 12 meses del inicio, se evaluaron los resultados de cada intervención en términos de modificación de la práctica clínica y de costes directos evitados. Los resultados se muestran en la figura 1.

Conclusiones

El análisis de los resultados refleja la buena aceptación del programa por parte de los profesionales y su implantación en la práctica habitual.

BUENAS PRÁCTICAS EN EL RECAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMÍA CON BALÓN. INTERVENCIÓN Y RESULTADOS

AUTORES

ANA TORDABLE RAMIREZ¹; M MONLEON JUST²; S CORONADO ESCUDERO³; JL SANCHEZ SUAREZ⁴; MV ALVAREZ RABANAL⁵.

CENTRO DE TRABAJO

SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

El recambio de la sonda en pacientes portadores de sonda PEG, siempre y cuando este cambio no sea el primero desde la inserción de la misma, presenta una serie de ventajas cuando se realiza en el centro de salud o en el domicilio: –Disminución de los desplazamientos de pacientes frágiles. –Disminución de los costes, tanto de transporte como los derivados de la hospitalización.

Objetivos

El objetivo principal del programa es aumentar el número de procedimientos de recambio de sonda PEG en el medio extrahospitalario, evitando la derivación de los pacientes a los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

Material y métodos

La intervención se ha desarrollado de acuerdo a la metodología de implantación de Buenas Prácticas del Servicio Madrileño de Salud: Dos profesionales lideran el caso de Buenas Prácticas : Cuidados del paciente portador de sonda de gastrostomía

- El caso de Buenas Prácticas se presenta en Sesión Clínica Multicentro (SCM). Todos los profesionales sanitarios y los residentes en periodo de formación están convocados a esta sesión.
- Los profesionales interesados aplican la buena práctica a pacientes candidatos con la ayuda de las tutoras, a través de la Comunidad Virtual de Profesionales (CVP).
- Las tutoras utilizan las herramientas de comunicación social de la organización para vincular a los ciudadanos a la buena práctica.
- Durante los 12 meses posteriores a la intervención, se mide la evolución de los indicadores clave definidos por las responsables la Buena Práctica: Cambios de sonda realizados en el medio extrahospitalario y costes directos evitados.

Resultados

Actividad y valoración – La SCM sobre “Cuidados del paciente con sonda de gastrostomía” fue seguida por 145 centros de salud y 6 hospitales, con una participación total de 922 profesionales. La valoración promedio de la sesión por los profesionales fue de 4,7 (en puntuación de 1 a 5). – El tutorial de Educación para la Salud sobre sonda de gastrostomía se difundió a través de la Escuela de pacientes (<https://escueladesalud.comunidad.madrid>) y de herramientas de comunicación social corporativa (@saludmadrid) – En los tres meses posteriores a la SCM, 407 profesionales se han adherido a la CVP y se ha realizado el recambio de la sonda en 26 pacientes con la tutela de las ponentes. La valoración promedio del campus virtual por los profesionales ha sido de 4,2 (en puntuación de 1 a 5).

Evaluación
A los tres meses del inicio, se han evaluado los resultados de la intervención en términos de modificación de la práctica clínica y de costes directos evitados. Los resultados se muestran en la figura 1.

Conclusiones

El análisis de los resultados refleja la buena aceptación de la buena práctica por parte de los profesionales y su implantación en la práctica habitual. Los costes directos evitados, en particular aquellos relacionados con el uso eficiente del transporte sanitario, aconsejan continuar con la implantación de la buena práctica y escalarla a todos los equipos de atención primaria del servicio de salud.

DETECCIÓN DE PROBLEMAS OCULARES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE RETINOGRAFIA NO MIDRIÁTICA

AUTORES

Natalia Rilla Villar¹; N Ron Martínez²; M Fernández-Fernández³; H Rivaya-Zayas⁴; M Gallinar-De la Riva⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital del Oriente de Asturias.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: a. Resultados en Salud

RESUMEN

Justificación

Las 3 causas más frecuentes de ceguera en el mundo occidental son la RD (primera en pacientes en edad laboral), el glaucoma (segunda y la más fácil de prevenir) y la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE).

Las 2 primeras pueden evolucionar durante años sin que el paciente se de cuenta de que está perdiendo la visión. Tienen tratamiento, pero para ello es indispensable el diagnóstico precoz.

La prevalencia de diabetes en Asturias en 2018 fue del 8,5% y se estima que el 35% tienen algún grado de retinopatía.

La prevalencia del glaucoma crónico es del 1%. El 2% en mayores de 40 años y del 3-4% por encima de los 70.

Objetivos

Detección precoz y seguimiento de la retinopatía diabética (RD) en una Zona Especial de Salud (ZES) mediante retinografía no midriática (RNM).

Aprovechando la incorporación de la RNM en AP para el Programa de cribado de RD en diabéticos, detección de otros problemas oculares en población no diana.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

El Centro de Salud se equipó con un retinógrafo no midriático TOPCON, un ordenador con acceso al programa informático del retinógrafo, a la historia clínica informatizada y conectado con el hospital, un tonómetro de aplanación, un optotipo y un agujero estenopeico. Profesionales: médico de familia, enfermero y auxiliar administrativa; oftalmólogos y enfermería del S. Oftalmología del Hospital e informáticos. Primero se captó a los pacientes diabéticos, pero en una segunda fase se realizaron retinografías a todos los pacientes que acudían a la consulta. La interpretación fue realizada por el médico de AP que, ante sospecha, solicitaba la opinión del oftalmólogo.

Resultados

Se estudiaron 123 pacientes. Hubo 6 pérdidas no valorables por mala calidad de imagen. En 54 pacientes no se encontró patología oftálmica, (43,9%).

En el 56,1%, se encontró algún tipo de anomalía ocular: RD en 5 pacientes (4 hemorragias, 2 exudados y 1 edema macular), Excavación papilar aumentada en 20 pac., Retinopatía hipertensiva en 29 pac. (alteraciones de la relación de calibre arteria/vena: 10, cruces arteriovenosos: 23 y hemorragias: 4); Drusas en 9 pac.; DMAE en 3 pac.; Nevus coroideos en 9 pac.; Facoescclerosis / Catarata en 12 pacientes y Otras patologías en 7 pac.: membrana epirretiniana (MER) en 2 pac., Melanoma de Coroides en 1 pac., Metástasis coroidea de carcinoma de mama en 1 pac, Amsler patológico en 2 pac. y empeoramiento con el estenopeico en 1 pac.

Conclusiones

La RNM realizada en AP facilita el diagnóstico precoz, seguimiento, tratamiento y control adecuados de problemas oculares, entre los que está la RD, el glaucoma y la DMAE; optimizando la continuidad asistencial con el hospital de referencia mediante medidas consensuadas de coordinación para su abordaje. El cribado y detección precoz de problemas oculares en la población mediante RNM es factible en los centros de salud cuando se dispone de los recursos necesarios, de la motivación de los profesionales implicados en ambos niveles asistenciales y del compromiso directivo.

HOSPITAL DE CAMPAÑA

AUTORES

Marta Morales Argimón¹; M Blanco Rodríguez²; A Cruz Oliveras³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari Sagrat Cor.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

El proyecto deriva de la iniciativa de apertura del claustro de la Parroquia Santa Ana a personas sin hogar. Constatadas las necesidades sanitarias de esta población se pide la ayuda del Hospital Universitario Sagrat Cor (HUSC) que pone en marcha su metodología hospitalaria y su capacidad de llamada de voluntarios, para desarrollar un dispositivo de selección y atención especializada (enfermería, medicina interna, psiquiatría, podología, odontología, oftalmología, dermatología, ginecología) del 18 al 24 de febrero de 2019

Objetivos

El análisis de las necesidades detectadas plantea:

- A) establecimiento en el claustro de Santa Ana de un programa asistencial de carácter hospitalario con atención especializada para personas que están en la calle y soporte de equipos de primera línea, durante 2 días y 1 vez al año durante 5 días. Dispositivo multidisciplinar, siguiendo el modelo de la primera actuación: medicina, enfermería, podología, psiquiatría, ginecología, oftalmología, odontología y dermatología.
- B) colaboración HUSC-Parroquia Santa Ana para preparar y optimizar más actuaciones anuales.
- C) seguir desarrollando el mapa de necesidades de la población sin domicilio o indocumentada, sustentada en la colaboración de organizaciones sin ánimo de lucro y un centro hospitalario con la colaboración voluntaria de sus profesionales.
- D) determinar y establecer protocolos de actuación que hagan posible la replicación a otros centros de salud.

Material y métodos

Equipos de calle y de enlace Parroquia Santa Ana-HUSC que pongan en contacto a las personas que están en la calle con el Hospital de Campaña.

El espacio destinado a las consultas se organiza siguiendo el circuito hospitalario habitual: zona de recepción y triaje, se valora la necesidad de los pacientes y se elabora la historia clínica, zona de atención y diagnóstico, y espacio de curas

Resultados

En 7 días de Hospital de Campaña se realizaron 312 visitas, hechas a 163 personas diferentes, de las cuales 17 tuvieron que ser derivadas al Hospital.

Se realizaron 15 visitas en Dermatología, 4 en Ginecología, 28 en Odontología, 58 en Podología, 166 en Medicina, 27 en Psiquiatría/psicología y 14 en Oftalmología.

Un 25 (15%) de las personas atendidas fueron mujeres, en situación de elevada marginalidad.

Conclusiones

Tras valoración de los resultados se planifican de nuevas acciones: Seguimiento de la campaña mediante atención de Medicina Interna y Enfermería, personal de apoyo (residentes del centro y voluntarios senior). Se mantendrá disponible según las necesidades el apoyo de las consultas de las especialidades comentadas.

Se acuerda realizar 4 nuevas acciones al año (3 de 2 días y 1 de 5 días) que permiten dar apoyo especializado (podología, psiquiatría, ginecología, oftalmología, odontología) a las personas que lo requieran y a los equipos de sanitarios que ya están funcionando en la atención sanitaria de primera línea y que no cuentan con estas prestaciones.

PROYECTO “COAGULÍN”: RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA Y HUMANIZACIÓN TRAS UN AÑO DESDE SU IMPLANTACIÓN

AUTORES

RAFAEL MARTOS MARTÍNEZ¹; M YUSTE PLATERO²; E GONZALEZ ARIAS³; P LLAMAS SILLERO⁴; L RUBIO CIRILO⁵; L ALFARO CADENAS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

El proyecto “Coagulín”, anticoagulación oral en niños a través de aplicaciones informáticas, comenzó hace 1 año con el objetivo de mejorar el seguimiento de la enfermedad y evitar el deterioro en la calidad de vida, humanizando la actividad asistencial y promoviendo un eficiente manejo de recursos sanitarios

Objetivos

Conocer mediante encuestas validadas de calidad de vida, el grado de satisfacción con el proyecto, los beneficios percibidos y los posibles aspectos a mejorar del programa tras un año de implantación

Material y métodos

Durante mayo/19, se recogieron encuestas anónimas a los padres. Los ítems analizados fueron: humanización (satisfacción con la inclusión en el programa, valoración de la conciliación familiar y calidad de vida percibida en función de no pérdidas de días de colegio/trabajo y no desplazamientos al centro sanitario). En calidad asistencial se evaluó: controles en rango, complicaciones urgentes, facilidad de contacto con médico/enfermera para resolución de problemas, fiabilidad de los autocontroles, satisfacción con la aplicación informática y accesibilidad al material. Se dejaron 2 ítems con texto libre, para exponer los motivos de recomendación del proyecto a otras familias y aspectos de mejora del programa, de seguimiento y de atención por parte del personal sanitario

Resultados

Completadas 17 encuestas (17 niños del programa). En concepto de humanización:98% están “muy satisfechos” con el programa, destacando el tiempo ganado por sus hijos para otras actividades y por evitar desplazamientos.100% consideran que su vida ha mejorado favoreciendo la conciliación familiar. Todos se consideran bien informados del funcionamiento del programa. Estos datos fueron contrastados con encuestas de experiencia de pacientes con NPS por encima de la media. Resultados calidad asistencial:93% de controles en rango, sin registrar ninguna visita a urgencias. Todas las dudas (técnicas/clínicas) se resolvieron vía telefónica (82%) o mail (18%), sin necesidad de acudir al hospital. No hubo quejas con la fiabilidad de los controles, con los aparatos o con el programa informático. Todos recomiendan el programa y destacan la autonomía y responsabilidad que ganan los niños con relación al conocimiento de su enfermedad. Aspectos a mejorar:56% sugieren falta de publicidad para hacerlo accesible a familias en la misma situación

Conclusiones

“Proyecto Coagulín” es un proyecto innovador, que une tecnología y asistencia sanitaria. Prioriza la calidad de vida, humanizando procesos médicos y un eficiente manejo de recursos. Tras un año de implantación, los resultados demuestran alto grado de satisfacción con el programa, con controles fiables y sin complicaciones relevantes. La mejoría percibida en la conciliación familiar, el hacer partícipe y responsabilizar al niño del tratamiento y el crear seguimiento más estrecho y humano con su médico/enfermera son los ítems mejor valorados. Una mayor difusión en medios para dar a conocer el proyecto será la base sobre las que seguir trabajando para mejorar “Coagulín”

PROYECTO 'DOLOR ZERO': PACIENTES QUIRÚRGICOS DE TRAUMATOLOGÍA.

AUTORES

JOSÉ LUÍS GRACIA MARTÍNEZ¹; A RODRIGUEZ OYAGA²; B CAÑETE TORTAJADA³; L RUBIO CIRILO⁴; L ALFARO CADENAS⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Según el médico español Fernando Cerveró, “el alivio del dolor, a través del estudio y desarrollo de nuevas y mejores terapias, es probablemente la actividad más ineludible que el personal sanitario debe realizar”. Uno de los objetivos del Comité de Atención al Dolor es el de la identificación de áreas de mejora en la prevención del dolor, prescripción adecuada, tratamiento realizado, en nuestros pacientes del Hospital. En octubre de 2018 se propuso preguntar a los pacientes intervenidos quirúrgicamente por CMA por el Servicio de Traumatología acerca de la información que se les había proporcionado sobre su intervención, si les habían indicado si iban o no a tener dolor, sobre el dolor percibido durante su ingreso y desde el alta hospitalaria hasta su llegada al Servicio de Rehabilitación, éste último como punto de recogida de la información.

Objetivos

Conocer a través de los pacientes su percepción sobre nuestro comportamiento con su dolor desde la planificación de su cirugía hasta su llegada al Servicio de Rehabilitación, para mejorar todo lo relacionado con la prescripción, el tratamiento del dolor, protocolos establecidos, ... con la finalidad de identificar áreas de mejora en las diferentes partes del proceso.

Material y métodos

Encuesta realizada por el Servicio de Rehabilitación y aprobada por el Comité de Atención al Dolor, dirigida pacientes de Traumatología que han sido intervenidos en el Hospital General de Villalba en el período noviembre 2018 a marzo 2019. La encuesta incorpora todas las partes del proceso, desde la planificación de la intervención quirúrgica, pasando por su ingreso, desde el ingreso hasta el alta a domicilio y posterior llegada a Rehabilitación, donde se les traslada la encuesta tanto en consulta de Rehabilitador, como al finalizar su tratamiento de fisioterapia.

Resultados

El estudio incorpora 78 pacientes quirúrgicos de Traumatología en donde 50 de ellos refirieron haber recibido información suficiente acerca de su intervención quirúrgica y si ésta les supondría tener dolor, 14 de ellos refirieron dolor elevado y continuado durante todo su ingreso y 33 de ellos manifestaron un dolor entre 6-10. Al alta, 39 refirieron disponer de prescripción de medicación para el dolor y 40 indicaron no haber tenido dolor o solo en pocas ocasiones en su domicilio. A su llegada al Servicio de Rehabilitación, 11 no habían retirado la medicación prescrita por continuar con mucho dolor y 26 refirieron llegar con dolor porque habían retirado la medicación.

Conclusiones

Continuamos con el estudio pero, como puede evidenciarse en los datos, el margen de mejora es importante y debemos seguir trabajando en el dolor, durante todas sus fases del proceso asistencial. La información al paciente es fundamental, el explicarle que debe tomar la analgesia que se le prescriba, debemos continuar evaluando el dolor sistemáticamente y educar a los pacientes a decirlo sin miedo cuando les duele, mejorar la prescripción de analgesia según cirugías y enviar al paciente a casa sin miedo de tener dolor.

SATISFACCION DE PACIENTES EN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACION

AUTORES

ANTONIO DE BLAS DE BLAS¹; D SANTANO GARCIA²; M BACIGALUPE ARTACHO³; B GOMEZ BRAVO⁴; S RESINO SANTAMARIA⁵; R ROCA CASTRO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

DIRECCION GENERAL DE OSAKIDETZA¹; DIRECCION GENERAL DE OSAKIDETZA²; DIRECCION GENERAL DE OSAKIDETZA³;
DIRECCION GENERAL DE OSAKIDETZA⁴; DIRECCION GENERAL DE OSAKIDETZA⁵; CONSEJO SANITARIO⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Dentro de la política de mejora de la calidad del servicio que presta a sus pacientes, Osakidetza decide llevar a cabo el Estudio de Satisfacción del Servicio de Telemonitorización.

Objetivos

Como objetivo principal, el estudio pretende medir la calidad que perciben del servicio de soporte técnico los Pacientes de Osakidetza de Insuficiencia Cardíaca (TeleIC) e Insuficiencia Pulmonar (TELEPOC).

Material y métodos

Se utilizará la entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI). Se ha realizado un muestreo censal. En la base de datos de pacientes constaban un total de 306 pacientes, de los cuales 252 pertenecen al Programa TELEPOCy 54 al Programa TeleIC.

Cuestionario semiestructurado. El trabajo de campo se realizó del 29 de octubre al 13 de noviembre de 2018. Se ha garantizado el absoluto anonimato de las respuestas de los entrevistados. Hemos realizado una encuestación censal, dirigida a la totalidad de la base de datos. Para ello, hemos intentado contactar con la totalidad de pacientes hasta en un máximo de 3 ocasiones, en diferentes días y distintos momentos del día. De los 306 registros que constaban en la base de datos se han obtenido un total de 233 entrevistas válidas. En el Programa de TELEPOC se obtuvieron 196 entrevistas, lo que supone un 77,8% de éxito y en el Programa de TeleIC se alcanzaron un total de 37 entrevistas, un 68,5% del universo.

Resultados

El análisis de las diferentes áreas que conforman el servicio de Telemonitorización que reciben los pacientes de Araba y Bizkaia arroja las siguientes conclusiones:

- En lo que respecta al personal que realizó la entrega de los equipos, las valoraciones emitidas sobre los diferentes aspectos evaluados rozan la excelencia (9,4/9,5 sobre 10), con un margen muy bajo de variabilidad. Indicar que el punto estrella es el Trato del Personal.
- Dentro de este alto nivel de calidad, apuntar que el atributo que más se resiente es la Puntualidad (9,06) entre los pacientes de TeleIC.
- Desde un punto de vista global, los pacientes de ambos Programas conceden valoraciones sobresalientes a los diferentes equipos que utilizan. En el caso de TeleIC destacan sobre todo el Pulsioxímetro y la Tablet (ambos con 9,36); mientras que en TELEPOC se resalta la Tablet (9,38).
- Si bien, hay un consenso generalizado de que en ciertos casos el funcionamiento de los equipos no es el correcto, reflejándose en las valoraciones, principalmente del Tensiómetro (TeleIC: 8,69, TELEPOC: 8,89).
- En general, un 20,6% los usuarios de Telemonitorización declaran haber tenido alguna incidencia con sus equipos (elevándose al 37,8% en el caso de TeleIC). Al margen de estos resultados, aquellos que han tenido algún problema muestran su elevada satisfacción con la resolución del mismo.

Conclusiones

La conclusión global es que a pesar de la elevada edad de los pacientes incluidos en estos programas de Telemonitorización, los aspectos técnicos del servicio funcionan adecuadamente y están bien adaptados al perfil de los usuarios.

USUARIOS SATISFECHOS Y PROFESIONALES QUEMADOS. EVALUANDO LA SATISFACCIÓN EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL.

AUTORES

FRANCISCO JAVIER SANZ FUENTENEbro¹; JC Vázquez Caubet².

CENTRO DE TRABAJO

CENTRO DE SALUD MENTAL DE USERA, H 12 OCTUBRE¹; Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE).².

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La satisfacción percibida por los usuarios se considera un valioso indicador de la calidad asistencial ofrecida desde los Centros de Salud Mental (CSM). La satisfacción de los propios profesionales, sin embargo, se evalúa con menos frecuencia a pesar de su posible influencia sobre dicha calidad asistencial. Ambos elementos deben ser considerados a la hora de evaluar de forma global el funcionamiento de un dispositivo de la red de salud mental. Consideramos de especial importancia la evaluación de riesgos psicosociales en los trabajadores de salud mental por su metodología de trabajo y el tipo de problemática atendida.

Objetivos

El objetivo del presente estudio es evaluar y mostrar en un corte transversal la satisfacción de los usuarios de un Centro de Salud Mental, así como la satisfacción y niveles de desgaste profesional (Burnout) de su plantilla. La medición sistematizada de estos indicadores puede orientar medidas organizativas y facilitar la evaluación longitudinal de la eficiencia del dispositivo en base a información actualizada y fiable

Material y métodos

El presente estudio se llevó a cabo en UN Centro de Salud Mental entre los meses de marzo y abril de 2017. Se llevó a cabo la recogida de datos cuantitativos por medio de cuestionarios autoaplicados. Para el análisis de resultados se llevó un análisis descriptivo de frecuencias de distribución por medio del programa estadístico SPSS® en su versión 17

Resultados

De un total de 223 cuestionarios entregados se cumplimentaron el 40%, la valoración global fue puntuada como muy buena (5) por el 50,6% de la muestra, y buena (4) por el 37,1% de los encuestados. Ningún usuario valoró la asistencia como mala (2) o muy mala (1).

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PROFESIONAL El grado de satisfacción global con el propio desempeño profesional arrojó un resultado de 6,41 de media (mediana: 7; moda: 7; desviación estándar: 1,16).

DESGASTE PROFESIONAL Las dimensiones valoradas a través del Inventario de Maslach arrojaron valores de agotamiento emocional (media: 2,65) y despersonalización (media: 1,95) alto y medio-alto, respectivamente, al compararlos con datos normativos en población trabajadora española. La percepción de la propia eficacia profesional se mostró medio-baja (media: 4,25) en comparación con la población de referencia.

Conclusiones

Los datos obtenidos por medio del presente estudio indican la coexistencia de una elevada satisfacción por parte de los usuarios que respondieron con elevados índices de insatisfacción profesional y una prevalencia considerable de desgaste entre los miembros del equipo.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE: LA IMPORTANCIA DE SEGUIR ESCUCHANDO

AUTORES

GEMMA SANTOS BOSCH¹; F BLASCO ARIÑO²; J FABREGAT GOU³; M GÓMEZ PÉREZ⁴; MD MARTÍNEZ CLARET⁵; X SANZ SALVADOR⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital de Barcelona¹;

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

En los últimos años el sector sanitario ha integrado, como uno de los ejes vertebrales, la necesidad de escuchar la voz del paciente otorgando máxima relevancia al conocimiento de la experiencia de los mismos. La priorización de la satisfacción se ha establecido como valor fundamental para la medición de la calidad ofrecida por cualquier área de salud.

Objetivos

Generar y promover institucionalmente un sistema de medición de la satisfacción y experiencia de los pacientes, que evalúe y discrimine el momento, considerado como primordial, de los experimentados durante una visita a Urgencias de un Hospital privado de tercer nivel.

Material y métodos

Mediante la creación desde 2018 de un grupo de trabajo multidisciplinar, se analizaron las diferentes formas posibles de acercamiento al paciente apropiadas para la institución. Durante el 2019 se determinó la idoneidad de diseñar un sistema de encuesta, aplicándose en Urgencias, como punto de partida. Se concluyó la necesidad de efectuar la consulta vía telefónica a una muestra representativa de pacientes visitados en Urgencias, determinando dos cortes estadísticos anuales. Mediante metodología Patient Journey, se diferenciaron los momentos vividos en el curso de una visita a Urgencias: admisión, espera, triage, acto asistencial, alta hospitalaria. Se decidió compaginar herramientas de medición que proporcionasen la máxima información de cada momento evaluado en el menor tiempo posible, decidiendo la herramienta NPS como punto de partida y su redirección al momento concreto, puntuándose mediante escala de Likert, bloques de 7 preguntas seleccionadas de un total de 34 y observaciones de forma libre.

Resultados

Durante todo el mes de Mayo 2019, se realizó el proceso de validación mediante pilotaje de casos seleccionados aleatoriamente de entre 20 y 91 años. Se utilizó, para la misma, el coeficiente alfa de Cronbach superando el 0.8 en cada bloque de respuestas. La duración media de la llamada fue de 4.3 min y se obtuvo un NPS del 56%. Se determinó el momento del acto asistencial como el prioritario en cuanto a satisfacción de la asistencia. El tratamiento precoz del dolor fue una de las observaciones prioritaria. Se programó encuesta definitiva a una muestra significativa de 420 llamadas respecto a 55000 vistas anuales, en la segunda quincena de Junio.

Conclusiones

Priorizar áreas de conflicto como Urgencias y optar por la ejecución de encuestas telefónicas, mediante personal asistencial, es una forma de añadir valor y compromiso. La comunicación verbal y personalizada promueve la colaboración y facilita la posibilidad de efectuar una fotografía de nuestros usuarios. La brevedad y la priorización del momento asistencial que proporciona esta forma de encuesta permitiría discriminar acciones de mejora sobre las necesidades básicas o motivacionales para el usuario y reafirmar fortalezas presentes.

ABORDAJE DE LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES Y USUARIOS

AUTORES

CRISTINA DÍAZ PÉREZ¹; COLOMER ROSAS²; FERNÁN PÉREZ³; MALLO PÉREZ⁴; PARDILLOS FERRER⁵.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112¹; ASUNCIÓN²; PATRICIA³; JAVIER⁴; LUIS⁵.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La perspectiva e implicación de los pacientes en su propia seguridad clínica está siendo fomentada por las diversas instituciones. Los pacientes tienen una visión sobre los errores clínicos más amplia que los profesionales sanitarios puesto que además de errores médicos, su perspectiva incluye como fallos los problemas de comunicación, faltas de respeto y de compasión y errores no prevenibles. La presente investigación se plantea para conocer las necesidades percibidas por las primeras víctimas de los errores derivados de la atención sanitaria

Objetivos

Explorar las experiencias, opiniones y expectativas de pacientes y usuarios de los servicios sanitarios sobre los errores derivados de la asistencia sanitaria.

Describir las preferencias de usuarios de los servicios sanitarios de la CAM respecto a la revelación de los Eventos Adversos (EA) a pacientes y sus familiares.

Categorizar las opiniones de pacientes y usuarios de los servicios sanitarios sobre las actuaciones y medidas institucionales posteriores, que desearían recibir tras sufrir un EA.

Material y métodos

Estudio cualitativo de corte fenomenológico, mediante entrevistas en profundidad y un grupo focal, para comprender la perspectiva y experiencias de pacientes y de los usuarios de los servicios sanitarios respecto a los EA. Participantes:

1. Miembros de Asociaciones Pacientes: conocer la visión particular y las vivencias personales de pacientes crónicos, que han estado muy en contacto con los servicios sanitarios y bien ellos mismos, o personas de su entorno familiar, han sido víctimas de errores derivados de la asistencia.

2. Personas pertenecientes a Asociación de Consumidores y Usuarios: obtener una visión más genérica sobre los daños derivados de la asistencia sanitaria, a través del discurso de usuarios de los servicios sanitarios en calidad de consumidores de las prestaciones sanitarias.

Resultados

En la plasmación de los resultados principales se han recogido tanto las opiniones comunes y compartidas de la mayoría de los sujetos. Se ha tratado de hacer eco también de las vivencias y sentimientos menos frecuentes o diferentes. En el análisis se codificaron y describieron 12 temas.

Conclusiones

Pacientes y usuarios: se deben revelar todos los errores, independientemente de que causen daño o no. Si no se provoca un gran daño y se trata bien al paciente afectado, informándole y reparando el daño, los usuarios no se plantean emprender medidas legales. Del discurso de los participantes emergieron temas relacionados con fallos del sistema sanitario como las listas de espera quirúrgica, falta de continuidad asistencial por el mismo especialista, la falta de empatía de algunos profesionales, carencia de recursos y de algunos especialistas en hospitales más pequeños de la Comunidad de Madrid y dificultades en la comprensión de la terminología clínica. Un protocolo de respuesta institucional ante los EA constituiría un respaldo para profesionales y pacientes porque facilita el proceso de revelación y el abordaje de consecuencias.

ESTUDIO DE LA VIGENCIA DE LAS ENCUESTAS CORPORATIVAS PARA LA RECOGIDA DE LA VOZ DEL PACIENTE

AUTORES

Luisa Martínez Rodríguez¹; L Ramirez Samaniego²; J Letona Aramburu³; M Bacigalupe Artacho⁴; R Gonzalez Linares⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección de Calidad - Dirección General de Osakidetza¹; Subdirección de Calidad - Dirección General²; Subdirección de Calidad - Dirección General³; Subdirección de Calidad - Dirección General⁴; Subdirección de Calidad - Dirección General⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Una Gestión Avanzada, es aquella que genera los mejores resultados posibles de manera sostenida y equilibrada para todos los grupos de interés, de una manera participativa, logrando un mayor compromiso con las personas, y relaciones más sólidas con los clientes, así como resultados mejores y más satisfactorios. En las relaciones con los clientes, ser eficiente en todos los elementos de su actividad (cadena de valor) desde el diseño de su producto hasta su prestación. Siendo las encuestas, un canal de participación del paciente muy útil para el diseño del propio sistema, es necesario analizar si lo que se les pregunta es realmente lo que les importa, Y contrastar si estamos alineados con lo que se está haciendo nacional e internacionalmente al respecto. Llevamos muchos años con la misma herramienta de captación de la voz del cliente y con la evolución actual del sistema, es necesario revisar si se ajusta al escenario actual.

Objetivos

Analizar la herramienta de encuestas corporativas actuales en respuesta a:

- Estrategia actual de Osakidetza.
- Ver si estamos alineados con lo que se está haciendo nacional e internacionalmente al respecto.
- Necesidades y Expectativas de los diferentes grupos de interés:

Perfilar futuros caminos a abordar, para alinear los esfuerzos de la organización con las necesidades, expectativas, gustos e intereses de los pacientes.

Material y métodos

Revisión bibliográfica (nacional e internacional).

- Revisión del proceso y de las encuestas actuales.
- Participación de las Organizaciones en el trabajo de revisión + Participación ciudadana.
- Propuesta de nuevo modelo.

Resultados

Revisión de las 12 encuestas corporativas que actualmente se realizan.

- Nuestras encuestas actuales recogen en un 90% las mismas dimensiones de consulta que el resto de los sistemas revisados (nacionales e internacionales).
- Responden a las necesidades de la Estrategia de Osakidetza y a la del Dpto. de Salud.
- Son mejorables en cuanto a especificidad, para aspectos concretos de nuevo desarrollo (servicios de nuevos por ejemplo: paliativos, oncología pediátrica, Plan Oncológico, Seguridad al paciente,....)

Conclusiones

Se hace necesario actualizar el contenido de las encuestas, y asegurar el alineamiento con los objetivos de las estrategias corporativas actuales (seguridad, empoderamiento participación etc..)

- Esta actualización debe contar con la participación de todos los grupos de interés, Usuario, Departamento, y Osakidetza, Organizaciones Sanitarias
- Deberán recoger la experiencia del paciente, en la evaluación de las nuevas líneas estratégicas diseñadas en la organización
- De análisis de los resultados, se objetivaran las áreas de mejora a incluir en la planificación de la gestión de las organizaciones
- Este proceso debería de ser una actividad dinámica, y de evaluación continua.

“SHADOWING”. PROYECTO DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE

AUTORES

PAULA REDONDO LÓPEZ¹; C ORTIZ SÁNCHEZ²; S GONZÁLEZ MARTÍNEZ³; D MEDINA DÍAZ⁴; M CARRASCO RIVERA⁵; S MAYORALAS ALISES⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAN JOSÉ

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

En la actualidad disponemos de muchas técnicas que nos ayudan a conocer la satisfacción de nuestros pacientes con respecto a los servicios prestados. El “shadowing” nos permite ser el paciente “en la sombra”, vivir todo el proceso asistencial y percibir sus emociones, conocer sus dudas y compartir todo el proceso con ellos.

Objetivos

Estudio del circuito de atención al paciente para la recogida de información, desde el momento de ingreso en el hospital hasta el fin de la visita, para identificar puntos de mejora y valorar si es un complemento a otros indicadores de atención y experiencia del paciente que ya utilizamos, como el NPS.

Estudio de tiempos de espera, trato y tratamiento e información proporcionada por parte del personal del hospital.

Material y métodos

Se ha realizado el método “shadowing” en 4 pacientes de las siguientes áreas del hospital: Consultas externas, cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor ambulatoria.

Una persona del departamento de calidad ha acompañado al paciente, ha anotado los hechos y formulado cuestiones al paciente durante el estudio sobre su percepción, sin alterar el ambiente o llegar a interrumpir la atención.

Posteriormente ha medido la interacción del personal clínico con el paciente (por ejemplo, el lenguaje corporal, tono de voz, contacto visual, etc.) y la información proporcionada, el tiempo de espera a ser atendido por el personal médico y la solicitud de la documentación identificativa y tarjeta sanitaria.

Resultados

En 3 de los 4 casos el trato ha sido cordial, con una sonrisa y manteniendo el contacto visual con los pacientes. En el 4º caso la atención se ha valorado como neutra.

El tiempo medio de espera a ser atendido por el personal médico ha sido de 33 minutos, no siendo percibido como algo negativo por parte de los pacientes. La comunicación e información aportada al paciente ha sido clara, lo que ha ayudado a disminuir su incertidumbre en los casos de espera o demora en la atención.

En los casos observados se identifica correctamente al paciente en el momento de la admisión excepto en uno en el que no se comprobó físicamente el DNI, solicitándose únicamente el número de forma verbal. En todos los casos se colocó la pulsera identificativa siguiendo los protocolos establecidos en el centro.

Conclusiones

El método “shadowing” es una herramienta de estudio de experiencia del paciente que nos permite sacar conclusiones cualitativas en relación con los circuitos de atención al paciente del hospital. Nos da herramientas para establecer acciones de mejora para la optimización de estos procesos.

El “shadowing” puede ser de ayuda para complementar la información obtenida a través del NPS.

GRUPOS DE MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN CONSULTAS EXTERNAS

AUTORES

MILAGROS JIMÉNEZ GIRALDO¹; P REDONDO LÓPEZ²; J ALONSO FERNÁNDEZ³; R CHAVIDAS PÉREZ⁴; B JURADO MARÍN⁵; S MAYORALAS ALISES⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAN JOSÉ

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Una de las herramientas utilizadas para la medición de la experiencia del paciente en las consultas externas es el NPS. Un índice alto de NPS indica que los pacientes no solo están satisfechos, sino que también recomendarían los servicios prestados en el hospital a sus familiares y amigos, por lo que es importante trabajar día a día para mejorar este valor.

Objetivos

Los resultados de NPS en consultas externas del hospital son buenos, pero mejorables. El objetivo principal de este proyecto es compartir con el personal de los diferentes servicios las valoraciones realizadas por los pacientes con el fin de establecer acciones de mejora y evaluar si hay impacto en el NPS.

Material y métodos

Se han realizado reuniones mensuales integradas por la responsable de Área Ambulatoria, Atención al paciente y personal tanto administrativo como de enfermería que desarrolla su actividad en los servicios de consultas externas. Se han presentado resultados de NPS por áreas, comparativas entre hospitales y territorios, valoraciones y comentarios de pacientes dando lugar a debates abiertos y concluyendo finalmente en la proposición de acciones de mejora.

Estas propuestas se llevaron a los comités de dirección para su estudio, valoración e implantación. Posteriormente se evaluaron los distintos datos de NPS antes y después de la implantación de las acciones de mejora.

Resultados

En el mes de enero del año 2018, cuando todavía no se habían puesto en marcha los grupos de trabajo, el dato de NPS en consultas externas fue del 41,3%. En el mes de abril se comenzaron a realizar estas reuniones alcanzando a final de año un dato de NPS acumulado del 51,6%.

Durante los 5 primeros meses del año 2019 el dato acumulado es de un 56,2%, continuando con la tendencia positiva mostrada durante el año pasado.

Se han abierto durante este período un total de 11 acciones de mejora que se han implantado en el hospital.

Conclusiones

Todo el personal ha participado de manera proactiva en estas reuniones mostrando su implicación y proponiendo acciones de mejora que han mejorado la satisfacción de los pacientes del centro.

Se puede concluir que las reuniones impactan en el resultado de NPS, mejorando el resultado significativamente con respecto a los datos obtenidos antes de la puesta en marcha del proyecto.

CÓMO IMPLICAR AL PERSONAL EN LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

AUTORES

MARÍA CARRASCO RIVERA¹; P REDONDO LÓPEZ²; E PAJARES DE JUAN³; P SÁNCHEZ PÉREZ⁴; R SEVILLANO DE LA IGLESIA⁵; S MAYORALAS ALISES⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAN JOSÉ

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Una de las herramientas utilizadas para la medición de la experiencia del paciente en el hospital es el NPS. Un índice alto de NPS indica que los pacientes no solo están satisfechos, sino que también recomendarían los servicios prestados en el hospital a sus familiares y amigos por lo que es importante trabajar día a día para mejorar esta satisfacción. Para que una herramienta definida por la organización sea efectiva en su implantación es necesario implicar en su desarrollo a todos los niveles implicados.

Objetivos

Implicar al personal en la gestión del NPS y valorar si esto conlleva una mejora en la experiencia del paciente.

Material y métodos

En el mes de octubre del año 2018 se lanzó un concurso interno en el hospital para recabar las mejores ideas y proyectos que pudieran ser implantados en el centro y que contribuyesen a mejorar la satisfacción de los pacientes con el compromiso de la gerencia de llevar a cabo 3 de ellas. Se definieron 3 áreas temáticas: bloque quirúrgico, consultas externas y hospitalización.

Un comité formado por personal de la organización que conoce el funcionamiento del centro pero que no trabaja habitualmente en él evaluó las distintas propuestas eligiendo la mejor de cada área.

Posteriormente se midió el impacto en el NPS tras la implantación de las propuestas en enero de 2019.

Resultados

Se presentaron 8 proyectos (4 a hospitalización, 2 a bloque quirúrgico y 2 a consultas externas).

Los proyectos ganadores fueron:

Área Hospitalización: Sala de padres para la UCI Neonatal.

Área Bloque quirúrgico: Readecuación del circuito de CMA.

Área Consultas externas: Mejora en la recogida de resultados.

En cuanto a la medición de NPS tras la puesta en marcha de estos proyectos, se han obtenido los siguientes resultados comparando los datos a cierre del año 2018 frente a los recogidos en los 5 primeros meses del año 2019. El resultado global de NPS en el hospital en el año 2018 ha sido 54,27%. El dato acumulado en los 5 primeros meses del año 2019 es de 59,53%. En el caso de consultas externas se ha incrementado el NPS de un 51,60% a un 56,22% en 2019. En hospitalización partíamos de un 61,60% y se ha alcanzado un 71,34% en el 2019. El dato en cirugía mayor ambulatoria ha sido de un 75,13% en 2019 frente al 67,00% del año anterior.

Conclusiones

La implicación de los profesionales en la mejora de la experiencia del paciente tiene resultados positivos objetivados con la mejora del NPS.

EXPERIENCIAS DE INCIDENTES DE RIESGO VIVIDAS POR PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE MADRID

AUTORES

CRISTINA DÍAZ PÉREZ¹; A COLOMER ROSAS²; P FERNÁN PÉREZ³; J MALLO PÉREZ⁴; L PARDILLOS FERRER⁵; P BUSCA OSTALAZA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La perspectiva e implicación de los pacientes en su propia seguridad clínica está siendo fomentada por las diversas instituciones, a través de estudios de opinión conformados por representantes de Asociaciones de pacientes, usuarios de los servicios sanitarios y expertos en el tema.

Los pacientes tienen una visión sobre los errores clínicos más amplia que los profesionales sanitarios puesto que su perspectiva incluye como fallos los problemas de comunicación, faltas de respeto y de compasión y los errores no prevenibles

Objetivos

Identificar las experiencias de Eventos Adversos(EA) e incidentes de riesgo vividos por pacientes y usuarios de los servicios sanitarios de Madrid.

Material y métodos

Estudio cualitativo de corte fenomenológico, mediante entrevistas en profundidad y un grupo focal, para comprender la perspectiva y experiencias de pacientes y de los usuarios de los servicios sanitarios respecto a los EA. Este diseño permite plantear preguntas sobre experiencias vividas por varios sujetos respecto a un fenómeno, en este caso haber sido víctima de un error derivado de la asistencia sanitaria.

Se realizó un grupo focal con de 12 participantes voluntarios, miembros de una Asociación de Consumidores y Usuarios nacional, con sede en Madrid.

Se obtuvieron 5 participantes voluntarios en entrevistas en profundidad individuales, socios de Asociaciones de Pacientes de Madrid. Criterios inclusión: haber vivido en calidad de paciente o familiar una experiencia cercana de un incidente de seguridad o EA. Firmar Consentimiento informado.

Captación: Muestras seleccionadas entre asistentes a 2 sesiones formativas sobre Seguridad de los pacientes.

Resultados

Los tipos de errores revelados por los sujetos participantes en el grupo focal y en entrevistas han sido EA relacionados con el alta precoz del paciente, errores con la medicación, errores de identificación de los pacientes, errores en los procedimientos quirúrgicos (olvido de material quirúrgico dentro del paciente, complicación durante la cirugía), contagio de enfermedad por falta de higiene y asepsia, retraso en la prestación de la asistencia o aplicación de un tratamiento y retraso en el diagnóstico de una enfermedad. Alguno de los sujetos participantes sufrió más de un error. Del discurso emergieron temas relacionados con fallos del sistema sanitario como las listas espera quirúrgica, falta de continuidad asistencial, falta de empatía, carencia de recursos y de especialistas en hospitales más pequeños y dificultades en comprensión de terminología clínica.

Conclusiones

Los tipos de errores revelados por los sujetos participantes en el grupo focal y en las entrevistas han sido EA ampliamente descritos en la literatura científica desde años. Estos hallazgos revelan que a pesar de que han transcurrido numerosos años desde la publicación del informe del IOM 'to Err is human' o desde el estudio ENEAS , y si bien ha podido disminuir la incidencia, el tipo de errores cometidos sigue siendo semejante.

LA IMPORTANCIA DEL PACIENTE AGRADECIDO

AUTORES

MARIA ENCARNACION MARTINEZ SAORIN¹; AB ALCAZAR COSTA²; A MARTINEZ GIMENEZ³; MC ESCUDERO SANCHEZ⁴; M CAMPOS MARTINEZ⁵; F MOYA ESCUDERO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Lograr un aumento del nº de agradecimientos por escrito por parte de los usuarios que desconocen que existe la posibilidad de hacerlo.

Objetivos

Desde el Servicio de Atención al Usuario de nuestro hospital observamos que los pacientes y familiares, al SAU, utilizan la forma escrita para presentar quejas y reclamaciones, no siendo así, para los agradecimientos, que habitualmente se realizan de forma verbal. Se realiza una evaluación del descenso del nº de agradecimientos registrados en el SAU en los años anteriores y nos marcamos como objetivo de este trabajo el conseguir que el nº de agradecimientos realizados de forma verbal, se recojan por escrito, con el fin de que este documento sirva para incentivar a los profesionales y sirva de estímulo para su práctica diaria.

Material y métodos

- 1.- Informar a todos los usuarios que acuden al SAU expresando su satisfacción, que tienen la posibilidad de hacerlo por escrito.
- 2.- Se comunica a los supervisores de los diferentes servicios de nuestro hospital, donde existe recogida de quejas y reclamaciones, de la necesidad de informar a pacientes y familiares de la posibilidad de expresar por escrito los agradecimientos que manifiestan de forma verbal.
- 3.- Comunicar a los profesionales y/o servicio implicados los agradecimientos recogidos.
- 4.- Inicio de la acción de mejora en Enero 2019.

Resultados

Tras la evaluación anterior a la acción de mejora se obtienen los siguientes resultados:

- Año 2016: 82 agradecimientos por escrito.
- Año 2017: 32 agradecimientos por escrito.
- Año 2018: 24 agradecimientos por escrito.
- Año 2019: 27 agradecimientos por escrito. (hasta 30/04/2019)

Conclusiones

La acción de mejora propuesta e implantada está dando buenos resultados, ya que el nº de agradecimientos recogidos entre Enero-Abril, ya han superado el total del año anterior.

Estos datos contribuirán a mejorar la imagen corporativa de nuestra organización.

Los profesionales a los que se les entrega el agradecimiento mostrado por el paciente o sus familiares, sobre la profesionalidad y/o trato recibido, muestran su satisfacción y refieren que este gesto les ayuda a mejorar cada día.

PACIENTES CON HEPATITIS C TRATADOS CON LOS NUEVOS FÁRMACOS AAD ¿MEJORA SU CALIDAD DE VIDA?

AUTORES

MARIA JOSÉ SÁNCHEZ ITURRI¹; A HERNANDO UZKUDUN²; JI Arenas Ruiz-Tapiador³; C Sarasqueta Eizaguirre⁴; E Almandoz Cortajarena⁵; A Gómez García⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI DONOSTIALDEA, HOSPITAL DONOSTIA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Los nuevos fármacos antivirales de acción directa (AAD) para el tratamiento de pacientes con infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), logran la curación de alrededor del 97%. Cada vez se valora más la percepción del paciente sobre su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Es un concepto multidimensional, que hace referencia a aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud.

Objetivos

Describir los cambios en la calidad de vida de pacientes con infección crónica por el VHC y tratados con los nuevos fármacos AAD, antes de iniciar el tratamiento y a las 12 semanas de finalizarlo.

Comparar el grado de fibrosis hepática, medida con Fibroscan® antes de iniciar el tratamiento y al año de finalizarlo.

Material y métodos

Cuestionario Liver Disease Quality of Life (LDQOL 1.0) que incluye 13 dimensiones: síntomas, actividades de la vida diaria, concentración, memoria, aislamiento social, esperanza, actividad sexual, relaciones sexuales varón y mujer, dormir, compañía, futuro y estigma. Se escalaron de 0 a 100 para hacer más comprensibles los resultados y poder comparar las diferencias entre dimensiones.

Análisis estadístico: Se analizaron los cambios por edad (>55 años vs < 55 años), sexo y grado de fibrosis (F4 vs F1+F2+F3).

Fibroscan® antes del tratamiento y al año de finalizarlo.

Autocumplimentación del primer cuestionario (Q1) al inicio del tratamiento y del Q2 a las 12 semanas de finalizarlo.

Resultados

El Q2 fue respondido por 93 pacientes: 56 varones (60%) y 37 mujeres (40%). La edad media fue de 53 años para los varones y 54 para las mujeres.

Se observa una mejoría significativa al finalizar el tratamiento en nueve de las 13 dimensiones. La mejoría no es significativa en la memoria, aislamiento social, las relaciones sexuales en la mujer y la compañía.

Al analizar las diferencias por edad, sexo y grado de fibrosis, observamos que las mujeres mejoran más en aislamiento social ($p=0,027$) y esperanza ($p=0,021$) y los cirróticos mejoran más en el dormir ($p=0,048$).

El 33% de los pacientes eran F4 en el Fibroscan® inicial y el 19% al año de finalizar el tratamiento ($p < 0,05$).

Conclusiones

La dimensión en que perciben más diferencia es Síntomas, seguida de Actividades de la Vida Diaria.

La dimensión que menos mejora y cuya diferencia no es significativa entre ambas mediciones es la compañía.

El grado de fibrosis se reduce significativamente al año de finalizar el tratamiento.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LOS ESTUDIOS DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA MEJORA ASISTENCIAL DE LAS CLÍNICAS DE MC MUTUAL

AUTORES

DIEGO MOYA ALCOCER¹; JE RODRIGUEZ TORREBLANCA²; L CABOT MOTA³; M GUILABERT MORA⁴;
R MANZANERA LOPEZ⁵; JJ MIRA SOLVES⁶.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL¹; MC MUTUAL²; MC MUTUAL³; UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ⁴; MC MUTUAL⁵;
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La idea de que el paciente debe de estar satisfecho con el servicio que se le presta no es tan antigua como se podría pensar, nace con los movimientos de consumidores de los años 60'. Las tendencias actuales en calidad percibida intentan sacar el máximo rendimiento en la valoración cualitativa (narrativa, comentarios, opiniones, entrevistas) que facilita el análisis para la mejora y el aprendizaje. El proyecto Experiencia del paciente MC Mutual 2016-2019 se presenta en su estado actual de desarrollo. Sin olvidar que es imprescindible medir tan sólo si sirve para cambiar las cosas que no van bien.

Objetivos

Contrastar la evolución de las estrategias de información a los pacientes en base a las mediciones de opinión usuarios (encuestas) y sesiones de experiencia del paciente (focus group), también en relación a las actuaciones que se pusieran en marcha a partir de las mediciones.

Material y métodos

En el año 2016 se definen las bases conceptuales del proyecto Experiencia del paciente aplicadas a la realidad de las mutuas y de nuestra organización concretamente. Se define el algoritmo del proceso asistencial en una mutua y la comunicación se circunscribe a los aspectos de comunicación verbal con los pacientes. Se realizan focus group en clínicas en 2017 y se dispone de datos de encuestas de opinión 2017 y 2018. Se describen las acciones que se pusieron en marcha en 2018 y 2019. Finalmente se analizan los datos de las encuestas de opinión 2019 y los aportados por un cuestionario semiestructurado realizado en entrevista en 2019.

Resultados

En 2017 se detecta mediante encuestas de opinión una situación respecto a la información a los pacientes cuantificada con un 7% de detractores en la información preingreso, un 4% en la información en el momento del ingreso y un 2% en información clínica y en información prealta. Al contrastar el tema mediante focus group se concretan los elementos que genera insatisfacción respecto a la información recibida: información genérica e incompleta, desconocimiento de la labor de las mutuas, y demora y variabilidad en la administración de la información.

En 2018 se ponen en marcha diversas acciones: revisión del procedimiento de consentimiento informado, gestión del alta de los pacientes ingresados con el centro ambulatorio correspondiente y gestión del transporte antes del alta.

Los datos de la encuesta de opinión 2018 y los datos del estudio de experiencia 2019, reflejan la intensa evolución de la problemática de información.

Conclusiones

Estos datos comprometen a persistir en las actuaciones antes comentadas y ampliar con actuaciones que están en curso como la elaboración de un nuevo folleto informativo y mejora en la identificación de pacientes y profesionales. También en el diseño de actuaciones más estratégicas como la consideración de crear una Unidad de Atención al Cliente en clínicas.

La complementación de estudios de opinión y experiencia es imprescindible, pero lo más importante es utilizarlos para medir los problemas y su corrección en la práctica asistencial.

VALORACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO

AUTORES

Virginia Flor Morales¹; A Ruiz Ruiz²; A Alonso Jaqueto³; M Cagigas Fernandez⁴; JA Jurado Frances⁵; C Fariñas Alvarez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Marques de Valdecilla

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La evaluación de la calidad del servicio prestado y la identificación de los factores clave desde el punto de vista de los usuarios, son retos de los Servicios / Unidades que tienen implantado un Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001:2015) y orientan sus políticas hacia el cliente.

Objetivos

Definir los puntos fuertes y las áreas de mejora del Servicio de Atención al Usuario (SAU) a través de la opinión de los usuarios.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: 01/04 al 17/04/2019. Población de estudio: usuarios que han utilizado el SAU. Instrumento de recogida: cuestionario de elaboración propia aplicada por encuestadores previamente entrenados.

El cuestionario se compone de 9 preguntas valoradas con una escala Likert de 5 niveles que miden la opinión en torno a aspectos relevantes: accesibilidad, el confort, servicio personalizado y servicio de garantía. Además hay una pregunta de satisfacción global (escala 1-10) y una pregunta de texto libre, donde se pide al entrevistado que aporte sugerencias.

Para el análisis de los resultados, se han considerado puntos fuertes aquellos aspectos con más del 80% de valoraciones positivas (Muy bien-Bien) y puntos débiles aquellos aspectos con más del 10% de valoraciones negativas (Muy Mal-Mal)

Resultados

Se pidió colaboración a 184 usuarios del SAU, el 69% (n=127) accedieron a participar. La principal causa para rehusar participar fue la falta de tiempo (96,7%). El 66,1% (n=84) no era la primera vez que solicitaba atención al SAU.

Sexo 43,3% (n=55) hombres y 56,7% (n=72) mujeres.

Edad Mediana de la edad de 54 años (21-81)

Porcentajes de valoraciones positivas y negativas de los aspectos evaluados Señalización: 78,7% vs 12,6%. Tiempo de espera: 71,6% vs 11%. Personal identificado: 90,5% vs 0,8% Espacio físico: 91,4% vs 2,4% Intimidad: 78% vs 10,3% Trato: 93,7% vs 1,6% Disposición del personal: 95,2% vs 0,8%. Información/asesoramiento suficiente: 90,5% vs 3,1% Tiempo dedicado: 95,3% vs 1,6%

Satisfacción global es de 8,41 (DS=1,42) de media. Mediana de 9 y moda de 10.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la valoración del SAU en base al sexo.

32 usuarios aportaron sugerencias, que se han codificado según el aspecto al que hacen referencia. Escaso personal 31,6%, Espacio físico 15,6%, Señalización 25%, Intimidad 3,1%, Tiempo de espera 3,1%, Trato 3,1%, Agradecimientos 18,7%

Conclusiones

La opinión de los usuarios muestra en general una valoración positiva del SAU, destacando los siguientes puntos fuertes: espacio físico, la identificación del personal, la Información o asesoramiento que ha recibido, el trato, la disposición del personal y el tiempo que le han dedicado.

Se han identificado los siguientes puntos débiles, que coinciden con las áreas de mejora identificadas en el propio SAU: señalización, intimidad y tiempo de espera para ser atendido; que se han incluido como acciones de mejora para trabajar durante el año.

¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE LOS ÍTEMS PEOR VALORADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CONSULTAS DE NUESTRO HOSPITAL?

AUTORES

M^a CARMEN ESCARPA FALCON¹; MA VALCARCEL DE LA IGLESIA²; RM MORENO RODRIGUEZ³; MC HERNANDO DE LOS MOZOS⁴; AI ALGUACIL PAU⁵; ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La encuesta de satisfacción de pacientes con la asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid 2017 presentaba un índice de satisfacción global con las consultas externas de nuestro hospital de un 77,3% frente al 89,4% de la Comunidad de Madrid y el 88,2% del grupo de hospitales de alta complejidad. Los peores resultados correspondían a la comodidad y confort de la sala de espera (49,7%) y al tiempo de espera desde la hora de la cita hasta ser atendido (49,1%)

Objetivos

Conocer cuál es la experiencia del paciente en las consultas externas de nuestro hospital.

Obtener sugerencias de los usuarios que nos permitan mejorar la calidad de la atención y del servicio prestado

Material y métodos

Utilizamos grupos focales para profundizar en las perspectivas y experiencias de los pacientes. Se realizaron dos grupos (mañana y tarde) con pacientes que habían acudido a consultas externas al menos una vez en la semana del 1 al 5 octubre 2018. Los participantes fueron seleccionados entre los pacientes que habían acudido a las consultas que presentaban un mayor volumen y se priorizó la representación en ambos grupos (rangos de edad: 45 años, 45-60 años, >60 años; sexo; tipo de consulta). Participaron 9 pacientes en cada grupo. Se elaboró un guión de preguntas abiertas sobre los siguientes aspectos: gestión e información de citaciones en consultas externas; instalaciones; adecuación de los tiempos de espera en consultas; y atención.

Resultados

En general la experiencia es satisfactoria, aunque una vez inmersos en el circuito hospitalario empiezan a surgir algunas experiencias negativas y veladas críticas en relación con los plazos y el servicio de atención telefónica.

Hay un acuerdo tácito en que las peores experiencias se relacionan con la respuesta o ausencia de la misma cuando hay errores, incidencias, o necesidades especiales.

Sus respuestas fueron contundentes en cuanto a la falta de espacio de las salas de espera y la acumulación de pacientes y todos coincidieron en soportar retrasos, incluso de varias horas, en el tiempo de espera hasta ser atendido pero si no es excesivo lo aceptan como un componente inevitable de la asistencia. Sin embargo, se mostraban muy críticos con la falta de información por parte de los profesionales sobre los mismos.

El factor humano y la calidad de la asistencia es lo que más positivamente destacaron los participantes

Conclusiones

La mayor fuente de insatisfacción son los tiempos de espera hasta que entran en la consulta y la falta de consideración y la impotencia que sienten al no recibir información sobre las causas y duración de esas demoras.

Desean una actitud más proactiva y empática al responder ante los errores, incidentes, problemas, ya que entienden que puedan pasar pero consideran que merecen como mínimo algún tipo de explicación.

Las opiniones de los pacientes están en consonancia con los datos de la encuesta global de satisfacción y esta técnica nos han permitido conocer los porqué que hay detrás de esos resultados.

ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DEL PACIENTE: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD CLÍNICA

AUTORES

Patricia Zubeldía Masset¹.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Promoción de la Salud (SPS) de Sanitas¹.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

En el Servicio de Promoción de la Salud (SPS) de Sanitas situamos al paciente en el centro de todo lo que hacemos. Esto implica entender su experiencia de forma amplia. Hasta ahora, la valoración de la actividad sanitaria se ha basado casi exclusivamente en la medición de la calidad clínica, que si bien resulta indispensable para evaluar la eficacia y eficiencia de una organización, se muestra insuficiente para recoger la perspectiva de las personas que reciben el cuidado médico. Se trata de una nueva orientación que no reemplaza una práctica excelente de la actividad sanitaria, sino que la complementa, aumentando por tanto la calidad asistencial.

Objetivos

-Objetivo principal: Colocar al paciente en el centro de la actividad del Servicio mediante el impulso de la calidad percibida y conseguir que su perspectiva sea considerada en el desarrollo habitual de las actividades asistenciales del Servicio, con el fin de lograr su máxima satisfacción.

-Objetivos secundarios:

Mejorar la fidelidad de nuestros pacientes.

Aumentar la motivación y el compromiso de los trabajadores.

Aumentar la eficiencia interna de la organización.

Material y métodos

Para ello, nos centramos en el análisis de dos contenidos en cuanto a calidad percibida por nuestros pacientes. A continuación, detallamos estos dos contenidos:

1- NPS: El Net Promoter Score (NPS) se ha convertido en el indicador más popular para evaluar la Experiencia de Cliente con servicios y productos. Nuestra encuesta de satisfacción se envía a todos los pacientes tras una asesoría médica o asesoría de salud, tras la gestión de médico a domicilio y tras la gestión de ambulancia urgente

2- Disconformidades, quejas y reclamaciones:

El análisis de las quejas, reclamaciones y disconformidades de los clientes permite conocer la prevalencia y la tipología de los problemas de seguridad clínica contenidos en las mismas. Son una valiosa fuente de información sobre las deficiencias detectadas por los pacientes y usuarios de nuestro Servicio como también son una aportación a la mejora de la calidad y seguridad asistencial.

Resultados

Los resultados obtenidos hasta ahora son positivos: mejora de la satisfacción de los pacientes, reducción del número de reclamaciones, mayor sensibilización hacia los aspectos de la calidad percibida por los clientes y, en un entorno de libre elección, mayor actividad asistencial, calidad y seguridad clínica y mayor fidelidad por parte de los pacientes.

Como cada dato de NPS, cada literal, cada queja, reclamación o disconformidad es analizada desde el Dpto de Calidad Asistencial de SPS. Creamos acciones de mejora periódicos para seguir con el camino de la mejora continua. Durante el año 2018, hemos llevado a cabo más de 150 planes de acción para mejorar.

Conclusiones

La aplicación de la calidad percibida por el paciente permite aumentar la calidad asistencial, asumir la perspectiva del paciente por parte de los empleados, desarrollar medidas de mejora continua y beneficiar a los pacientes con una asistencia sanitaria excelente.

UNA APP EN EL VIAJE DEL PACIENTE REDUCIENDO LOS PUNTOS DE DOLOR DE LA INFORMACIÓN

AUTORES

Amaia Uranga Ibarra¹; N Brazal²; N Cudola³; I Urritia Johansson⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Clínica IMQ Zorrotzaurre

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Derivado de la aplicación de la metodología asociada al Customer Journey, se identificó como punto de dolor de nuestros pacientes y familiares, la “ausencia” de información a estos últimos en determinados momentos, por ejemplo, cuando se pasa al paciente a un box, o cuando el paciente ha salido de quirófano, o en qué número de habitación está... (que hoy por LOPD, no se puede dar). Para ello, se ha definido un APP, que tiene como objetivo acompañar a nuestros pacientes y sus acompañantes y reducir sus incertidumbre a través de un punto de contacto tecnológico permanente y dinámico con el que guiar su propio viaje y el de su familiar por la Clínica Zorrotzaurre.

Objetivos

1. Reducir los puntos de dolor, facilitando la incorporación de la tecnología a niveles “usuario” APP
2. Potenciar la Humanidad y calidez: La misma con la que nuestros profesionales cuidan de los pacientes y sus acompañantes
3. Acompañamiento y guía, que reduzca su incertidumbre.
4. Seguridad y confiabilidad, como es un médico, y como debe ser la tecnología en temas de salud.

Material y métodos

Para definir las funcionalidades que incluye esta primera versión, se celebraron sesiones con pacientes y personal de las clínicas y se realizaron visitas a las áreas de urgencias y de hospitalización que nos ayudaron a entender el problema y enfocar la solución.

En este análisis, la incertidumbre emergió como uno de los sentimientos más dolorosos

1. Contraste de evidencia documental contra percepción real de pacientes, familiares y empleados
2. Análisis de circuito de pacientes (paciente urgente, paciente quirúrgico, paciente programado...)
3. Elaboración de mapas de experiencia y talleres.
4. Verificación in situ.

Resultados

Creación de la aplicación para pacientes y familiares. Las funcionalidades de esta aplicación son disponibles para cualquier persona (paciente y no pacientes que dispongan de cualquier seguro médico).

1. Permitirá conocer en todo momento la ocupación de las urgencias de la clínica (ocupación: alta, media o baja)
2. Plano de la clínica: plano que nos indica de forma clara e intuitiva dónde está cada servicio de la clínica.
3. Horarios: información sobre los horarios de consultas externas, entrada de hospitalización, justificante, oficina IMQ.
4. Teléfonos más relevantes.

Conclusiones

Cualquier paciente de la clínica podrá invitar a sus contactos a ver su viaje de hospitalización y/o urgencias, los contactos invitados verán en tiempo real, el viaje de sus familiares o amigos (urgencias, habitación, URPA...). La información del viaje se toma directamente del registro de datos que los profesionales hacen en el HIS, sistema de gestión de la clínica. La aplicación ya está disponible tanto para Android como para iOS en sus respectivos markets, PlayStore y AppStore.

ATENCIÓN AL DOLOR EN PACIENTES INGRESADOS

AUTORES

Virginia Flor Morales¹; S Moya Mier²; P Martínez Álvarez³; D Suárez Fernández⁴; MP Mayo Alastuey⁵; S Maldonado Vega⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Marques de Valdecilla

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes, estando presente casi en el 80% de las enfermedades, pero además este síntoma es el responsable de la pérdida de calidad de vida de muchos de los pacientes. Una adecuada atención al paciente con dolor por parte de los profesionales ayuda a mejorar la vivencia de estos pacientes.

Objetivos

Conocer la experiencia de los pacientes hospitalizados respecto a la asistencia recibida en relación con el dolor y proponer acciones de mejora.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: 01/03 a 31/05/2018. Población de estudio: adultos hospitalizados en 13 plantas de unidades médicas y quirúrgicas. Criterios de exclusión: Pacientes con déficit cognitivo y de comunicación. Tamaño muestra: 375 encuestas (Nivel Confianza 95%. Precisión +/- 5%) Muestreo: estratificado por unidad de ingreso. Instrumento de recogida: cuestionario elaborado ad hoc por el Grupo de Mejora de Manejo el Dolor. Auto cumplimentado el día del alta hospitalaria.

El cuestionario consta de 13 preguntas cerradas y una pregunta de texto libre, previamente fue evaluada por un grupo de 20 pacientes, para valorar la comprensibilidad del mismo.

Resultados

Se incluyeron 383 pacientes, el 53,2% intervenidos quirúrgica mente.

Sexo: 54,8% mujeres y 45,2% hombres. Edad: edad media 64 años (DE=18,19) y mediana de 67 (16-102).

Al 97,3% de los encuestados, los profesionales sanitarios (médico y/o enfermería) les informaron que debían avisar a si tenían dolor.

El 68,6% en algún momento durante su ingreso ha tenido dolor. De los que han tenido dolor el 95,8% han recibido tratamiento y el 3,8% refieren que no han recibido tratamiento.

La máxima intensidad de dolor percibida fue 5,9 de media (DE 2,7) y mediana de 6 (1-10). Después de recibir tratamiento la mínima intensidad de dolor percibida fue de media de 2,45 (DE 1,9), mediana de 2 (1-10).

El 40,2% refiere que el tratamiento que recibió, en un primer momento, fue insuficiente y necesito más medicación. Entre los pacientes que necesitaron más medicación el 22,5% no tuvo que pedirla y el 68,5% refiere que desde que lo pidió hasta la administración pasaron menos de 15 minutos.

Mas del 90% de los pacientes está satisfecho o muy satisfecho con la atención por parte del personal de enfermería y/ o médico,

El 79,7% de las personas que aportan comentarios son de agradecimiento.

Conclusiones

- Aunque entre los profesionales sanitarios, existe sensibilización con la asistencia al dolor y se observa que la atención al paciente con dolor resulta efectiva, tanto en el tiempo de atención como en la disminución del dolor; se propone desarrollar una acción formativa para profesionales, enfocado al dolor no quirúrgico

- El nivel de satisfacción de los pacientes con dolor con la atención recibida por parte de todos los profesionales es muy elevado,

VIDEOCONFERENCIA ENTRE RESIDENTES Y FAMILIARES PARA FACILITAR AL MÁXIMO LA RELACION Y EL APOYO FAMILIAR

AUTORES

MERCEDES DE LA SOTA ALONSO¹; N FERNANDEZ GUTIERREZ²; I ARRINDA ATUTXA³; I URRUTIA JOHANSSON⁴.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRO SOCIO SANITARIO ORUE IMQ-IGURCO¹; CENTRO SOCIO SANITARIO ORUE IMQ-IGURCO²;
CENTRO SOCIO SANITARIO ORUE IMQ-IGURCO³; CLINICA IMQ ZORROTZAURRE⁴.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Se ha tratado de facilitar al máximo la relación de los familiares con nuestros residentes, ofreciéndoles una herramienta que les permite ver y conversar en tiempo real con su ser querido, desde cualquier lugar en el que se encuentren. Cada vez atendemos a más pacientes con enfermedades avanzadas o al final de la vida y este sistema permite a los distintos familiares, especialmente los que vivan a más distancia, estar en contacto con la persona mayor siempre que quiera

Objetivos

1. Potenciar la accesibilidad entre los familiares y los residentes solventando la dificultad del espacio físico y temporal.
2. Introducir un sistema móvil y adaptado a residentes tanto autónomos como con movilidad reducida, e incluso pacientes encamados.
3. Poder garantizar que los familiares puedan conversar con sus seres queridos desde cualquier punto de Euskadi o del mundo a través de su móvil, tableta u ordenador.
4. Introducir un sistema "eficaz" con pantallas gigantes de televisión, con imagen y sonido en alta calidad.

Material y métodos

1. Introducción de software que proporciona diversas ventajas a los usuarios, al poderse conectar desde cualquier dispositivo informático con conexión a Internet, como teléfonos inteligentes, tabletas y ordenadores portátiles o de sobremesa
2. Designación de una trabajadora social, que verifica todos los aspectos necesarios, tanto para la correcta prestación del servicio como para la salvaguarda de los datos de carácter personal.
3. Contacto con el familiar que lo solicita, bien presencialmente o través del teléfono, el día y hora que desea hacer la videoconferencia, sea ésta puntual, diaria, semanal, etcétera.
4. Selección de la residencia ORUE como pilotaje para su posterior despliegue en el resto de centros sociosanitarios de IMQ Igurco.

Resultados

El avance hacia las nuevas tecnologías como potenciar la Videoconferencia debe de estar estructurado para poder garantizar su éxito, por lo que además enviamos por correo electrónico la confirmación de la solicitud de videoconferencia; y haciendo clic en esa misma confirmación, se puede activar, directamente, la videoconferencia, sin necesidad de descargarse ninguna aplicación. Además, la confirmación de la cita enviada por correo electrónico puede añadirse automáticamente al calendario electrónico del familiar, con lo que dicha cita quedaría reflejada en su agenda. De este modo, puede programar un aviso para recordarle la cita de la próxima videoconferencia.

Conclusiones

Este nuevo servicio, es totalmente gratuito para los residentes y usuarios de IMQ Igurco y comprende un sistema móvil que es capaz de adaptarse tanto a residentes autónomos, como con movilidad reducida e, incluso, pacientes encamados. El sistema incluye dispositivos como pantallas gigantes de televisión, con imagen y sonido en alta calidad, altavoces y micrófonos. Todo ello, con el fin de compensar los posibles déficits visuales y auditivos que puedan presentar los residentes.

ANÁLISIS DE LA CONFORTABILIDAD DE LA SALA DE ESPERA Y DEL TIEMPO PARA ENTRAR A CONSULTAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

Pedro Ruiz López¹; L Llamosas Falcón²; C Varela Rodríguez³; M Aliaga Benítez⁴; JL Bernal Sobrino⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Los resultados de la encuesta de satisfacción del SERMAS-2017 sobre el tiempo de espera (TE) para entrar a las consultas en el hospital indican que 32,9% de usuarios de nuestro hospital tuvo una espera superior respecto a la del grupo 3 de hospitales de la Comunidad de Madrid. Además, los pacientes sugirieron mejorar el TE, las instalaciones y limpieza de las consultas externas. A raíz de los resultados, se planteó el estudio de la situación actual de nuestro centro respecto al TE y percepción de las salas de espera.

Objetivos

Analizar los TE de las consultas de un hospital de tercer nivel y obtener la percepción de los pacientes respecto a las salas de espera y TE.

Material y métodos

Estudio descriptivo. Se midieron los TE de las consultas externas, de Octubre a Diciembre 2018. El tiempo obtenido fue la diferencia entre la hora de la cita y la hora en la que el médico abre la historia clínica electrónica del paciente. Se realizaron encuestas a pacientes en el período de enero a abril 2019 donde se valoraba su percepción de las salas de espera y sobre el TE. La encuesta consistía de un cuestionario de 10 preguntas.

Resultados

Se obtuvo el TE de 82 consultas. El TE medio fue de 28 min 14seg. Las consultas que tenían un TE superior a 30 minutos fueron 32, con una media de 40 min 25seg.

Se realizaron 100 encuestas dirigidas a pacientes/acompañantes. La edad media fue 47,5años [25-80años]. El 85% de pacientes acudía a consulta sucesiva frente al 15% que era la primera consulta. Valoraron distintos ítems de la sala de espera con una escala del 0 al 10 y con las siguientes puntuaciones medias: confort 7,66; disponibilidad asientos 7,79; comodidad asientos 6,92; limpieza cuartos baño 7,81; temperatura 7,60; iluminación 8,45; ruido 7,37. Al sistema de indicación para pasar a consulta lo calificaron con un 7,65. Con respecto al TE, la calificación global fue 6,21; para las primeras consultas un 5,46 y en consultas sucesivas un 6,08. Un 29% consideraba que se deberían mejorar los TE y un 24% veía como aspecto negativo los TE. Sin embargo, un 27% consideraba positivo el ambiente y espacio de las salas de espera y un 17% la iluminación de éstas.

Se ha informado de los resultados a los servicios que tienen TE superiores a la media. Se ha pactado como objetivos para 2019 con los servicios con TE >30 minutos, la reducción de dichos TE.

Conclusiones

Se han identificado las consultas de los servicios con TE prolongado. Asimismo, se ha evidenciado que la percepción de los pacientes sobre las salas de espera es correcta, pero la percepción de la espera es un área de mejora.

SISTEMA INTEGRADO DE NOTIFICACIÓN A PACIENTE

AUTORES

DAVID GARCÍA AMADO¹; F VILELA VILAR².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL JUAN CARDONA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La experiencia del paciente al paso por el centro hospitalario es un aspecto muy importante a contemplar, así como lo es la experiencia de las personas que lo acompañan. Informar al acompañante sobre la evolución de la asistencia del paciente, proporciona tranquilidad y disminuye los niveles de ansiedad, e inseguridad.

Es por ello que se implementa la solución de notificaciones en tiempo real a través de SMS, de forma que el acompañante designado por el paciente pueda recibir actualizaciones de estado sobre sus asistencias en el servicio de Urgencias y Quirófano.

Objetivos

Mejorar la experiencia del acompañante, mediante la notificación en tiempo real de los cambios de estado en la asistencia del paciente.

Reducir la presencia de acompañantes en las zonas de paso de los servicios de Urgencias y Quirófano.

Proporcionar al acompañante la posibilidad de estar informado sobre el progreso de la asistencia, independientemente de su ubicación.

Material y métodos

Se trata de una pasarela SMS para el envío de notificaciones plenamente integrada con la aplicación de gestión hospitalaria (HIS), mediante una comunicación transparente que facilita su uso.

Las notificaciones asociadas al proceso asistencial en el Servicio de Urgencias se encuentran completamente automatizadas. Son generadas por el propio sistema informática a partir de los cambios de estado que se generan en la historia clínica digital del paciente al registrar los datos de la asistencia, (1. Asignación del médico, 2. Solicitud de pruebas diagnósticas, 3. Informe de resultados de las pruebas diagnósticas, 4. Informe de alta, momento en el que el acompañante es notificado para que acuda al punto de encuentro de la zona de urgencias)

Las notificaciones asociadas al proceso asistencial en el Bloque Quirúrgico se generan desde unos botones correlativos, asociados a la ficha de la intervención del paciente en la aplicación HIS, Cada botón ejecuta el envío de un SMS predefinido y después de ser usado cambia a color como indicativos de que el acompañante ya ha sido notificado, (1. Inicio de la intervención, 2. Finalización de la intervención, 3. Traslado a URPA, 4. Salida del Bloque quirúrgico, momento en el que el acompañante es notificado para que acuda al punto de información).

Resultados

El corto período de tiempo transcurrido desde la implantación hace que el tamaño muestral sea insuficiente para obtener datos concluyentes. El índice de empleabilidad de la herramienta por parte de los pacientes se ha ido incrementando hasta alcanzarse un 18 % en urgencias y un 26 % en Bloque quirúrgico.

Los usuarios se muestran satisfechos y manifiestan que volverían a usar la aplicación. Se incluirá el análisis de esta mejora en el Estudio semestral de satisfacción y calidad percibida para cuantificar metodológicamente estos resultados.

Conclusiones

Se ha reducido la presencia de acompañantes en las zonas de paso de los servicios de Urgencias y Quirófano y los pacientes que han usado la herramienta se muestran satisfechos y manifiestan que volverían a usarlo.

VISIÓN CONJUNTA DE LAS NECESIDADES DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN ATENCIÓN AMBULATORIA: PROFESIONALES Y PACIENTES

AUTORES

BELEN TIRAPU LEÓN¹; I RODRIGO RINCON²; I IRIGOYEN ARISTORENA³; N ARRAIZA SALIDESE⁴; M ZANDIO ZORRILLA⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Complejo Hospitalario de Navarra.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Las organizaciones sanitarias necesitan sistemas de información que satisfagan las necesidades de pacientes y profesionales para prestar la mejor atención a los pacientes. En un entorno marcado por la creciente ambulatorización de procesos, las consultas externas tienen gran relevancia ya que son el principal punto de contacto de atención especializada con la población.

Objetivos

El objetivo es identificar las necesidades de los sistemas de información para una adecuada gestión y evaluación de las consultas externas de un Centro Terciario desde el punto de vista de los profesionales (gestor y clínico) como de los pacientes.

Material y métodos

Se analizó el centro en cuanto a estructura y se identificaron los distintos circuitos definidos según especialidad. Se dividieron las necesidades en las etapas por las que pasa el paciente: entrada al proceso, acogida al paciente, evaluación y tratamiento, salida del paciente. Las necesidades de los profesionales de gestión se recogieron mediante entrevistas, las de los profesionales clínicos mediante técnica de grupo focal y las de los pacientes mediante entrevistas grupales semiestructuradas. Participantes: 30. Periodo: noviembre-enero 2018-9.

Resultados

En la estructura del centro se identificaron rótulos y carteles con mensajes contradictorios entre especialidades y dentro de la misma especialidad.

Las aportaciones de los profesionales tanto clínicos como de gestión se revisaron en las cuatro etapas destacando: sistemas automáticos de notificación de duplicidades/cancelación citas, programación y cambios, recepción automática de pacientes al centro, llamada anonimizada según circuito definido con explotación de tiempos, codificación automática, gestión de peticiones por protocolo, agrupación/coordinación de pruebas/consultas por proceso y su gestión, consultas de telemedicina, integración de tecnologías con historia clínica, cuadro de mando por profesional, automatización altas clínicas y administrativas, comunicación entre distintos profesionales. Los resultados de los pacientes, se han agrupado en tres categorías: unanimidad, variedad de opiniones y opiniones singulares.

Por unanimidad dan importancia a disponer de: cita con antelación y por carta, recordatorio confirmación/cancelación, sistema automático de aviso que han llegado, llamada sin megafonía/sistema electrónico, justificante con hora sin motivo ni especialidad. Asimismo se deben unificar rótulos y mensajes de las consultas. Variedad de opiniones hubo en la anonimización de llamadas, entrega de justificantes y señalización del centro. Aportaciones singulares valoraban aspectos de comunicación con la organización, sistemas de llamada portátil, información sobre tiempos de espera.

Conclusiones

Las organizaciones sanitarias deben contar con la participación de todos los agentes, incluyendo los pacientes ya que son visiones complementarias y necesarias.

PERCEPCIÓN DE LOS PADRES Y MADRES SOBRE SU ROL EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS NIÑOS

AUTORES

M^a Isabel IRIGOYEN ARISTORENA¹; MI RODRIGO RINCÓN²; B TIRAPU LEÓN³; N VIGURIA SÁNCHEZ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Complejo Hospitalario de Navarra.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Conocer las preferencias de los pacientes respecto a la atención, los cuidados y confort, la sensibilidad y respeto a sus valores, hacerles partícipes de la toma de decisiones sobre su salud e implicarles en el cuidado según sus posibilidades y disposición, contribuyen alcanzar mejores resultados clínicos, a la calidad de la atención y a que esta sea más segura

Objetivos

Explorar las percepciones de los padres-madres de niños crónicos respecto a:

-Sus experiencias en la seguridad de la atención de sus hijos-as

-La posibilidad de participación y colaboración con la organización sanitaria, como auditores anónimos del cumplimiento de las prácticas seguras en la atención sanitaria de sus hijos-as

Material y métodos

En octubre de 2018, se realizó un grupo focal con 10 padres y madres de niños con problemas crónicos atendidos en un hospital terciario de referencia para la atención infantil de la Comunidad Autónoma.

Se exploraron las actitudes y reacciones a la posibilidad de poder valorar de forma anónima la adherencia de los profesionales a determinadas prácticas de seguridad. Los aspectos positivos, negativos y los requisitos que deberían cumplirse para llevarlo a cabo.

Previo consentimiento informado, la sesión se grabó y se transcribió. Se ha realizado un análisis cualitativo de lo expresado por los participantes.

Resultados

Identifican positivamente su participación para contribuir como un agente más de seguridad. Mejorarán su conocimiento, incentivará a los profesionales para el cumplimiento de las prácticas, la mejora y, redundará en beneficio para sus hijos-as.

Es posible que los profesionales se sientan observados, que los padres – madres no tengan el conocimiento suficiente para hacer la evaluación correctamente. Puede suponer una responsabilidad añadida, o un riesgo de ser considerados padres-madres “pesados”.

Requiere formar a los padres-madres en las prácticas seguras e informar a los profesionales de esta nueva participación.

Los participantes deben ser un grupo heterogéneo, frequentadores de la asistencia sanitaria, hacerlo de forma voluntaria y anónima, y tener rasgos de personas tranquilas, serenas y observadoras

Expresan la necesidad del respeto a la singularidad de cada niño, a la participación de los padres y madres, la escucha y atención a lo que expresan sobre sus hijos-as, ya que son quienes mejor les conocen

Identifican diferencias en la atención según el entorno de asistencia. Solicitan mejorar, entre otros, en la comunicación entre profesionales en los cambios de turnos y en los sistemas automáticos de alerta a profesionales de los sistemas de información

Solicitan un foro para expresar sus ideas y opiniones, más allá de una encuesta y conocer si se llevan a cabo sus propuestas

Conclusiones

Los padres-madres consideran que su participación puede mejorar la seguridad y la calidad de la atención e identifican riesgos y requisitos. Solicitan más participación de los padres-madres en alianza con la organización y una comunicación efectiva entre los profesionales y con los padres-madres

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA FACTIBILIDAD Y PERTINENCIA DE LOS DE PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASUREMENTS

AUTORES

Carolina Varela Rodríguez¹; A Salamanca Castro²; P Espallargas Moya³; A Gómez de la Cámara⁴; P Serrano Balazote⁵; P Ruiz López⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario 12 de Octubre

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Los resultados en salud informados directamente por el paciente es una herramienta muy valiosa para mejorar la calidad asistencial, permiten una integración real entre la calidad científica y la percibida por el paciente en cuanto a las herramientas asistenciales. Y es una herramienta fundamental para centrar la atención sanitaria en el paciente que requiere participación activa y la motivación del paciente, por ello el presente trabajo intenta determinar, desde la perspectiva de los pacientes con cáncer de mama y pulmón, si la implementación sistemática de estas herramientas es aceptable.

Objetivos

Explorar la percepción de los pacientes diagnosticado y tratados de cáncer de mama y pulmón respecto a la pertinencia de recoger datos de salud directamente en la herramienta PROM.

Material y métodos

Estudio cualitativo con grupos de discusión de pacientes y familiares, la muestra fue por conveniencia. Los pacientes fueron reclutados desde la unidad de calidad por personal entrenado ajeno al equipo asistencial. Los participantes rellenaron un consentimiento informado. La saturación de una categoría determinó la finalización de la recogida de datos y el tamaño final de la muestra. Los datos se analizaron mediante codificación axial, abierta y selectiva. La información se verificará por métodos de triangulación y se informará en todo momento a los participantes, respetando en todo momento los principios éticos correspondientes y la confidencialidad.

Resultados

Los resultados en salud son priorizados por los pacientes: tras el diagnóstico su prioridad es sobrevivir. Explicitaron el estigma que el cáncer acarrea como enfermedad mortal. Una vez que la supervivencia a medio plazo está asegurada, comienzan los sentimientos de rechazo de los tratamientos y efectos secundarios y aparece la preocupación por aspectos estéticos y funcionales. Sin embargo, no suelen comunicarlos al considerar que son secundarios y que el objetivo primario está cumplido. A los profesionales porque asumen que ya deben conocer los efectos secundarios por tanto no tiene sentido comentarlos, y en cualquier caso no son evitables. A su familia no se comunican los sentimientos negativos para evitarles un nuevo motivo de sufrimiento o ansiedad por algo secundario como por ejemplo la imagen personal. Sin embargo, agradecerían un espacio donde poder comentarlo en intimidad y con tranquilidad al equipo asistencial. Por ello, consideran que los cuestionarios de calidad de vida son pertinentes y necesarios.

Conclusiones

Herramientas compartidas entre pacientes y equipo asistencial para registrar el estado, evolución y vivencia de la enfermedad es aceptada por pacientes y familiares, considerándolas pertinentes y necesarias, y con una utilidad extra como formas de comunicación más cómodas, más respetuosas con su intimidad de los pacientes y con el tiempo de los profesionales. Permiten comunicar efectos indeseables que normalmente no se comunican al equipo por considerarlos inevitables o una recriminación al profesional.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS: RESULTADOS Y EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS.

AUTORES

Susana Cañibano Díez¹; B Busto Rodríguez²; G Alvarez Chamorro³; C Vallina Vazquez⁴; V Herranz Gonzalez⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Monte Naranco¹; SESPA²; Hospital Monte Naranco³; Hospital Monte Naranco⁴; Hospital Monte Naranco⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Altos niveles de satisfacción se asocian a mejores resultados, tanto en el cumplimiento terapéutico como en el proceso realizado. El centro sanitario, comprometido con la calidad desde hace más de 20 años, pretende ofrecer una atención acorde con las expectativas de sus pacientes. Para ello, en el año 2013 decide conocer la opinión de los usuarios atendidos en Consultas externas.

Objetivos

Conocer y evaluar la opinión de los usuarios sobre la asistencia recibida en consultas externas y qué factores determinan su satisfacción o insatisfacción con la atención que reciben.

Material y métodos

Análisis transversal de los datos recogidos entre 2013 y 2018, a través de una encuesta de Consultas Externas, entregada en dos cortes anuales, en mayo y noviembre.

Las variables analizadas han sido:

- Facilidad para conseguir cita
- Tiempo de permanencia en lista de espera
- Ubicación, comodidad, estado y limpieza de la zona de consultas
- Tiempo de espera en consulta
- Trato del personal no sanitario
- Eficacia y competencia del personal no sanitario
- Trato de personal médico
- Eficacia y competencia del personal médico
- Tiempo dedicado por el médico en la consulta
- Trato del personal de enfermería
- Eficacia y competencia del personal de enfermería
- Información facilitada sobre su problema de salud
- Tiempo de espera e información sobre las pruebas diagnósticas
- Respeto de los profesionales hacia su intimidad
- Satisfacción global en su visita al especialista

Cada una de las variables puntúa según una escala de 1 (peor) a 10 (mejor). El cuestionario dispone asimismo de un campo libre para aportar información adicional.

Resultados

El total de cuestionarios cumplimentados ha sido de 4.807; 3.282 lo han sido por mujeres, 1.172 por varones; 353 no aportan información sobre el sexo. La media de edad es de 48 años con un intervalo entre 4 y 99 años.

Las variables mejor puntuadas han sido: Trato de personal médico: 9.58; Eficacia y competencia del personal médico: 9.49; Trato del personal de enfermería: 9.46; Eficacia y competencia del personal de enfermería: 9.43.

Las variables que han obtenido las puntuaciones mas bajas han sido: Tiempo de permanencia en lista de espera: 7.21; Facilidad para conseguir cita: 8.07; Tiempo de espera en consulta: 8.31; Eficacia y competencia del personal no sanitario: 8.89

No se han encontrado diferencias significativas en los datos a lo largo de los años encuestados.

Se aportan comentarios en 121 encuestas (2,5%): 21 sugerencias, 46 quejas y 54 agradecimientos.

Conclusiones

Se aprecian altos niveles de satisfacción, la puntuación más baja es del 7,21. La mejores puntuaciones se obtienen en la valoración del trato, y en la eficacia y competencia del personal médico y de enfermería.

El mayor número de oportunidades identificadas se refieren a tiempos de espera, tanto en lista como en consulta, así como la dificultad para conseguir cita y la eficacia del personal no sanitario.

IMPLEMENTACION DE HERRAMIENTAS LEAN EN EL PROCESO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN SALA DE PARTOS

AUTORES

Sandra Hernandez Aguado¹; O Gomez Rincon²; Y Gimenez³; A Arranz Betegón⁴; T Roe Justiniano⁵; J Bellart Alfonso⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clinic de Barcelona

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) supone una demanda importante en nuestro centro. La IVE es un proceso muy complejo en el que se encuentran implicados numerosos profesionales. Todo ello hace que no siempre se pueda ofrecer una atención de calidad ni sea eficiente.

Objetivos

El objetivo principal es crear una nueva cultura de trabajo y la optimización del proceso IVE mediante la metodología Lean.

Objetivos específicos (antes y después de la implementación LEAN)

- Diminuir la estancia media de las pacientes
- Evaluar la satisfacción de las pacientes atendidas
- Evaluar la satisfacción de los profesionales sanitarios implicados en el proceso
- Evaluar el número de incidentes-reclamaciones

Material y métodos

Implementación de la metodología Lean en la gestión del proceso de IVE en el Servicio de medicina materno fetal del l'Hospital Clínic de Barcelona durante el período de 2018-2019.

Para estudiar la situación de partida del proyecto, se extrajo de la base de datos la información referente al número de IVE/año, la media del tiempo de expulsión- ingreso según la edad gestacional, el número de incidentes-reclamaciones del circuito de IVE.

Se realizó un estudio de los principales desperdicios mediante el estudio con un diagrama de flujo de los diferentes subprocesos de la IVE: visita consultas externas, hospitalización, visita de seguimiento. Además también se estudió el número de documentos necesarios durante todo el proceso mediante un diagrama de flujo .

Para solventar el problema del método de trabajo y estandarizar la asistencia, se realizó un listado de comprobación con la metodología de actuación, y que determinase las actividades exactas a realizar, con un orden y repartidas entre los diferentes profesionales (listado de verificación). Se formó al personal y se implementó una prueba piloto para alcanzar los objetivos fijados y disminuir la variabilidad del proceso.

Cuando ha sido necesaria información adicional se han utilizado tablas, vídeos, plantillas cerradas y mediciones.

Resultados

Mediante las herramientas Lean, se han conseguido diversas mejoras en el proceso.

En el subproceso de consultas externas, con la implementación de las mejoras, se han reducido las visitas imprevistas en un 40% y se ha optimizado el tiempo de visita disponible de 15 a 45 minutos, disminuyendo la variabilidad en el tiempo del proceso. Mediante al estudio con un diagrama de flujo del proceso de hospitalización-expulsión y la implementación de mejoras se ha reducido el tiempo de estancia media hospitalaria a < 12 horas y se ha disminuido el número de profesionales implicados y el número de documentos necesarios

Conclusiones

La implantación del modelo de gestión Lean en el proceso de IVE en el Hospital Clínic de Barcelona ha permitido aumentar la satisfacción de la paciente, sus acompañantes y del personal sanitario implicado. De igual forma ha permitido mejorar la eficiencia del proceso mediante una mayor organización y optimización de recursos disminuyendo la variabilidad del proceso

EXPERIENCIA DE USUARIO EN LA REPRODUCCION ASISTIDA

AUTORES

ARRATE LOYOLA IRULEGUI¹; S CASTELO ZAS²; E IZARZUGAZA ITURRIZAR³; I GALLEGO CAMIÑA⁴; R BENITO RUIZ DE LA PEÑA⁵; R GARCIA FERNANDEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES - IIS BIOCRUCES BIZKAIA - IIS BIOCRUCES BIZKAIA¹; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES²; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES³; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁴; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁵; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES - IIS BIOCRUCES BIZKAIA - IIS BIOCRUCES BIZKAIA⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La experiencia del paciente consiste en escuchar las necesidades de las pacientes y analizar esa información en el contexto sanitario. Concretamente, el proceso del FIVTE es un proceso muy emocional, donde las pacientes viven un momento muy vulnerable. El proceso requiere de la autonomía de las mujeres para inyectarse el tratamiento, es por eso que tiene mucha importancia entender las necesidades informativas y emocionales que viven las pacientes en este proceso.

Para poder aportar valor a es necesario conocer sus 'momentos clave' en el proceso. Entender cuales son los momentos emocionales más bajos y más altos para detectar cuales son los mejores momentos para informar y educar a las pacientes.

Objetivos

El objetivo es diseñar nuevas maneras de informar y comunicar a las pacientes, así como entender la experiencia vivida. Aportar valor a la paciente, conociendo la experiencia vital del mismo con el sistema / proceso. Incluir a pacientes como miembros del equipo de trabajo.

Material y métodos

La metodología que se ha utilizado para este proyecto ha sido la de Design Thinking.

- Service Safari: Para observar la manera en la que se educa a las pacientes sobre la administración del tratamiento.
- Mapas de empatía: Para entender la situación y contexto de las pacientes que viven el proceso de la reproducción asistida.
- Grupo focal con pacientes: Entender la experiencia que han vivido en el servicio y detectar los puntos de mejora.
- Encuesta online para pacientes: Encuesta con preguntas abiertas para entender la experiencia que han vivido en el servicio de aquellas pacientes que no pudieron asistir al grupo focal.
- Customer Journey Map: Creación de un mapa de experiencia de la paciente que abarca desde el primer contacto que las pacientes tienen con el servicio hasta el final. Recoge la experiencia vivida, las emociones prevalentes y los aspectos de mejora.

Resultados

Mejora del circuito de atención a pacientes durante su proceso de la reproducción asistida poniendo la paciente en el centro. Identificación de momentos clave y puntos de contacto (información, llamadas...) para su mejora.

- Detección de 28 puntos de mejora, de los cuales un 39% de ellos están vinculados a una emoción negativa.

Aspectos que se plantean mejorar en el proceso:

- Nuevo circuito de recepción de pacientes en el momento del quirófano.

El 64% de los puntos de mejora detectados están relacionadas con la comunicación. Por lo que se crean nuevas vías de información con las pacientes:

- Creación de un blog de información.
- Nueva hoja de tratamiento para su mejor entendimiento.

Conclusiones

- Acercarnos a conocer las necesidades de los pacientes mediante estas metodologías no es una práctica común, por lo que requiere un cambio cultural en los equipos y un ejercicio de comprensión.
- Aplicar herramientas de Experiencia de Usuario implica la transformación del modelo asistencial.
- No es una herramienta para medir el grado de satisfacción, buscamos identificar los "momentos clave" para poder reconfigurar el proceso.

APRENDIENDO DE “LA VOZ” DEL PACIENTE. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO

AUTORES

Dolors Montserrat Capella¹; P Cazallo Navarro²; C Ruiz Entrecanales³; MT Carbonero Martín⁴; MN Mayo Serrano⁵; AC Ferreras de la Riva⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La satisfacción del paciente no es suficiente para la mejora de la calidad. Es necesario ampliar la información. A través de la “Experiencia del Paciente” podremos mejorar los procesos y transformarnos en una organización centrada en el mismo.

Objetivos

Mejorar el proceso asistencial del paciente que es atendido en el hospital De Día Quirúrgico (HDDQ) para una Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), teniendo en cuenta su percepción y experiencia.

Material y métodos

Se utilizó la metodología creativa de resolución de problemas ‘Design Thinking’ para el análisis del proceso asistencial y la identificación de aquellos aspectos susceptibles de mejora. Participaron profesionales del área quirúrgica, directivos, pacientes y familiares. El proyecto se inició en noviembre 2018. Aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del hospital en febrero de 2019.

Las fases del proyecto fueron:

1ª Mapeo. Se elaboró el contexto y se identificó a las partes interesadas (pacientes, diferentes profesionales, otros). Se formularon las primeras teorías.

2º Exploración/investigación. Se realizaron visitas, encuestas y entrevistas a las partes interesadas y se identificaron los aspectos relevantes del proceso y se definieron los desafíos.

3º Construcción. Se inició la creación de propuestas.

4º Testeo. Se valoraron las ideas con los profesionales y los pacientes.

Resultados

Fase 1: Se realizó el “Viaje del Paciente” y se definieron los momentos clave (total 16), las acciones que se desarrollaban en cada uno de ellos y quién/es las realizaban. Se priorizaron tres momentos: A-“INFORMACIÓN PREVIA OPERACIÓN”, B-“ESPERA PRE-OPERATORIO” y C-“ALTA HOSPITALARIA”.

Fase 2 (abril 2019): Se realizaron encuestas (53) y entrevistas (16) a cirujanos, enfermeras, anestesiista, auxiliares y pacientes.

Fase 3 (mayo 2019): Se elaboraron 52 propuestas de mejora mediante ‘Brainstorming’ y se consensuaron 16 ideas, 5 de 20 para el momento A, 7 de 17 para el B, y 4 de 15 para el C.

Fase 4 (mayo 2019): En base a la viabilidad, recursos e interés para pacientes, se eligieron 3 de las 16 propuestas. De estas se realizó un Prototipo.

1) VIAJE POR LA CMA: folleto visual con información de interés para los pacientes a modo de guía de viaje, cronológica y con un check list a cumplir.

2) ¿CÓMO ESTÁS? 24 HORAS: entrega de una ficha con los principales aspectos a observar por parte del paciente/cuidador/familiar (fiebre, herida, dolor, otros) y que se revisarán con llamada a las 24h, y

3) INFORME PARTIDO Diseño de carpeta de manera que resulte visible que necesitan 2 informes (quirúrgico y de cuidados) antes de salir del hospital.

Conclusiones

Durante los próximos meses se realizará estudio piloto y se analizará cada una de las ideas en función de:

1º Qué es lo más le ha gustado al paciente

2º Qué dudas le han surgido

3º Qué considera innecesario de la implantación y,

4º Qué Ideas tiene para mejorar la propuesta original presentada.

LOS PACIENTES NOS MUEVEN A PENSAR FUERA DE LA CAJA PARA MEJORAR LA GESTIÓN. EXPERIENCIA DE CAMBIO EN CONSULTAS

AUTORES

ROSA MARÍA MORENO RODRIGUEZ¹; ER ÁLVAREZ GIMÉNEZ²; MT MARTÍN ACERO³; CM ELVIRA MARTÍNEZ⁴; E BASOCO JIMÉNEZ⁵; AI ALGUACIL PAU⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La participación activa del paciente no solo en el cuidado de su salud sino también en el diseño de los servicios es clave para mejorar su satisfacción y experiencia y para mejorar y transformar el sistema sanitario

Objetivos

Mejorar la experiencia de los usuarios de consultas de un hospital de alta complejidad, tras aportarnos sus necesidades, expectativas y calidad percibida, añadiendo valor a la atención prestada en este ámbito

Material y métodos

Estudio cuasiexperimental sobre usuarios de consultas del hospital en el que tras conocer sus resultados de satisfacción en 2017, donde fuimos las consultas peor valoradas entre los hospitales de alta complejidad, se realizó en 2018 una intervención multifactorial, multimétodo y multimodal, con directivos, mandos intermedios y profesionales de todos los servicios implicados en las consultas del hospital. Se seleccionaron las variables que más impacto tenían en la satisfacción mediante análisis factorial, priorizándolas con matriz multicriterio. Se intervino con Lean, rediseño de procesos y espacios, grupos focales con usuarios y actuaciones en acceso en transporte público, ajustándonos al presupuesto y normativa. En octubre de 2018 sobre usuarios de las mismas consultas y con los mismos criterios de selección del año anterior, se evaluó la satisfacción y experiencia con el mismo cuestionario que en 2017 y se compararon los resultados

Resultados

Sobre 161 encuestas válidas en 2017 y 2018 (precisión $\pm 7,7\%$, IC 95%) ha subido la satisfacción global con la atención en consultas un 12,6% ($p > 0,05$), situándonos en la media de satisfacción de la Comunidad (90,1%) y hospitales complejos (90,6%). La mejora ha sido significativa ($p > 0,05$) en el tiempo en llegar al centro (+13,5%) y en todas las variables relacionadas con la competencia e información recibida por el especialista (+5,7%) donde estamos por encima de la media de hospitales complejos. La confortabilidad ha mejorado un 6,2%, el tiempo hasta que le vio el especialista un 6,8% y la participación en la toma de decisiones un 2,7%, por encima de la media de hospitales complejos, aunque la diferencia no es significativa. Las variables que han mejorado son las que se priorizaron por ser las que más importancia tenían en la satisfacción con la atención recibida en consultas en el análisis factorial, porque en la matriz multicriterio consideramos más factibles económica y organizativamente y por ser las más importantes para los pacientes en los grupos focales y fue sobre las que se intervino multifactorialmente

Conclusiones

La mejora en la experiencia y calidad percibida de los pacientes en las consultas es fruto del trabajo en equipo multidisciplinar, del abordaje metodológico multifactorial, incluyendo la participación de los pacientes y del compromiso, confianza y empuje de los profesionales, jefes y supervisores. Esta transformación organizativa que ha demostrado aportar valor al paciente, confiamos sea el inicio de un largo proyecto para convertir el centro en un referente en atención en consultas en la Comunidad

EXPERIENCIA DE FAMILIARES Y PACIENTES EN REHABILITACIÓN TRANSDISCIPLINAR DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

AUTORES

ROCIO TABOADA PADIN¹; A ENRIQUEZ MARIÑO²; L CAMINO MARTINEZ³; M VÉLEZ REGUEIRO⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL QUIRONSAJUD MIGUEL DOMINGUEZ PONTEVEDRA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

El daño cerebral adquirido (DCA) es una lesión adquirida después del nacimiento, con consecuencias temporales o permanentes que causan una discapacidad total o parcial funcional y que genera un desajuste psicosocial. En España afecta a 450000 personas, con una incidencia anual de 105000 casos, pacientes que quedarán con unas secuelas visibles o invisibles (alteración de memoria, apatía, dificultad para decidir, problemas de planificación...), que demandan un equipo multidisciplinar de trabajo.

El Instituto de Neurorehabilitación de Pontevedra es un centro especializado en la asistencia y recuperación de pacientes con DCA y asistencia a sus familiares.

Objetivos

El objetivo es el bienestar del paciente y su reinserción en su vida familiar.

La participación de la familia en la evolución y toma de decisiones

Material y métodos

Se realiza una intervención clínica precoz intensiva sobre el paciente, transversal y en concepto de “24 horas”, con el paciente como centro y la familia de soporte.

Se realiza una encuesta, con la ayuda del servicio de atención al paciente, a pacientes y familiares dados de alta de la unidad a lo largo de 12 meses. Se realizan encuestas telefónicas con 5 preguntas que evalúan el método de trabajo, y con respuestas numéricas ordinales 0-5, salvo la de satisfacción 0-10.

Resultados

El nivel de satisfacción de los encuestados era muy alto, obteniendo una puntuación de 8.8;

Obtuvimos una muestra de 84 pacientes, de los cuales contestaron a la llamada 53; 3 declinaron responder, 42 promotores, 6 pasivos y 2 detractores, lo que da un NPS calculado de 80%.

Conclusiones

Según los datos obtenidos, el resultado es altamente satisfactorio para nuestros pacientes y sus familiares. Trabajamos para seguir mejorando, pero apoya que nuestro método centrado en el paciente, transdisciplinar y transversal con la familia implicada en los planes y toma de decisiones es beneficioso para el paciente y reduce las secuelas. Abierta la valoración de la integración del paciente en su entorno familiar.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DÍA

AUTORES

PATRICIA REY PIGNATELLI¹; A VALDIVIA PÉREZ²; JM LACALLE MARTÍNEZ³; B FORTUNY ORGANS⁴.

CENTRO DE TRABAJO

MARINA SALUD HOSPITAL DE DENIA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Conocer las opiniones de los pacientes que han hecho uso del Hospital de día médico, gracias a ellas podemos ser conocedores del nivel de su nivel de satisfacción y estar en situación de poder proponer mejoras concretas y mejorar la calidad asistencial.

Conocer las necesidades socio-sanitarias de los estos pacientes e intentar satisfacerlas con el fin de mejorar siempre la calidad de vida del paciente. Esta información facilitará la toma de decisiones respecto a las mejoras concretas propuestas a establecer.

El seguimiento de las áreas de mejora nos permitirá valorar tanto la efectividad de las medidas implementadas como el cambio que se va produciendo en la percepción del servicio por parte de los pacientes.

Objetivos

Obtener informaciones, opiniones, actitudes y experiencias en torno al HDM para conocer en detalle la esencia de las vivencias de los pacientes y qué esperan éstos.

Estudiar nuestras fortalezas y mantenerlas y saber dónde y cuándo no se están cumpliendo con las expectativas de los pacientes.

Conocer las acciones necesarias para mejorar, basadas en el impacto de los hechos clave en la Experiencia de Paciente.

Material y métodos

Encuestas de opinión realizadas telefónicamente a pacientes del Hospital de día médico atendidos en el período: noviembre 2018 - enero 2019, siguiendo un cuestionario predefinido, hasta alcanzar 100 entrevistas completas.

Focus Group con pacientes de HDM: se trata de un método de encuesta cualitativa muy rápida, eficaz y cooperativa. La situación del grupo permite obtener diferentes puntos de vista así como percepciones fruto de la interacción. Esta técnica permite profundizar dado que los participantes siempre tienen la oportunidad de justificar sus afirmaciones, estableciendo un diálogo e incluso un debate en torno a los temas tratados para conocer las opiniones e impresiones de nuestros pacientes al respecto.

Resultados

Los puntos fuertes a destacar son el excelente trato humano que reciben los pacientes, la profesionalidad del personal sanitario que les da confianza y les transmite la seguridad que necesitan y la calidad de la información recibida por el paciente. La humanización del servicio les ayuda a ellos y a sus familias a superar esta etapa.

La satisfacción global con el servicio también es excelente y la probabilidad de recomendación de nuestros pacientes es muy alta, el Net Promoter Score (NPS) de este servicio alcanza el valor de 63,27.

Los puntos débiles a destacar están relacionados con las carencias estructurales, los pacientes solo reclaman más sillones para recibir los tratamientos, ya que perciben la falta de espacio y la saturación del servicio como una oportunidad de mejora.

Conclusiones

Los pacientes nos afirman que perciben: seguridad, profesionalidad del personal, buen trato recibido, humanización del servicio, calidad de la información..., reclaman mejoras a nivel estructural y respecto a los tiempos para la obtención de citas y de espera para recibir la atención sanitaria.

EXPERIENCIA DEL PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

PATRICIA REY PIGNATELLI¹; A VALDIVIA PÉREZ²; JM LACALLE MARTÍNEZ³; B FORTUNY ORGANS⁴.

CENTRO DE TRABAJO

MARINA SALUD HOSPITAL DE DENIA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La calidad y la seguridad, por sí solas, ya no son suficientes. Los pacientes dan por sentado que recibirán la mejor asistencia y cuidados posibles, pero, además, esperan que sus circunstancias personales relacionadas con las incertidumbres, temores y preocupaciones que genera todo proceso patológico sean entendidas y atendidas. La combinación de calidad y calidez en la asistencia sanitaria es fundamental una vez que la salud combina aspectos físicos, psicológicos y sociales tal y como la define la OMS.

Objetivos

Tener una foto de la experiencia del paciente. Conocer en detalle sus vivencias en las cuatro etapas por las que transita al acudir al servicio de urgencias del Hospital de Dénia.

Entender las expectativas. Conocer qué espera el paciente en cada una de las etapas que vive.

Saber dónde actuar. Estudiar las fortalezas, mantenerlas y saber dónde y cuándo no se está cumpliendo con las expectativas del paciente

Mover a la acción. Activar las palancas necesarias basadas en el impacto de los hechos clave en la Experiencia de Paciente. Decir el cómo y el porqué, para mejorar los indicadores e incrementar los pacientes satisfechos

Material y métodos

En el estudio se diferenciaron cuatro etapas en la vivencia del paciente: ADMISIÓN, ESPERA, TRIAJE y CONSULTA y se hizo sobre pacientes que habían acudido durante un mes al servicio de urgencias.

Los indicadores utilizados han sido:

Net Promoter Score (NPS): la probabilidad de recomendación que tiene un paciente hacia un servicio concreto.

Satisfacción del paciente: cómo de contento está un paciente con una experiencia.

Experiencia Ideal (WOW): la experiencia deseada que el paciente ha dicho que quiere vivir en cada una de las etapas. Este indicador que va del 0 al 100%. Si el % de cumplimiento es < 60% se genera una Experiencia OUCH!, es decir produce dolor en el paciente, si se sitúa entre el 60% y 90% lo que genera es una Experiencia OK, es decir aceptable y si es > 90% decimos que se genera la Experiencia WOW, es decir que sorprende y satisface al paciente.

El estudio se ha hecho tomando como referencia el realizado por la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) usándolo como referencia.

Los tres se han aplicado a nivel global y además el indicador de Experiencia Ideal se ha calculado para cada una de las etapas.

Resultados

A nivel global la Experiencia WOW que vive un paciente en Urgencias es del: 66.7% frente al 68.1% obtenido en el IDIS, en todas las etapas estamos entre el 60% y el 90% de cumplimiento.

El NPS global es de 22, valor > 0 puntuación positiva, una puntuación 50 o mayor se consideraría excelente.

La Satisfacción global: el 81% de los pacientes se consideran Satisfechos o Muy satisfechos.

Conclusiones

Los componentes del servicio de urgencias han sido conocedores de la necesidad de mejorar la cantidad y la calidad de la información que recibe el paciente, así como de las acciones necesarias para disminuir la vulnerabilidad del paciente en cada una de las etapas que atraviesa el paciente.

¡HAGAMOS JUNTOS EL HOSPITAL QUE QUIERES! “EXPERIENCIA PACIENTE”: UN CAMBIO ESTRATÉGICO CULTURAL, NECESARIO Y URGENTE

AUTORES

Andreu Aloy-Duch¹; M Clarambo-Semis²; MC Ferrer-Badia³; V Remedios-Roman⁴; A Barrado-Virgili⁵; R Lledó-Rodríguez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital General de Granollers

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La ‘experiencia paciente’ (XP) obliga a una escucha activa del mismo y de su entorno (familiares / cuidadores) incorporando su visión y su voz, en todos aquellos elementos relacionados con la estrategia del centro, la gestión, la estructura, los procesos asistenciales, y las informaciones hacia el usuario a partir de su experiencia, fruto de su paso por cada proceso asistencial.

Objetivos

Describir el proceso inicial de implementación y resultados del objetivo estratégico sobre XP en 3 fases: 1) diseño del proyecto, 2) campaña comunicativa, y 3) implementación con actividades específicas.

Material y métodos

Nuestro centro es un hospital universitario de referencia comarcal. Atiende 280.000 visitas ambulatorias anuales, 19.000 ingresos y 110.000 urgencias. Con el nuevo Plan Estratégico se inició, como uno de sus objetivos estrella, el proyecto de XP con el lema ‘Más de todos. Hagamos juntos el hospital que quieres’. La implementación se ha realizado en 3 trimestres entre 2018-2019. Los profesionales encargados del proyecto XP se constituyeron en distintos órganos gestores liderados por la dirección de clientes, el área de la Atención al Usuario y su comisión multidisciplinar, con el soporte de una empresa consultora.

Resultados

El proyecto se inició en el 4º trimestre de 2018.

1ª fase. Se trabajó con 4 centros pioneros, 7 proveedores, los líderes del centro y la empresa consultora.

2ª fase. El proyecto se presentó a los profesionales del centro en >30 reuniones para evaluar su aceptación. Se organizó una Jornada de Puertas Abiertas a la Ciudadanía, con 136 entrevistas a pacientes sobre posibles áreas de mejora, visitas guiadas a 72 usuarios, talleres infantiles (40 usuarios), acciones informativas a 200 usuarios, y un obsequio a los 410 pacientes ingresados aquel día. Se expusieron 3 flujogramas donde los usuarios opinaron con 126 notas adhesivas sobre aspectos que gustaban, quejas, o propuestas: 62 (49%) de at.ambulatoria con 56% quejas, 38 (30%) de at.urgente con 63% quejas, y 26 (21%) de at.hospitalaria con 38% quejas. Se participó en 1 feria multisectorial, 5 jornadas, y se difundió a 4 medios de comunicación.

3ª fase. Se realizaron 2 talleres/flujograma con 30 pacientes; se siguieron 40 pacientes durante un día en Atención ambulatoria; se adecuó el plan de formación y el protocolo de trato; y participaron 29 profesionales en 2 talleres con flujogramas. Se realizaron 2 grupos focales (usuarios y/o acompañantes, y profesionales) sobre las obras del futuro “hall” del centro, con un 80% de participación, y se recibieron 64 propuestas incorporándose al proyecto final 44 (68,75%).

Conclusiones

La necesidad de implementar un cambio cultural dentro de la institución que incluya la voz del paciente en el momento de la toma de decisiones, ha motivado el objetivo estrella del próximo quinquenio de nuestro centro con el lema ‘Más de todos. Hagamos juntos el hospital que quieres’, para adecuarnos a sus necesidades y garantizar que la XP sea lo más satisfactoria posible.

CLAROS Y SOMBRAS EN LA IMPLANTACIÓN DE NUESTROS PROGRAMAS DE CALIDAD DE VIDA

AUTORES

SUSANA CASTELO ZAS¹; A LOYOLA IRULEGUI²; M GUZMAN ALONSO³; I GALLEGO CAMIÑA⁴; E IZARZUGAZA ITURRIZAR⁵; R BENITO RUIZ DE LA PEÑA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES, HOSPITAL DE CRUCES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

El programa de calidad de vida es uno de los programas estrellas de nuestra OSI, que pretende incorporar variables de calidad de vida percibida que reportan los pacientes. Se basa en los sets que propone el consorcio ICHOM, pero dejando a criterio de cada organización la sistemática de implantación concreta, por lo que hasta llegar a su nivel de desarrollo actual hemos tenido que pasar por varios ciclos de mejora.

Objetivos

Mejora continua de nuestro proyecto Mi calidad de vida, persiguiendo una mejor adaptación de los mismos a nuestra organización y pacientes.

Material y métodos

Anualmente elegimos dos patologías de las que propone ICHOM para ser implantadas en el año. Con el equipo multidisciplinar creado para el proyecto se revisa el set y se define la ruta más adecuada, así como las mejoras a realizar y herramientas a usar para garantizar su éxito. Una vez implantada la ruta periódicamente se evalúa su despliegue y funcionamiento para hacer las mejoras pertinentes. Asimismo, se tienen en cuenta los fallos cometidos en las anteriores rutas, de cara a hacerlas cada vez más eficientes y menos costosas de implantar.

Resultados

Son varias las modificaciones realizadas estos casi 3 años de desarrollo, pero destacaremos las de mayor calado.

El primer obstáculo han sido los sistemas informáticos, han hecho que pasáramos de pensar en la subcontratación de algunas herramientas a apostar por potenciar las que estaba desarrollando nuestra organización central: gestor informático de peticiones, encuestas vía carpeta de salud, uso de tablets... En algún caso optamos por un desarrollo parcelado del set en lugar de por patología para que fuera más abordable. Hemos podido comprobar que es mejor definir una ruta lo más completa posible contando con todos sus interlocutores.

La asunción del liderazgo y la responsabilidad en el proyecto es imprescindible, ocasionando grandes retrasos en el desarrollo de la ruta cuando esto no estaba bien hilado. Hacemos una selección cuidadosa de los referentes, no dejamos que la responsabilidad se diluya en un equipo y marcamos un líder claro que traicione.

La definición de los formularios de registro ha ido cambiada de una implantación a otra intentándonos adaptar a las peculiaridades de los servicios, pero hemos aprendido que menos es más y que hay que dejar bien claro en el formulario los momentos clave: quién hace qué, cuales son las preguntas para cada fase... Conocer los resultados del proyecto hace que este perdure en el tiempo. Los medios técnicos con los que contábamos imposibilitaban disponer de esta información de forma ágil y adaptada. Estamos probando varios sistemas que nos ayuden a lograr esta explotación para el uso de la información en la consulta.

Conclusiones

Los inicios en todo proyecto son complicados, pero es conveniente no limitarse a la planificación inicial y ser flexibles para cambiar sobre la marcha. La aplicación de ciclos de mejora ayudan a ir puliendo los proyectos paulatinamente y a enfocar mejor nuestros esfuerzos y objetivos.

INFORMACIÓN ADAPTADA A LA EXPERIENCIA Y DEMANDAS DE NUESTROS USUARIOS

AUTORES

SUSANA CASTELO ZAS¹; A LOYOLA IRULEGUI²; E IZARZUGAZA ITURRIZAR³; I GALLEGO CAMIÑA⁴; M SAN PEDRO VITUTIA⁵; B ELORDUY SANTAMARINA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES, HOSPITAL DE CRUCES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Estamos en la era de la información, donde todo lo que se necesita está a un click de ratón, pero esta inmediatez tiene un precio: la fiabilidad de las fuentes. En nuestro sector la información es un elemento muy sensible que conviene validar y dosificar en momentos. Además, los documentos que entregamos suelen estar elaborados desde el punto de vista de los profesionales y, como mucho, intentan inferir en lo que pueden requerir nuestros usuarios. Dentro de los proyectos de humanización de nuestra OSI, hemos puesto el foco en cambiar esto y orientar nuestros esfuerzos en elaborar información que responda a las demandas de nuestros usuarios.

Objetivos

Mejorar la información que damos a nuestros pacientes, basándonos sus demandas y personalizando a su patología. Aspiramos a convertirnos en una fuente de información fiable en salud.

Material y métodos

Se convoca a un grupo de pacientes de una patología concreta y se les reúne para una sesión de explorativa en la que, mediante técnicas de experiencia de usuario y Design Thinking, se les pregunta por las mejoras que propondrían a la ruta de atención, incluida la información que se facilita y los momentos en los que se da.

Asimismo, en los casos en los que disponíamos de alguna información ya elaborada, se la presentábamos para que la analizaran e hicieran sus propuestas de mejoras.

Las propuestas recogidas se trasladaban a los servicios implicados y, en función del tipo de demanda y la disponibilidad de recursos, se optaba por la elaboración de un tipo de información y otra: vídeos, hojas informativas, guía informativa, sesiones...

Resultados

1. Desde 2018 hemos realizado 9 talleres, en los que han participado unos 60 pacientes, más otros 37 que fueron invitados a la reflexión estratégica de la OSI.
2. Se han elaborado videos informativos con las áreas temáticas que nos solicitaban.
3. Se han modificado varias hojas informativas y elaborado nuevas.
4. En algunas patologías se ha empezado a influir otras áreas informativas que no se contemplaban hasta el momento, como por ejemplo información nutricional en el debute de una enfermedad.
5. Hemos creado un Blog (blog Esano EEC) donde poner a disposición de los usuarios la información que vamos elaborándolo organizada por patología.
6. Se han elaborado guías informativas específicas para patologías priorizadas por la organización dentro del proyecto Mi calidad de vida (5 guías).
7. Se han lanzado mensajes puntuales en nuestras redes sociales.

Conclusiones

La vivencia de la enfermedad condiciona mucho la información que se absorbe, por lo que poder trabajar directamente con los pacientes en qué información necesitan, cómo les gustaría recibirla y en qué momentos, nos ayuda a que tengan un mejor manejo de su enfermedad, ya que entienden mejor lo que les pasa y qué pueden hacer para ayudar a cuidarse.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS: FACTORES CONDICIONANTES

AUTORES

Beatriz Valentín-López¹; A Fernández-Delgado²; C Navarro-Royo³; JM Cantero-Escribano⁴; A Pardo-Hernández⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La satisfacción del paciente con la atención recibida es un aspecto clave de la calidad asistencial que proporciona información fundamental sobre las expectativas y las percepciones de los pacientes, permite detectar posibles áreas de mejora y adecuar la práctica asistencial a las prioridades y preferencias del paciente.

Objetivos

Identificar la influencia de distintos aspectos de las urgencias hospitalarias sobre la satisfacción global de la atención recibida en un servicio regional de salud, con el objetivo de priorizar las actuaciones de mejora.

Material y métodos

Estudio transversal que evalúa diversos aspectos relacionados con la atención recibida en urgencias hospitalarias mediante una encuesta de satisfacción, que se realiza anualmente a una muestra representativa de la población atendida en un servicio regional de salud.

La encuesta, mediante entrevista telefónica, recoge la satisfacción del paciente con las instalaciones del centro, los tiempos de espera, los profesionales sanitarios, la información recibida, la satisfacción global, la recomendación del servicio y las sugerencias de mejora. Se realiza un análisis descriptivo de los resultados y se construye un modelo de regresión lineal múltiple para identificar las variables con una mayor influencia e impacto sobre la satisfacción global de la atención recibida en urgencias hospitalarias. Se excluyen del análisis aquellas variables altamente correlacionadas, para trabajar con un modelo más eficiente. Se elabora una matriz de actuación estratégica que identifica las áreas de actuación prioritaria para mejorar la atención sanitaria.

Resultados

En 2018 se entrevistaron a 4.347 pacientes de 27 hospitales, error muestral $\pm 1,49\%$. Un 82,3% de los pacientes manifiestan estar satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida y un 89,5% recomendarían el servicio de urgencias hospitalarias.

El análisis multivariante revela que las variables asociadas con la satisfacción en urgencias son el tiempo total de estancia en el servicio, ($\hat{\beta}=0,223$), la información sobre su problema de salud ($\hat{\beta}=0,189$), la resolución de su problema ($\hat{\beta}=0,181$), el trato y amabilidad con el médico ($\hat{\beta}=0,139$), el tiempo de espera hasta una primera valoración ($\hat{\beta}=0,119$), el respeto de la intimidad ($\hat{\beta}=0,100$), el tiempo y dedicación del personal de enfermería ($\hat{\beta}=0,096$) y la comodidad de la sala de espera ($\hat{\beta}=0,087$), con $p < 0,001$ y $R^2=0,685$.

La matriz estratégica determina que la resolución del problema (satisfacción 82,0%) y la información sobre su problema de salud (satisfacción 86,2%), son aspectos con gran impacto en la satisfacción global del servicio y altos resultados; mientras que el tiempo total en urgencias (satisfacción 66,2%), con gran impacto también, es un área de mejora.

Conclusiones

El análisis de la satisfacción en urgencias hospitalarias a través de técnicas multivariantes permite identificar los aspectos de mayor impacto en la satisfacción global del servicio, como la resolución del problema o los tiempos de espera, para priorizar las actuaciones de mejora.

CAMBIO EN LA FORMA DE PREGUNTAR A NUESTROS PACIENTES

AUTORES

MARGARITA GUZMAN ALONSO¹; A BUESO GONZALEZ²; R GONZALEZ CANTERA³; C MARLASCA PEREDA⁴; I CHAVARRI RUBIO⁵; MA VALERO USATEGUI⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES, HOSPITAL DE CRUCES

TIPO: ORAL MEJORES COMUNICACIONES

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La enfermedad tiene más factores de los que solemos abordar directamente en la consulta, tenemos organizados nuestras revisiones desde el punto de vista clínico, y se nos suele olvidar que al paciente le preocupan otras cosas asociadas a su enfermedad. Solemos dejar en mano de los propios pacientes el que afloran esas inquietudes, pero en muchos casos esas preguntas acaban sin plantearse. En nuestra OSI queremos empezar a poner el foco de atención en aquello que realmente importa a los pacientes en cada una de las fases de manejo de su enfermedad, y para ello nos basamos en la dinámica de trabajo que propone el Consorcio ICHOM.

Objetivos

Incorporar en los seguimientos de pacientes variables de calidad de vida percibida, permitiendo ofrecer así una personalización de la atención a la patología concreta y a sus necesidades y expectativas.

Material y métodos

El Consorcio ICHOM propone un set de herramientas a usar por patologías concretas, que incluyen variables estadísticas, variables clínicas y variables de paciente: PROM (resultados de calidad de vida) y PREM (resultados de experiencia percibida).

Las variables PREM se usan en el diseño inicial de la ruta y en las revisiones periódicas, y las obtenemos usando herramientas de Innovación, Design Thinking y experiencia de usuario.

Los resultados de los PROM se extraen de encuestas directas a pacientes, en los que pregunta por los aspectos de su enfermedad que más les preocupan. Se usan escalas validas a nivel internacional como: EORTC QLQ, EPIC-26, PROMIS, CLEFT-Q, BREAST-Q...

Resultados

Actualmente todas las patologías que abordamos con este enfoque tienen en cuenta estos aspectos:

- En todas las patologías se pregunta directamente sobre calidad de vida percibida en diferentes áreas, bien sea por sus encuestas o mediante la inclusión del EuroQol – 5D (EQ-5).
- En Cáncer localizado de próstata sobre función sexual función intestinal, función urinaria estado emocional. 174 pacientes han contestado estas encuestas.
- En ICTUS sobre dependencia y estado emocional. 336 pacientes han contestado estas encuestas.
- En Cáncer de mama sobre estados de ánimo, imagen física, disfunción sexual, relaciones sociales... 68 pacientes han contestado estas encuestas.
- En fisura palatina sobre imagen percibida, bloqueo nasal... Actualmente en fase de pilotaje.
- En enfermedad inflamatoria digestiva sobre nutrición y enfermedades relacionadas (ojos, Reumatología...). Actualmente en fase de diseño.

Conclusiones

- Incluir estas escalas en nuestra dinámica de trabajo supone sistematizar preguntas sobre áreas concretas que suelen quedar relegadas a un segundo plano.
- Estamos poco acostumbrados a acercarnos a conocer los insights de los pacientes.
- En algunos casos se trata de preguntas que rondan la intimidad, pero la mayoría de los pacientes se muestra dispuesto a contestar las encuestas, en varias ocasiones como pide la metodología de trabajo.
- Es importante tener un sistema estructurado para recoger necesidades de los pacientes porque no coinciden con las de los clínicos.

PROGRAMA “MI CALIDAD DE VIDA” EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA DIGESTIVA

AUTORES

Olga Merino Ochoa¹; S Ibáñez Feijoo²; JM García González³; TA Méndez Sampedro⁴; R Ituarte Uriarte⁵; MJ Burches Feliciano⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES, HOSPITAL DE CRUCES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La OSI EEC ha realizado una apuesta firme por el modelo Value Based Health Care (VBHC), que aboga por incorporar variables de calidad de vida percibida que reportan los pacientes a las variables que tradicionalmente venimos midiendo.

La Unidad de Inflammatoria inicia un proceso para analizar su circuito de atención y reorientar sus acciones de mejora en aquellos elementos que optimizan la experiencia de sus pacientes, y se adhiere al programa corporativo de VBHC.

Objetivos

Sistematizar la incorporación de variables de calidad de vida percibida y reorientar la asistencia hacia lo que realmente aporta valor a los pacientes.

Material y métodos

Se conformó un equipo multidisciplinar con especialistas de todos los niveles implicados en la patología: Digestivo, Nutrición, Urgencias, Radiología, Historia Clínica, Informática, Innovación y Calidad, Evaluación económica...

El mapeo del proceso desde la perspectiva del paciente es el primer paso en la implantación de ICHOM. Para ello se emplean dinámicas de experiencia del usuario y Design Thinking. La ruta dibujada se contrasta con los profesionales implicados en toda la secuencia y se extrae un listado de acciones de mejora que se trabaja en el equipo.

Posteriormente, se concreta la ruta teniendo como marco referencia el set propuesto para la patología por el Consorcio ICHOM. Se diseñan los formularios, encuestas e información necesaria para asegurar el correcto funcionamiento de la ruta, así como planificar las diferentes herramientas a implantar.

Resultados

En la sesión con pacientes, en la que participaron 7 pacientes con Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa, obtuvimos un listado de 14 propuestas de mejora que se encuentran en diferente nivel de abordaje.

Pese a encontramos finalizando la fase de diseño de la ruta, se han llevado a cabo modificaciones importantes en la misma:

- Se ha definido una Consulta no presencial específica para la Unidad de inflamatoria.
- Se está trabajando en establecer un circuito prioritario para estas patologías.
- Se han elaborado pautas generales de nutrición en el debut de la enfermedad.
- Se está intentando agilizar algunos tiempos de espera.
- Se está reduciendo la burocratización y papeleo para los pacientes.
- Se están explorando las herramientas virtuales desarrolladas por nuestra organización central para ofrecer seguimiento virtual a los pacientes en fase asintomática.

Conclusiones

- Implantar VBHC implica una transformación de la organización.
- Emplear herramientas de experiencia de usuario aporta un enfoque diferente en el diseño de rutas, y hace que centres los esfuerzos en lo que realmente va a aportar valor a todos los implicados.
- Es importante este cambio de enfoque, en especial con patologías de largo recorrido, para que los pacientes se sientan acompañados y consigamos mejores resultados.

MEJORA DE LA EXPERIENCIA AL PACIENTE EN CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN Y CONSULTAS.

AUTORES

ANTONIO JOSE MOLLA BAU⁶.

CENTRO DE TRABAJO
SERVICIOS CENTRALES.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

DIFERENCIACIÓN POR ATENCIÓN TRAS APERTURA DE NUEVOS CENTROS SANITARIOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, CATALUÑA Y MADRID
PASAR DE: PENSAR EN EL PACIENTE - PENSAR COMO EL PACIENTE - PENSAR CON EL PACIENTE
LOS PACIENTES QUE RECORDARÁN SU PASO POR EL CENTRO SON AQUELLOS A LOS QUE LES HAYAMOS PODIDO 'TOCAR' EMOCIONALMENTE

Objetivos

1. MEJORAR LOS RATIOS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES EN ESOS CENTROS
2. IDENTIFICAR NUESTRAS CLÍNICAS POR VALORES RELACIONADOS CON LA HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN
3. REDUCIR LA SENSACIÓN DE ANGUSTIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y EN SUS FAMILIARES
4. CREAR ENTORNOS AMIGABLES INTRODUCIENDO TÉCNICAS DE 'GAMIFICACIÓN'
5. PROTOCOLIZAR LA ATENCIÓN BASADA EN ESTAS CUESTIONES

Material y métodos

1. CREACIÓN DE PASILLO DE EXPERIENCIA PACIENTE:
ATENCIÓN TELEFÓNICA - ATENCIÓN EN RECEPCIÓN - SALA DE ESPERA - ATENCIÓN EN CONSULTAS - REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS - ENTREGA Y PREPARACIÓN DE RESULTADOS
2. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS
3. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE MISTERY PATIENT EN NUESTROS CENTROS
4. ASESORAMIENTO POR CONSULTORA EXTERNA
5. COMITÉ DE ATENCIÓN AL PACIENTE: EN EL QUE SE ABORDAN TODAS ESTAS CUESTIONES POR LOS RESPONSABLES DE PROCESOS ASISTENCIALES Ó CLAVES (AQUELLOS RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE).
6. DOCUMENTOS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y PROTOCOLOS
7. CONTENIDO AUDIOVISUAL Y MATERIAL DE APOYO AL PACIENTE

Resultados

MEJORA DEL % SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES
PRIMA LA ATENCIÓN RESPECTO A LOS TIEMPOS Y LOS PACIENTES LO COMPRENDEN
CONSOLIDACIÓN DEL ACTO ÚNICO COMO SEÑA DE IDENTIDAD DE LAS CLÍNICAS
REDUCCIÓN DE PACIENTES CON ANSIEDAD, ANGUSTIA Y CLAUSTRÓFOBIA ANTE UNA PRUEBA DE IMAGEN
DISMINUCIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE SEDACIÓN PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS
CREACIÓN DE IMAGEN DE MARCA POR DIFERENCIACIÓN EN EL SERVICIO

Conclusiones

- A. COLOCAR AL PACIENTE EN EL CENTRO DE LA ASISTENCIA, SUPONE CONTAR CON ÉL DESDE EL PRIMER MOMENTO EN EL QUE SE ABORDAN EXPERIENCIAS DE ESTA ÍNDOLE
- B. NO QUEDA OTRA, HAY QUE HUMANIZAR EL PROCESO
- C. LA FORMACIÓN ES UN MEDIO IMPRESCINDIBLE EN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS
- D. NO SOLO HAY QUE SER UN BUEN SANITARIO O FACULTATIVO (QUE TAMBIÉN). LAS DOTES COMUNICATIVAS Y LA EMPATÍA SON NECESARIAS PARA GENERAR ESA EXPERIENCIA A PACIENTE. ESTO PUEDE AFECTAR A LOS REQUISITOS DE CONTRATACIÓN, ASÍ COMO A LAS COMPETENCIAS
- E. UNA VEZ INICIADO EL CAMINO, NO HAY MARCHA ATRÁS

LOS PACIENTES DERIVADOS A HOSPITALES CONCERTADOS ESTÁN SATISFECHOS, PERO... ¿MENOS, MÁS O IGUAL QUE EN LOS PROPIOS?

AUTORES

Adelia Más Castillo¹; P Parra Hidalgo²; JE Calle Urra³; T Ramón Esparza⁴; P Nieto Martínez⁵; C López Rojo⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección General de Calidad Asistencial, Evaluación y Seguridad. Servicio Murciano de Salud.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Para el Servicio Murciano de Salud (SMS) siempre ha sido una asignatura pendiente conocer la satisfacción de los pacientes que eran derivados a otros centros para ser intervenidos. En 2018 se utiliza por primera vez el mismo cuestionario EMCA de Calidad Percibida y Satisfacción en Hospitalización de adultos del SMS para entrevistar a estos pacientes y así detectar en ellos oportunidades de mejora.

Objetivos

Averiguar Calidad percibida y Satisfacción de los pacientes que son derivados a Centros Concertados para operar. Comparar los resultados obtenidos con los de los hospitales del SMS para los mismos indicadores y en el mismo periodo de tiempo.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, transversal, en pacientes de 14 años y más de alta en el periodo de estudio, en los 9 Hospitales Públicos del SMS y 6 Hospitales Concertados.

Instrumento: Cuestionario EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización de Adultos del SMS que explora Información, Organización, Trato, Competencia Profesional, Infraestructura, Satisfacción Global y Fidelización, cumplimentado mediante entrevista telefónica asistida por ordenador, por entrevistadores formados.

Características de la muestra (2.492 encuestas en SMS y 541 en concertados): edad media: 52,6 en concertados y 62,6 en SMS; sexo: 47,9% hombres en concertados y 52,1% en SMS; estudios: sin estudios o incompletos 12,9% concertados y 30,6% SMS.

Resultados

Sin diferencias estadísticamente significativas en indicadores de satisfacción global, 8,7 para el SMS y 8,9 para la media de los hospitales concertados.

Los valores medios de los indicadores de los H. Concertados superan el 80% del cumplimiento a excepción de información de normas de funcionamiento de la unidad de hospitalización, donde el SMS, aunque sin alcanzar los niveles de calidad requeridos, los supera de forma significativa (63,3% vs 47,1%).

Hay diferencias significativas a favor de los Concertados en 7 de los 37 indicadores estudiados:

- Infraestructura: limpieza de la planta (96,8% vs 85,8%), comodidad de la habitación (88,7% vs 73,7%) y en servicio y calidad de la comida (81,2% vs 66,9%).
- Organización: tranquilidad para descansar en la noche (93,5% vs 87,3%).
- Trato de los celadores (99% vs 97%) y respeto de intimidad (95,3% vs 91,9%).
- Acogida: confirmar identidad preguntando nombre (95,5% vs 91,4%)

Aunque sin diferencias estadísticamente significativas, los pacientes puntúan mejor al SMS en las preguntas: volvería al hospital si pudiera elegir (92,2% vs 89,6%) y recomendación del centro (82,5% vs 80,5%).

Conclusiones

Herramienta consistente y adecuada para obtención de indicadores que posibilitan la comparación de resultados entre distintos hospitales. Los hospitales concertados son bien valorados por los pacientes que son derivados a ellos, con niveles altos de satisfacción (> 80%), en todas las dimensiones. Los indicadores de infraestructura (comida y comodidad de habitaciones) se valoran mejor en Hospitales Concertados que en los Públicos, donde queda un amplio margen de mejora para ellos.

LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMO PARTE DE LA EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES DEL SESPA

AUTORES

NATALIA RIVAS SUÁREZ¹; VJ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ²; M BADA SÁNCHEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

UC-SESPA¹; UC-SESPA²; UC-SESPA³.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

‘La experiencia del paciente consiste en el proceso por el que reciben cuidados los pacientes, las familias y los cuidadores. Es un elemento central de calidad junto a la excelencia clínica y la seguridad en los cuidados’ (Sistema Nacional de Salud Británico-NHS 2013). Mientras que la satisfacción del paciente mide la calidad del servicio prestado desde una perspectiva de la organización, la experiencia de paciente busca conocer la experiencia global del mismo desde el primer contacto con el sistema hasta el alta.

La Unidad de Certificación en Calidad del SESPA (UC-SESPA), en el proceso de evaluación de la calidad de los hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias con la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial (GECCAs), además de las evidencias objetivas obtenidas a través de la auditoría, quiere explorar las vivencias del paciente a través de la escucha activa de estos y sus familiares.

Objetivos

Conocer el cumplimiento de los estándares de calidad de la GECCAs a través de las vivencias concretas de pacientes y familiares. Poner en valor la forma en que se percibe la asistencia sanitaria recibida.

Material y métodos

Durante una de las jornadas de auditoría la UC-SESPA realiza una entrevista semiestructurada diseñada para este cometido y que utiliza preguntas abiertas. El cuestionario pretende poner voz a la percepción que los usuarios del centro tienen en relación con la atención sanitaria, si han sentido dolor, si se sienten informados, si han tenido en cuenta sus opiniones, las dificultades en torno a su estancia en el hospital, el trato recibido...

Para dar forma a los resultados de las entrevistas se construye un banco de 98 sentimientos y percepciones de carácter dicotómico, utilizando como base el modelo del Diferencial Semántico de Charles Osgood.

En la parte final de la entrevista le preguntamos al paciente por sus expectativas en relación con la atención sanitaria, los valores, las dificultades encontradas y las sugerencias de mejora, lo que nos permite contruir lo que denominamos la Brújula de experiencia del paciente.

Resultados

Emisión de un informe para el hospital auditado, sobre la percepción y vivencias de sus pacientes en aquellos circuitos de la GECCAs que tienen un alto contenido experiencial para el paciente y donde la calidad percibida y la humanización de la asistencia sanitaria juega un papel crucial (acogida, intimidad, sanidad amable, consentimiento informado, participación de pacientes y familiares, accesibilidad...), así como sobre sus expectativas, valores, dificultades y sugerencias de mejora.

Conclusiones

Con la incorporación de la exploración de la experiencia del paciente en el proceso de evaluación de los hospitales, se pone voz al paciente, a través de la escucha activa del mismo y sus familiares, lo que, por un parte sirve para completar la valoración de algunos de los estándares que se evalúan y se ofrece al hospital auditado un conocimiento sobre la percepción que sus propios pacientes tienen de la asistencia prestada en el mismo.

EL PACIENTE AUDITOR COMO PARTE DE LA EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES DEL SESPA

AUTORES

NATALIA RIVAS SUÁREZ¹; M BADA SÁNCHEZ²; VJ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

UC-SESPA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La Unidad de Certificación en Calidad del SESPA (UC-SESPA), en el proceso de evaluación de la calidad de los hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) con la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial (GECCAs) y su Esquema de Evaluación, además de las evidencias objetivas obtenidas a través de la auditoría, busca conocer el cumplimiento de los estándares de calidad a través de las vivencias concretas (experiencias) de pacientes y familiares.

Estas experiencias (vivencias subjetivas y emocionales), se recogen con la participación del paciente se recogen a través de dos fuentes: la experiencia de paciente y el paciente auditor (objeto de esta comunicación).

Objetivos

Involucrar al paciente en el sistema sanitario como centro de la atención, favoreciendo su participación como auditor, para mejorar la accesibilidad y la seguridad de la asistencia sanitaria.

Material y métodos

Durante una de las jornadas de auditoría de los hospitales, los auditores ingenieros valoran la cadena de accesibilidad. A partir de mayo de 2019, se suma a esta evaluación la delegación asturiana de la ONCE, con la que la UC-SESPA ha acordado un pacto de colaboración para que sus técnicos de rehabilitación, con amplia experiencia en la accesibilidad de las personas con discapacidad visual, nos acompañen en las evaluaciones de los hospitales.

La segunda de las asociaciones con la que hemos contactado, ha sido COCEMFE Asturias (Confederación española que agrupa en una sola entidad a todas las asociaciones de personas con discapacidad física y orgánica del Principado de Asturias). Hemos acordado con ellos un pacto de colaboración para que sus técnicos de accesibilidad (uno de los cuáles también es paciente por su discapacidad) nos acompañen en las auditorías a partir de junio de 2019.

Para completar la cadena de accesibilidad, vamos a contactar con la Fundación Vinjoy, Fundación Asturiana con casi 150 años de historia que realizan un intervención integral en la sordera, donde son referentes a nivel nacional.

Resultados

Mejorar, con las colaboraciones con estas asociaciones, la accesibilidad de los hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias, para todos los colectivos con algún tipo de discapacidad, con su participación en las auditorías, como paciente auditor.

Conclusiones

La Unidad de Certificación en Calidad del SESPA, como Organismo Evaluador de la Conformidad (OEC), evalúa las evidencias objetivas para realizar sus auditorías de calidad. Sin embargo creemos que también tiene suma importancia la valoración de las experiencias, incorporando al paciente auditor, lo que hace que la auditoría ofrezca resultados más cercanos a las necesidades y expectativas de los ciudadanos que atendemos y nos proporciona la posibilidad de explorar oportunidades de mejora a las que no llegaríamos por otros métodos, con el propósito último de contribuir a la mejora de la atención sanitaria que brindamos.

ADECUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA EN LA SALA DE EXTRACCIONES DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

AUTORES

MARINA GOMEZ CHINCHON¹; C PEREZ-JORGE PEREMARCH²; M RODRIGUEZ-OSORIO CAMPOS³; B GARCIA CORRAL⁴; G GOMEZ CIUDAD⁵; I GADEA GIRONÉS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACION JIMENEZ DIAZ⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

La Sala de extracciones de la Fundación Jiménez Díaz (FJD) funciona sin cita, por lo que es imprescindible conocer el volumen de pacientes y el tiempo de espera medio para adecuar el personal y ofrecer una buena atención a los pacientes.

Objetivos

Controlar los tiempos de espera en la Sala de extracciones y disminuir en un 20% el número de pacientes que tardan en ser atendidos más de 15 minutos, ya que partimos de una media de 34% de pacientes que esperan más de este tiempo, en el año 2018.

Material y métodos

A través de las encuestas NPS bienales que se realizan en la FJD, se obtuvieron valoraciones negativas sobre el elevado tiempo de espera en la Sala de extracciones, por lo que desarrollamos una herramienta que evaluase el número de pacientes que esperan más de 15 minutos en la Sala de extracciones, incorporando esta medida como indicador, estratificando el tiempo de espera por franjas horarias y días de la semana, en relación al volumen de pacientes atendidos.

A tenor de los resultados comprobamos que en la franja horaria de 8-10h, especialmente los lunes, debíamos reforzar el Servicio para poder ofrecer una mejor atención a los pacientes. Estos resultados se presentaron ante la Dirección del Hospital, aumentando 3 puestos de extracción, que actualmente se refuerzan en los picos y días de máxima afluencia que detectamos mensualmente.

Resultados

Los resultados obtenidos en las encuestas de NPS del año 2016 fueron de un 93.7% entre promotores (puntuación: 9-10) y pasivos (puntuación: 7-8) y en el año 2018 un 91.7%, dato similar teniendo en cuenta que en el año 2016 obtuvimos 95 respuestas y en el año 2018 un número de respuestas muy superior (799 respuestas).

En Mayo de 2018 comenzamos a medir estos tiempos obteniendo un promedio de un 41.8% de pacientes que esperaron más de 15 minutos en los meses de Mayo a Octubre. Tras el envío de los datos a Dirección médica y el aumento de 3 puestos de extracción, a mediados de noviembre se produce un descenso drástico de los tiempos de espera, pasando a obtener un 14% de pacientes en el mes de Noviembre y un 7.3% en el mes de Diciembre.

Así, creamos un indicador partiendo de una media de un 34% en el año 2018 (Mayo-Diciembre), obteniendo una media de un 6.8% en el primer trimestre del 2019 y de un 10.2% en los meses de Abril-Mayo, a la espera de obtener el dato de junio.

Conclusiones

Es fundamental aprovechar la experiencia del paciente y atender las necesidades detectadas en las encuestas NPS, para adecuar el personal necesario en los picos y días de máxima afluencia y así mejorar la Calidad percibida por parte del paciente.

En conclusión, como se puede observar por los resultados obtenidos en el 2019, los pacientes han agradecido el haber recogido sus opiniones, de tal forma que se han visto satisfechas sus expectativas respecto al tiempo de espera en la Sala de extracciones.

PROEMPOWER, EMPODERANDO PERSONAS CON DIABETES

AUTORES

Gorka Sánchez Nanclares¹; MJ Caravaca Berenguer²; MP López Acuña³; TJ Martínez Arán⁴; JM Alcaraz Muñoz⁵; LG Contreras Ortiz⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio Murciano de Salud¹; Servicio Murciano de Salud.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: b. Experiencia de Paciente

RESUMEN

Justificación

Es necesario que implementemos herramientas que faciliten la comunicación y la formación de los pacientes, haciéndolos expertos en su propia enfermedad, aumentando su grado de auto-cuidado y definitivamente empoderándolos. Aumentar la capacidad de autogestión del paciente diabético es un objetivo prioritario para mejorar el control de su diabetes, siendo posiblemente la acción más eficiente que podemos tomar, en una enfermedad que supone el mayor gasto sanitario en Europa y cuya prevalencia va en claro aumento, debido al envejecimiento de la población, el sedentarismo y la alimentación industrial. No en vano, muchos consideran a la diabetes tipo 2 la pandemia del siglo XXI.

Objetivos

1. Construir una solución de gestión continua para potenciar el auto-control de los diabéticos tipo 2.
2. Validar dos prototipos de dicha solución -realizados por distintas empresas- en entornos reales de cuatro países.
3. Mejorar la eficiencia de la asistencia sanitaria a los pacientes con diabetes tipo 2.
4. Aumentar la satisfacción de los pacientes, cuidadores y profesionales implicados.
5. Mejorar los resultados en salud en la atención a la diabetes.

Material y métodos

La Compra Pública Precomercial (PCP) es la mejor fórmula para afrontar el riesgo de un desarrollo así. Además está financiada al 90% por la Comisión Europea. PCP propone una selección de propuestas por eliminación de empresas a través de unos requisitos previos de los servicios de salud hasta resultar dos soluciones ganadoras, con el fin de evitar el monopolio.

Los dos prototipos ganadores serán probados por al menos 100 pacientes y 25 profesionales en cada una de las 4 regiones europeas (un mínimo de 400 pacientes y 100 profesionales en total). Las 4 regiones probadoras / validadoras pertenecen a cuatro países diferentes (España, Portugal, Italia y Turquía).

ProEmpower es un proyecto europeo financiado por el programa Horizonte 2020.

Resultados

En la Fase 3 (final) se probarán y validarán durante 7 meses las dos soluciones ganadoras, midiendo su impacto en tres dimensiones de la calidad asistencial:

1. Calidad percibida, mediante encuestas de satisfacción dirigidas a los distintos tipos de usuarios (pacientes, cuidadores y profesionales).
2. Resultados en salud, midiendo la mejora en parámetros clínicos, tomando como indicador clave de estado de la diabetes la hemoglobina glicosilada, aceptada por los clínicos como gold standard.
3. Eficiencia, evaluando el impacto en la frecuentación en Atención Primaria, hospitalizaciones, solicitud de interconsultas y pruebas complementarias.

Conclusiones

La Compra Pública Pre-Comercial es una forma innovadora -además de la más aconsejable- de afrontar el riesgo de construir una solución nueva para el empoderamiento de pacientes diabéticos tipo 2.

El resultado son dos soluciones replicables en cualquier región europea, lo que se garantizará en la fase piloto en la que serán probados durante 7 meses en cuatro países europeos, con el objetivo de obtener finalmente su validación.

ABORDAJE DEL RIESGO DE DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

AUTORES

Eugenia Sopena-Bert¹; R Qanneta²; J Florensa-Bosch³; N Plana-Rubio⁴; E Folch-Ferre⁵; V Valentí- Moreno⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital sociosanitario Francolí

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El delirium es importante debido a su elevada incidencia y a la gravedad que se puede observar en un porcentaje importante de casos. Entre un 25 y un 50% de la totalidad de pacientes presentarán un episodio de delirium en el postoperatorio de una fractura de fémur. Se consideran pacientes con riesgo más elevado de delirium, aquellos que tienen un diagnóstico previo de demencia, un antecedente de delirium en al menos un ingreso previo, así como aquellos pacientes de edad más avanzada.

Objetivos

- 1-Determinar la eficacia de un cambio en la estrategia de manejo preventivo y terapeutico del delirium en una unidad de ortogeriatría
- 2-Evaluar el impacto de un tratamiento preventivo en los pacientes de alto riesgo, en la incidencia y la duración del delirium

Material y métodos

Estudio prospectivo, comparativo, no randomizado de dos cohortes de pacientes, realizado durante 8 meses. Una cohorte (grupo control, durante los 4 primeros meses) tratado con la terapia estándar con paracetamol/metamizol, tramadol de rescate y diazepam y otra cohorte (grupo experimental, durante los 4 meses siguientes) tratado con paracetamol/metamizol y morfina a dosis bajas de rescate junto con benzodicepinas de vida media corta y tratamiento farmacológico preventivo con neurolépticos, en los pacientes de alto riesgo de presentar un delirium (pacientes con diagnóstico previo de demencia y/o antecedente de delirium en ingresos previos). A todos los pacientes del grupo experimental además se les aplico medidas no farmacológicas para la prevención del delirium.

Resultados

Se han incluido 85 pacientes (42 en el grupo control y 43 en el grupo experimental). Mujeres: 64 (75%). Edad media: 85 años (71-105). Diagnóstico previo de demencia: 22 pacientes (33%). Delirium en ingresos previos: 16 pacientes (19%). Barthel media previa.69%; Charlson media 2,4. Un total de 29 pacientes (34%) han tenido un episodio de delirium durante el ingreso actual, 16 pacientes (38%) en el grupo control y 13 pacientes (30%) en el grupo experimental respectivamente (P=0,498). La duración media del delirium en los 29 pacientes que lo presentaron fue de 5,3 días. Esta duración fue en el grupo control de 6,6 días y en el grupo experimental de 3,8 días respectivamente (P= 0.031). En el grupo de pacientes que tenían antecedente de delirium previo, se aprecia que hay una menor incidencia de delirium durante el ingreso actual en el grupo experimental (80% vs 17% P=0.036).

Conclusiones

el tratamiento experimental resultó en una disminución de la duración del delirium, a casi la mitad. También resultó en una reducción no significativa, aunque clínicamente importante, de la incidencia del delirium en el total de la muestra. En el subgrupo de pacientes con antecedente de delirium previo esta disminución de la incidencia fue estadísticamente significativa. El manejo experimental investigado en este estudio ha sido beneficioso para los pacientes, sobretodo en aquellos con mayor riesgo de presentar un episodio de delirium en el postoperatoria de una fractura de cadera.

CREACIÓN DE NUESTRA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE FRACTURAS Y RESULTADOS DURANTE EL 1^{ER} AÑO.

AUTORES

EUGENIA SOPENA BERT¹; R SAN SEGUNDO MOZO²; S CASTRO OREIRO³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLI¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII²; HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII³.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El hecho de haber tenido una fractura por fragilidad incrementa el riesgo entre 2 y 4 de presentar nuevas fracturas. El 33% de los pacientes con fractura de fémur ya habían tenido una fractura previa. La Fractura de fémur per sé, es un factor de riesgo de presentar nuevas fracturas.

Objetivos

- 1- Creación y puesta en marcha durante el 2017; de nuestra propia unidad específicas para la Coordinación de Fracturas o FLS (fracture Liason Service).
- 2- Definición de la muestra y características de las fracturas de los patients que seran valorados por la unidad FLS. Criterios de inclusión y criterios d'exclusión y elaboración de un circuito a seguir
- 3- Abordaje y prevención secundaria de la osteoporosis; de todos los pacientes incluidos en la Unidad FLS

Material y métodos

estudio prospectivo del paciente de 65 años o más, afecto de fractura de fémur, durante el año 2018.

Se elabora una base de recogida de datos:

demográficos: edad, sexo

específicos: tipo de fractura, mecanismo de realización de la fractura, Barthel, Pfeiffer, tratamiento previo osteoporosis, interconsulta reumatología durante el ingreso y tratamiento para la prevención secundaria de la osteoporosis al alta.

analíticos: creatinina, calcio, vit D, PTH

Resultados

Durante el 2018 se incluyeron un total de 200 pacientes en la unidad de coordinación de fracturas. A todos ellos se realizo una valoración sobre la necesidad de iniciar un tratamiento farmacológico específico para la prevención secundaria de la osteoporosis asociado a suplementos de calcio y vitamina D y posterior seguimiento, en función de su estado funcional y cognitivo.

De los 200 pacientes valorados, se realizo una interconsulta a reumatología a 55 patients: (27,5%)

De los 145 pacientes restantes; a excepción de los pacientes que fallecieron o que fueron derivados directamente al hospital de referencia (19+7), NO se realizo interconsulta a reumatología por los siguientes motivos:

- Demencia avanzada: 48 pacientes (41%)
- Limitación funcional previa: 40 pacientes (34,4%)

De todos los pacientes valorados durante el año 2018 en la Unidad, unicamente 15 pacientes tomaban previamente tratamiento farmacológico para la osteoporosis, seguian controles en Consultas Externas de Reumatología y tenían un diagnostico previo de osteoporosis con o sin fracturas asociadas

Conclusiones

- 1- Durante el año 2018, a todos los pacientes con fractura de femur, se realizo una prevención secundaria de la osteoporosis
- 2- La creación de la unidad facilita el trabajo en equipo y el abordaje completo y valoración multidiscipliar de todos los pacientes con fractura de femur que acudieron a nuestro hospital de agudos de referencia. Determinando el abordaje y tratamiento a cada paciente, en función de su funcionalidad y su estado cognitivo.
- 3- El porcentaje de los pacientes con fractura de femur establecida, a los que se habia realizado un prevención primaria de la osteoporosis es mínimo (7,5%)

CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA. RESULTADOS DURANTE EL AÑO 2018

AUTORES

Eugenia Sopena-Bert¹; J Florensa-Bosch²; N Plana-Rubio³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital sociosanitario Francolí.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

La aparición de la ortogeriatría se remonta a los años 60 del siglo pasado. La primera unidad se creó en el reino Unido de la mano de los Dres. Bobby Irvine y Michael Devas y a partir de allí, se extendió por otros países de Europa y Nueva Zelanda.

Objetivos

Desde nuestro hospital sociosanitario y conjuntamente con el Servicio de Traumatología del hospital de agudos, en el año 2013 creamos nuestra unidad de ortogeriatría, con los siguientes objetivos:

- 1- Detección diaria de los pacientes con criterios de Inclusión; pacientes de 65 años o más con fractura de fémur i fractura de ramas.
- 2- Abordaje conjunto con los traumatólogos, desde el momento del ingreso en el hospital de agudos
- Avaluación geriátrica integral, para determinar el estado funcional ,cognitivo y social del paciente para planificar las posibles necesidades y recursos al alta
- 3- Revisión farmacológica y tratamiento activo de los síndromes geriátricos y posibles complicaciones : delirium, úlceras por presión, estreñimiento, infecciones de orina y respiratorias y anemia
- 4- Mejorar la funcionalidad al alta
- 5- Reducir la mortalidad
- 6- Reducir la estancia en el hospital de agudos.

Material y métodos

La unidad de ortogeriatría, està formada por un médico geriatra, una enfermera geriatrica y una trabajadora social, procedentes de nuestro hospital sociosanitario. Diariamente el equipo se desplaza al Servicio de Traumatología del Hospital de agudos; valoración y abordaje conjunto del paciente.

Al 5º día de la cirugía y siempre con el consenso del equipo ortopédico el paciente se traslada a nuestro hospital para realizar el proceso de convalecencia, facilitado por la proximidad entre los dos hospitales.

Resultados

Durante el año 2018, se han incluido 200 pacientes; 161 fracturas de fémur y 39 de ramas pélvicas. La edad media fue de 84,5 años y el 77% fueron mujeres

Prevención de los síndromes geriátricos: De los 161 pacientes con riesgo de delirium, lo presentaron 71 (35 %del total),de los 190 pacientes con riesgo de estreñimiento lo presentaron (19,5% del total), de los 194 pacientes con riesgo de Úlcera por presión lo presentaron 24 (12,5% del total)

La complicación más frecuente fue la infección urinaria 46 (23%),respiratorias 43 (21%). Exitus 8%

La estancia media en hospital de agudos fue de 4,8 días y la total de 25,77 días. El 59% de los pacientes retornaron al domicilio

Conclusiones

Nuestra unidad de ortogeriatría, ha servido para mejorar tanto la funcionalidad, como el abordaje en general de este tipo de paciente y patología; disminuyendo la aparición de síndromes geriátricos y complicaciones. Se ha disminuido la estancia al hospital de agudos y un alto porcentaje de pacientes retornaron al domicilio

RESULTADOS DEL TRABAJO ENFERMERO: NUEVO MODELO DE ATENCIÓN

AUTORES

Carmen Tusquellas Oto¹; J Rodriguez Sadurni²; G Pérez Gimenez³; T Riera Pages⁴; M Lara Rodriguez⁵; S De Sande Pérez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital General de Granollers

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El Nuevo Modelo asistencial de enfermería pretende dar un nuevo marco de trabajo para que los equipos de enfermería enfoquen su trayectoria centrada en el enfermo, valorando la enfermedad como un proceso no como un conjunto de tareas encapsuladas en diferentes turnos, marcando indicadores de resultado por equipo. El modelo pretende reflejarse en métodos de trabajo Internacionales inspirados en las enfermeras de primaria "primary nursing" desarrollando los mismos conceptos en las unidades de hospitalización, donde un equipo enfermera/TCAI a parte de las tareas diarias de todos los enfermos de que son responsables, deben profundizar en los indicadores de un número pequeño y concreto de enfermos. De esta manera cada uno de los enfermos depende de un equipo que tiene como objetivo comprobar que la atención sea integral y de calidad.

Objetivos

Evaluar los resultados enfermeros

Dar una buena atención de calidad

Mejorar la satisfacción de los profesionales y de los enfermos.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo.

Las unidades de hospitalización de nuestro hospital tienen 34 camas, atendidos por nueve equipos de enfermería distribuidas entre mañana tarde y dos turnos de noche, 134 DUI,s i 125 TCAI,s.. Cada equipo són referentes de tres a cuatro enfermos a parte de la atención rutinaria de los doce/trece restantes.

Indicadores Registro de valoración de enfermería, riesgo de desnutrición, test de disfagia, riesgo social. Identificación del enfermo. Vías periféricas y centrales, Sondes vesicales, Sueros. Revisión Plan de cuidados. Curso clínico. Alta de enfermería. Información de la referencia del equipo al enfermo y la satisfacción del enfermo.

Dos veces al año, mes de abril i mes de noviembre, las Jefas de Área evalúan a cada uno de los equipos enfermera/TCAI, revisando todos los indicadores de cada uno de sus enfermos, la jefa de área realiza una encuesta a todos y cada uno de los enfermos de cada equipo. Se planifica una reunión con el equipo realizando el feedback de los resultados obtenidos analizando los logros y valorando acciones de mejora.

Resultados

Extrayendo los datos del CMI de la DI, podemos navegar des de los resultados globales de los indicadores marcados al individual del equipo de enfermería.

Del indicador de vías periféricas de todas las unidades de hospitalización vemos que el 2017 alcanzamos un 97% y el 2018 un 100%.

Si analizamos una unidad concreta como la unidad de MI observamos en las Vías periféricas el 2017 un 100% y 2018 100%

Si visualizamos el turno tarde de la unidad de geriatría observamos Vías periféricas 2017 98% 2018 100%

Si valoramos el equipo enfermera AUX de turno de mañana de MI por ejemplo en el indicador de la Identificación de enfermos: 2017 92% y 2018 100%

Conclusiones

Este modelo permite evaluar el trabajo enfermero, envolviéndolo de valor ya que el trabajo bien hecho es un reflejo de buena calidad asistencial y una mejor seguridad de los enfermos, hecho que da satisfacción al profesional y al enfermo.

CALENDARIO GREGORIANO 437 AÑOS DESPUÉS: REPERCUSIONES FARMACOTERAPÉUTICAS.

AUTORES

Unax Lertxundi Etxeberria¹; R Hernandez Palacios²; S Domingo Etxaburu³; P Mànita Guinea⁴; J Medrano Albeniz⁵; R Sánchez Bernal⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Red de Salud Mental de Álava¹; Red de Salud Mental de Álava²; OSI Debarrena³; Red de Salud Mental de Álava⁴; Red de Salud Mental de Bizkaia⁵; Red de Salud Mental de Álava⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Era el día del señor del 24 de febrero del año 1.582, cuando el Papa Gregorio XIII, en su “bula inter gravissimas”, dividió el año común en 12 meses de duración irregular, de 28, 30 o 31 días, más un febrero de 29 días en años bisiestos. En aquel entonces, creemos que no pudo imaginar las implicaciones que esta decisión podría tener en el ámbito farmacoterapéutico.

Objetivos

1. Justificar la exclusión del término mes en la prescripción farmacológica y en la posología, en base a la evidencia científica

Material y métodos

Se realizó el análisis de todas las prescripciones extrahospitalarias de antipsicóticos inyectables de acción prolongada (aripirazol o paliperidona) (LAI), de administración mensual durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018. Los datos se extrajeron de la historia clínica electrónica de Osakidetza utilizando tecnología Business Intelligence (BI). También se revisaron las dosis diarias definidas (DDD) y las frecuencias utilizadas durante los ensayos clínicos (ECA). El estudio se aprobó por el Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (PI2018170).

Resultados

1. Se identificaron 2.534 pacientes diferentes. De ellos, 805 recibieron aripirazol y 1.772 pacientes paliperidona (36 pacientes recibieron ambos). Esto supuso un total de 20.418 inyecciones dispensadas.
2. Un 52% de las prescripciones fueron cada 30 días y un 48% cada 4 semanas (q4w).
3. Un tercio de las administraciones condicionadas por la prescripción cada 30 días debían administrarse en fin de semana.
4. La prescripción q4w implicó una inyección anual adicional, lo que supone un incremento 7,14% de la dosis con respecto a la prescripción cada 30 días. Es esperable además, 21 efectos adversos locales adicionales por año con aripirazol, según la incidencia comunicada en la ficha técnica del producto (5,1%).
5. El cambio de frecuencia de todas las prescripciones de cada 30 días a q4w hubiera supuesto en un coste adicional de 495,420 € (129,035 € para aripirazol LAI y 366,385 € para paliperidona LAI).
6. A pesar de que la práctica totalidad de los ECA de los LAI se han realizado con periodicidad q4w, la DDD se calcula considerando su administración cada 30 días. Esto supone una infraestimación del consumo real de antipsicóticos LAI del 7%, además de repercutir sobre la fijación de precios.

Conclusiones

1. La definición inexacta de ‘mes’, derivada del calendario gregoriano, tiene profundas e insospechadas implicaciones en muchos aspectos de la farmacoterapia actual.
2. Las Agencias Reguladoras de Medicamentos debieran evitar incluir el término ‘mes’ en la sección de posología de los antipsicóticos LAI sustituyéndolo por el de q4w o 28 días.
3. El WHO Collaborating Centre for Drug Statistics debiera replantear el cálculo de los DDD considerando 4 semanas en lugar de 30 días.
4. Debiera excluirse el término “mensual” de las Herramientas de Prescripción Electrónica.
5. En definitiva, la práctica habitual pone en evidencia que medimos con micrómetro, marcamos con tiza y cortamos con hacha.

MEJORA DE LA CALIDAD DEL PROCESO CLÍNICO-ASISTENCIAL DEL CÁNCER DE RECTO MEDIANTE AUDITORÍAS CLÍNICAS

AUTORES

Maria Glòria TORRAS BOATELLA¹; E CANALS SUBIRATS²; A VIDAL MILLA³; C MUÑOZ-MONTPLET⁴; M PUIGDEMONT GUINART⁵; E GONZALEZ MUÑOZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Institut Català d'Oncologia

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El tratamiento del cáncer de recto (CR) es un proceso complejo que requiere de un abordaje multi-disciplinar y puede implicar variabilidad. Se hace recomendable su monitorización mediante auditorías clínicas, que se aplican sistemáticamente en esta organización monográfica de atención al cáncer, con 3 centros que ofrecen tratamientos de radioterapia oncológica (RO). Es el centro de referencia en oncología para el 45% de la población adulta de Cataluña.

Objetivos

El objetivo del estudio fue medir el grado de mejora de la calidad del proceso clínico-asistencial conseguido en pacientes con cáncer de recto, especialmente en la fase diagnóstica y tratamiento, tras la aplicación del plan de mejora establecido después de una primera auditoría.

Material y métodos

Se trata de un estudio comparativo multicéntrico de dos cohortes de 120 pacientes cada una (40 por centro), seleccionada aleatoriamente del total de pacientes diagnosticados de CR y que habían iniciado tratamiento curativo con RO. La primera auditoría se realizó en el año 2013. Identificadas las áreas de mejora, se aprobó un plan de acción (2016) que incluyó en la fase diagnóstica, acciones orientadas a mejorar la disponibilidad y estandarización del informe de la resonancia magnética (RM) y presentación de casos al Comité de Tumores, para aprobar el plan terapéutico. En la fase terapéutica elaboración e implantación de un protocolo de gestión de interrupciones de las sesiones de radioterapia y unificación e implantación del protocolo de control de imágenes en los 3 centros. Se realizó una segunda auditoría en el año 2018, para evaluar su impacto

Resultados

En la fase diagnóstica destaca el aumento significativo de la disponibilidad del informe de la biopsia que se ha evidenciado en el 100% de la muestra. En el 100% de casos consta la realización de la RM de estadificación, cuyo informe cumple con los criterios establecidos en el 77,5% de los casos, (incremento significativo). La estrategia de tratamiento fue similar entre centros y en las 2 cohortes. En sólo el 9.7% de los pacientes que sufrieron una interrupción se realizó una compensación de la dosis. El protocolo de gestión de interrupciones de tratamiento aprobado en junio/2017, se cumplió en solo un 9,7%. No se observó una disminución significativa de pacientes que alargan el tratamiento más de 7 días ni tampoco en cuanto al porcentaje de pacientes cuya última dosis se administre un lunes. El protocolo de control de imágenes aprobado en octubre de 2016, se cumplió en un 95,8%.

Conclusiones

La auditoría realizada nos ha permitido constatar la corrección total o parcial de la mayoría de áreas de mejora identificadas en la primera auditoría, disminuyéndose la variabilidad entre centros y mejorando el grado de adhesión a la Guía Clínica de CR, a su vez identifica otras en las que seguir trabajando (interrupciones de los tratamientos)

INICIO DE UN PROGRAMA DE CITORREDUCCION E HIPEC EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL. EXPERIENCIA Y SOPORTE EN UNA UCI

AUTORES

JAVIER FERRERO CALLEJA¹; MC GARCIA TORREJON².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El tratamiento con quimioterapia hipertermica intraperitoneal (HIPEC) implica la administración de quimioterapia a altas dosis de fármacos citostáticos y altas temperaturas dentro de la cavidad abdominal y, conjuntamente con la cirugía radical citoreductora (CRS), constituye el estándar de tratamiento actual de la carcinomatosis peritoneal.

Objetivos

Validar un protocolo de manejo de pacientes sometidos a CRS+HIPEC en nuestro centro, así como los resultados tras la aplicación de un protocolo de tratamiento oncológico y quirúrgico, dentro del postoperatorio y estancia en UCI.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo en una UCI polivalente de 8 camas, durante 12 meses, con pacientes sometidos a citoreducción+HIPEC.

Resultados

Resultados preliminares de una serie de 15 pacientes con un programa de implantación reciente.

En el estudio se obtienen variables perioperatorios (tiempo quirúrgico; estancia en UCI y hospitalaria; reintervenciones y reingresos en UCI) y resultados postoperatorios (mortalidad, global y supervivencia al mes, a los 3 meses y a los 6 meses)

Y finalmente se refuerza el papel de la UCI en el tratamiento de las patologías oncológicas complejas mediante el desarrollo e implantación de un protocolo de tratamiento multimodal oncológico y quirúrgico.

Conclusiones

1. El tratamiento con CRS+HIPEC constituye el 'gold estándar' en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal de diferentes tumores digestivos además de los tumores primarios de peritoneo.
2. La HIPEC se constituye como una posibilidad de aumentar la supervivencia en un grupo seleccionado de pacientes, hasta ahora considerados como terminales.
3. Gracias a la limitación de competencias, creación de protocolos y la formación específica del personal del área de UCI, nos hemos constituido actualmente como uno de los centros hospitalarios españoles que aplican esta técnica, sirviendo de referencia a otros grupos de trabajo en sus inicios.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE BRONQUIOLITIS AGUDA. DISMINUCIÓN DE RECURSOS INNECESARIOS

AUTORES

CARLOS PÉREZ CANOVAS¹; AM MARTÍNEZ ÁLVAREZ²; S MORALO GARCÍA³; D BETETA FERNÁNDEZ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

URGENCIAS PEDIÁTRICAS. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

La bronquiolitis aguda (BA) en pediatría presenta una gran variabilidad en la práctica, lo que significa un uso excesivo de recursos diagnósticos y terapéuticos. Con la aplicación de recomendaciones de guías de práctica clínica podemos evitar la utilización de procedimientos no respaldados por la evidencia, disminuyendo la variabilidad y homogenizando las actuaciones, obteniéndose así un proceso asistencial más seguro y de mejor calidad para el paciente.

Objetivos

Analizar diferencias de actuación en lactantes ingresados por BA en un hospital de tercer nivel antes y tras la instauración de un protocolo. Monitorizar su seguimiento a los dos años. Analizar la estimación de ahorro de coste con la implementación.

Material y métodos

Estudio cuasi experimental pre-post implantación de protocolo; retrospectivo transversal, monitorización a 2 años.

Criterios de inclusión: lactantes con diagnóstico de BA con ingreso hospitalario.

Marco temporal: enero 2014 pre-aplicación de protocolo, enero 2015 post-aplicación de protocolo y enero 2017, 2 años tras aplicación.

Variables dependientes: adecuación de criterio de ingreso, uso de broncodilatadores, uso de antibioterapia, solicitud analítica, radiografía de tórax, uso de oxigenoterapia y ahorro medio por estancia hospitalaria.

Variable independiente: aplicación de protocolo.

Los resultados se expresan con frecuencia absoluta y porcentaje, para la comparación de resultados de variables cualitativas se utilizó prueba de chi-cuadrada y para la comparación de medias el test de Mann-Witney, estableciendo la significación estadística con valor de $p < 0,05$.

Resultados

Tamaño muestral 186 pacientes (65 preprotocolo, 59 postprotocolo y 62 a los 2 años). Tras la introducción de protocolo mejora la adecuación de criterio de ingreso pasando de 35,6% a 53,7% por clasificación moderada-grave mantenida a los 2 años (76,3%). Disminución significativa del uso de broncodilatadores del 93,1% al 36,2% ($p < 0,05$) mantenida a los 2 años (30%) aunque sin adecuación a indicadores de calidad (estándar $< 15\%$). Menor uso de antibioterapia (23,6% preprotocolo al 15,7% postprotocolo) mantenido a los 2 años (18,3%) sin cambios en solicitud analítica (32,8% preprotocolo, 30,5% postprotocolo, 30% a los 2 años) ni radiografía de tórax (11,1% preprotocolo, 10,3% postprotocolo, 13,3% a los 2 años). Disminución significativa no mantenida del uso de oxigenoterapia (82,1% preprotocolo, 61,1% postprotocolo con ascenso al 75% a los 2 años). Disminución en estancia media hospitalaria de 7,54 a 5,83 días tras introducción de protocolo ($p < 0,05$), manteniéndose en 4,55 días a los 2 años. Se realiza estimación de ahorro de costes basado en precio estipulado por cama hospitalaria según Boletín Oficial de la Región de Murcia e ingreso medio anual de BA de 200 pacientes en 390.000 euros.

Conclusiones

La puesta en marcha de un protocolo en el manejo de BA adecua los criterios de ingreso y disminuye el uso de tratamiento sin evidencia científica, lo que lleva consigo un significativo ahorro económico al descender los tiempos medios de ingreso. La monitorización de nuestro protocolo a los dos años sigue mostrando mejorías, aunque hay que seguir propiciando medidas para adecuar manejos a estándares de calidad asistencial en tratamientos.

HACIA LA EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN: MANEJO Y PREVENCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO AUTOLÍTICO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

AUTORES

Maria del Mar Esteve Avila¹; M Crespo Moyano².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda¹; Hospital Puerta de Hierro².

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

En España, el suicidio es la primera causa externa de muerte entre los adolescentes y jóvenes adultos. El riesgo de suicidio es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida, por esa razón dicho riesgo debe ser evaluado de forma sistemática y exhaustiva. Asimismo, se debe contar con protocolos que garanticen la seguridad del paciente y minimicen el riesgo.

Objetivos

Valorar las similitudes del Protocolo MANEJO Y PREVENCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO AUTOLÍTICO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM) con la Guía de Buenas Prácticas en Enfermería sobre VALORACIÓN Y CUIDADO DE LOS ADULTOS EN RIESGO DE IDEACIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA, publicada por Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).

Material y métodos

Revisión documental en la que se comparan las Recomendaciones propuestas en Guía RNAO y las propuestas en Protocolo HUPHM. Para comparar las similitudes entre ambos documentos se diseñó un checklist, que incluía las 26 recomendaciones recogidas en Guía RNAO. Una especialista en Salud Mental y formada en Implementación en Buenas Prácticas de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, llevó a cabo la revisión y aplicación del checklist.

Resultados

La Guía RNAO consta de 26 recomendaciones: Práctica (14, orientadas al papel de la enfermera y estrategias a aplicar), Formación (2), Organización (10, orientadas hacia las instituciones que acogen a este tipo de pacientes). El Protocolo HUPHM sigue las premisas de la Unidad de Calidad del centro, recoge más de 26 recomendaciones distribuidas en 10 apartados. Al aplicar el checklist se observa que en el Protocolo HUPHM se recogen 13 de las recomendaciones de Práctica de la Guía, excepto el punto que versa sobre la participación de la enfermera en el proceso de intervención psicológica breve "debriefing". Respecto a Formación, hay similitudes con matices, dado que en España se reconoce a la Enfermera Especialista en Salud Mental, pero no está integrada totalmente en la Unidad de Psiquiatría, y por otro, la formación continuada se está produciendo de forma progresiva, pero aún es inferior a lo óptimo. Se cumplen 6 de las 10 recomendaciones.

Conclusiones

Contar con un Protocolo sobre MANEJO Y PREVENCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO AUTOLÍTICO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, es un camino orientado a garantizar la seguridad del paciente y disminuir el riesgo autolítico y, por tanto, es un paso hacia la excelencia de la atención en este tipo de pacientes.

REGISTRO DE PREFERENCIA LINGÜÍSTICA DE PACIENTES/USUARIOS

AUTORES

Xabier Arauzo Uriarte¹; A Etxagibel Galdos²; M Madrid Conde³; E Gezuraga Barrena⁴; M Ogueta Lana⁵; M Bacigalupe Artacho⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Osakidetza

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

En lo que a la normalización del uso del euskera en Osakidetza se refiere, en los últimos años se ha pasado de políticas basadas en crear normativa en materia lingüística a políticas que contemplan a los pacientes como eje central de las actuaciones. Entre ellas se encuentra el proyecto de registro de idioma de preferencia euskera/castellano, orientada a la consecución del reto estratégico Atención en el idioma de preferencia de los usuarios.

Objetivos

Favorecer la comunicación en el idioma elegido entre pacientes y profesionales.

Material y métodos

El idioma de preferencia de los pacientes puede ser registrado por cualquier profesional en la ficha administrativa del paciente (compartida por todas las áreas asistenciales). Así mismo, el propio paciente puede registrarlo a través de la carpeta de salud. Se han llevado a cabo campañas de divulgación en la red. La opción elegida se visualiza en las principales pantallas de información de pacientes (tanto a nivel administrativo como en la historia clínica).

Resultados

En lo que al registro de la opción lingüística se refiere, desde que se inició en 2017 la divulgación de la posibilidad de registro del idioma de preferencia de los pacientes el registro ha ido en aumento progresivamente, alcanzando en mayo de 2019 el 59,39% de pacientes registrados, 10.42 puntos porcentuales más que en el mismo periodo en 2018 y 27.02 puntos porcentuales más que en 2017. El porcentaje de registro está incluido entre los indicadores del contrato programa que suscriben el Departamento de Salud y las organizaciones de Osakidetza. El objetivo para 2019 era del 55% de pacientes registrados.

En lo que a la satisfacción de pacientes se refiere, en el año 2018 el 71.4% de pacientes con registro de idioma habitual euskera han señalado que están satisfechos o muy satisfechos con el uso del euskera en su actividad asistencial, lo que supone un 3.27% más que en 2017.

Conclusiones

El registro y visualización del idioma de preferencia de pacientes posibilita el establecimiento de medidas organizativas dirigidas a favorecer esta opción idiomática, principalmente en la asignación de profesionales bilingües a los pacientes con preferencia "euskera" mejorando así la calidad de los servicios asistenciales que se ofrecen.

“DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL PACIENTE EN RIESGO EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL”

AUTORES

M^a CARMEN GARCIA TORREJON¹; M ADRIA MARTINEZ²; H VILA DEL PASO³; D PEREZ HUERGO⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Identificar de forma precoz a los pacientes en riesgo en el área de hospitalización, utilizando un sistema de alerta que permita: una mayor monitorización en hospitalización convencional. y un seguimiento multidisciplinar y multiprofesional de los pacientes al alta de UCI.

Objetivos

- 1) Reducir el número de ingresos “urgentes y fatídicos” en la UCI, de pacientes hospitalizados.
- 2) Reducir la mortalidad asociada a: Necesidad de reingreso no programado en UCI y Retraso en el ingreso en UCI.
- 3) Reducir la incidencia de complicaciones, sobre todo del paciente crónico en situación crítica. Valorando incluso LTSV (no implementar medidas, no ingreso en UCI, etc).
- 4) Mejorar los resultados post-UCI: Reducir la mortalidad oculta; Reducir la LTSV oculta; Paciente frágil post-UCI (Programa de seguimiento síndrome post-UCI tras el alta de UCI).

Material y métodos

Implantación de una solución informática propia, dentro del hospital, que nos permita identificar de forma precoz a los pacientes en riesgo (planta de hospitalización); elaborando un sistema de alerta temprano, que incluya datos analíticos de ámbito hospitalario, y datos de monitorización clínica a distancia tipo Early Warning Score (EWS), Sequential Organ Failure Assessment score (q-SOFA), entre otros.

Resultados

En estos momentos nos encontramos inmersos en la recogida de datos definitivos, tras la implantación de un sistema de alerta (herramienta informática propia) que identifica de forma precoz a los pacientes de riesgo en el área de hospitalización del centro, y a la espera de resultados definitivos. Ahora bien, previamente se realizó un estudio piloto en nuestro hospital, por un periodo de 2 meses, con recogida de 325 alertas de pacientes hospitalizados, bien definidas, monitorizadas a distancia (analíticas y clínicas), y que nos han animado a continuar con nuestra herramienta.

Conclusiones

- 1) La Identificación precoz de pacientes de riesgo fuera de UCI, y el poder anticiparse al empeoramiento crítico de un paciente hospitalizado, evitando el ingreso tardío en UCI, supondría: Un Beneficio para el enfermo, evitando un mayor empeoramiento clínico, y su posibilidad de exitus; y un Beneficio para el hospital, permitiendo gestionar mejor sus recursos, reduciendo el gasto sanitario.
- 2) La atención clínica anticipada en estos enfermos en situación de riesgo, influye favorablemente en el curso clínico y en el pronóstico de su enfermedad.
- 3) Enfatizar la actividad dirigida a la detección precoz del paciente grave, en cualquier área de hospitalización.
- 4) Modificar el flujo de entrada de pacientes a la UCI:
 - Transformando el flujo de entrada a UCI, del canal urgente (posiblemente tardío y atendido por el personal de guardia) a una actividad programada, precoz y mejor repartida entre el personal de la unidad de cuidados intensivos.
- 5) Ofrecer una práctica asistencial más segura, eficiente y responsable, en beneficio de nuestros pacientes, con una menor estancia hospitalaria y posiblemente menor mortalidad.

PROGRAMA PSICPAL: RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE CALIDAD A PERSONAS CON ENFERMEDADES AVANZADAS

AUTORES

SARA ELA AGUILAR¹; D MATEO ORTEGA²; JT LIMONERO GARCIA³; J MATÉ MÉNDEZ⁴; E BEAS ALBA⁵; X GÓMEZ-BATISTE⁶.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA¹; CONSORCI SANITARI DE TERRASSA²; UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA³; INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA⁴; INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA⁵; INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA - UNIVERSITAT DE VIC⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Las personas en situación de enfermedad avanzada y/o situación de final de vida experimentan situaciones que pueden generarles malestar emocional. Atender sus necesidades psicosociales y espirituales posibilita una atención integral de calidad y efectiva para el paciente y su entorno afectivo.

Objetivos

El Programa PSICPAL pretende ofrecer atención psicosocial de calidad a personas con enfermedades avanzadas. Promueve la equidad, el acceso y la cobertura de estas necesidades. Es un modelo de atención de calidad que permite realizar evaluaciones completas, reproducibles, que sirvan de referencia en el tiempo y que no se vean afectadas en función de qué profesional las evalúa. El Programa aborda diversos aspectos que incluyen:

- 1) diseño y validación de instrumentos clínicos de detección de necesidades;
- 2) actividades y/o elaboración de materiales docentes de atención psicosocial y espiritual para la formación y capacitación de los profesionales

Material y métodos

- Cribaje y prevalencia de necesidades psicosociales en servicios de salud, sociosanitarios y sociales.
- Identificación de personas con necesidades de atención psicosocial.
- Descripción detallada de las necesidades psicosociales de estas personas.
- Monitorización de las necesidades y de la atención realizada.
- Intervención o derivación para el abordaje especializado de atención psicosocial y/o espiritual.
- Planificación de acciones formativas que capacite a las/os profesionales
- Elaboración de manuales específicos de atención psicosocial

Resultados

A. Instrumentos validados

Dado que no todos los pacientes son atendidos por equipos específicos de atención psicosocial, se proponen instrumentos sencillos y validados en nuestro entorno cultural que garanticen la equidad y la cobertura de las necesidades psicosociales.

1. El cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME), para el cribaje e identificación de necesidades
2. El cuestionario para la Detección del Malestar Emocional de los cuidadores principales (DME-C), para el cribaje e identificación de necesidades de cuidadoras/es
3. La escala de Evaluación de Necesidades Psicosociales y Espirituales (ENP-E), para la evaluación y monitorización sistemáticas de necesidades psicosociales

B. Acciones y materiales docentes:

- Postgrado de atención psicosocial: 30 ETCS, 5 ediciones, 178 alumnos
- Guías de atención psicosocial: publicación de 2 manuales, uno para atención psicológica y otro para atención social.

Conclusiones

Abordar las necesidades emocionales, espirituales y sociales a personas con enfermedades avanzadas facilita la equidad de atención y permite ofrecer una atención integral y específica de calidad. El Programa PSICPAL capacita y facilita los instrumentos necesarios a los profesionales para monitorizar estas necesidades y mejorar la calidad de la atención que proporcionan a los pacientes y sus familias.

REORGANIZACIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN GRUPOS DE MEJORA

AUTORES

Manuel Alcaraz Quiñonero¹; I González García²; T Gil Pérez³; M Francés García⁴; MJ González Lozano⁵; MD Pérez Soler⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Centro de Salud Yecla Este

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El Centro de Salud no es una mera agrupación de profesionales que comparten un espacio físico, sino que éstos conforman un equipo de trabajo. La toma de decisiones de forma multidisciplinaria conlleva una mejor información a las deliberaciones del grupo, ofrece un mayor grado de aproximaciones al problema, y en consecuencia un mejor entendimiento y aceptación de las decisiones finales.

Objetivos

Como objetivo general se planteó en nuestro centro de salud reorganizar el equipo en grupos de trabajo para incorporar las dinámicas de la mejora continua en torno a problemas previamente identificados y priorizados en reuniones generales del equipo. Como objetivos específicos se planteó: 1) Trabajar de manera multidisciplinaria sobre los procesos más prevalentes, 2) Identificar problemas organizativos para abordar su mejora, 3) Poner en marcha proyectos colectivos para recuperar dinámicas de equipo, 4) Implantar una cultura de mejora de la calidad en el centro, y 4) Desarrollar proyectos de investigación en un centro de carácter docente.

Material y métodos

Se aprobó en una reunión general del equipo reorganizar el centro en grupos de mejorar para trabajar sobre procesos asistenciales prevalentes y sobre problemas organizativos. En reuniones sucesivas se identificaron mediante tormenta de ideas problemas clínicos y organizativos. Con posterioridad se priorizaron siguiendo la metodología de comparación por pares. Hasta el momento se han constituido 9 grupos que están trabajando en los siguientes procesos de mejora: 1) proceso de atención al niño asmático, 2) proceso de atención al paciente adulto diabético, 3) proceso de atención al paciente con hipertensión arterial 4) atención a las emergencias en el centro, 5) proceso de acogida al recién nacido, 6) proceso de realización de citologías, 7) proceso de tramitación de visado a inspección de prestaciones farmacéuticas, 8) proceso de atención al paciente con EPOC, y 9) proceso de atención al tabaquismo. Se ha seguido la metodología clásica de ciclo de mejora, basado en el programa EMCA de la Región de Murcia.

Resultados

Hasta el momento el 71% de los profesionales del centro de salud forman parte de los grupos de mejora (100% de los MIR, 75% de los médicos, 75% del personal de enfermería, y el 66% del personal de administración).

Tres grupos han obtenido resultados favorables tras implementar medidas correctoras, cuatro han implementado intervenciones de mejora y están pendientes de realizar la segunda evaluación, y dos han realizado el análisis causal y están definiendo los criterios para evaluar el problema.

Este proyecto ha obtenido el galardón en la convocatoria del I Certamen de Proyectos Innovadores en Atención Primaria de la Consejería de Salud de nuestra Región.

Conclusiones

La detección de problemas para su mejora nos ha permitido buscar un interés común para implementar proyectos compartidos entre los profesionales y superar así un sistema de funcionamiento excesivamente individualista en nuestro centro de salud.

RIVAROXABÁN EN TROMBOPROFILAXIS EN CARディオVERSIÓN ELÉCTRICA

AUTORES

MONICA GRANERO LOPEZ¹; T GONZALEZ FURELOS²; A CASAS MARTINEZ³; I RODRIGUEZ PENIN⁴.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

La cardioversión eléctrica (CVE) es un tratamiento efectivo para restaurar el ritmo sinusal en pacientes con fibrilación auricular. El Comité Técnico de Farmacia del Área Sanitaria aprobó un protocolo de manejo de la CVE utilizando rivaroxabán (R) como anticoagulante oral, como uso especial, para pacientes que no precisasen anticoagulación de forma indefinida (CHA₂DS₂VASC= 0 puntos, o 1 si sexo femenino), limitando su duración a 3 semanas antes y 4 semanas después del procedimiento. La inclusión en la lista de espera para CVE se realizaría en la consulta de marcapasos, 3 semanas después de iniciar R. Dosis de R: 20 mg/24h (15 mg en caso de filtrado glomerular entre 15-49 ml/min). Los pacientes que requiriesen anticoagulación a largo plazo (CHA₂DS₂VASC ≥1), utilizarían acenocumarol.

Objetivos

Valorar la adecuación al protocolo de anticoagulación con R en CVE.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de segundo nivel, de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para CVE. Período: enero 2017 a diciembre 2018. La Unidad de Codificación Clínica proporcionó la casuística del procedimiento. De la historia clínica electrónica y del programa de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia se recogieron: edad, sexo, dispensación y dosis de R, y cumplimiento del protocolo (en cuanto a CHA₂DS₂VASC inicial y duración de tratamiento con R pre y post CVE).

Resultados

Se realizaron 101 CVE, incluyéndose en el protocolo con R 27 pacientes; todos tratados con 20 mg/24h. Dos pacientes que revirtieron espontáneamente a ritmo sinusal se excluyeron del estudio. En 3 pacientes se desconocía el CHA₂DS₂VASC inicial por lo que no se pudo valorar el ajuste al protocolo (total pacientes: 22; edad media: 58 años (44-70); 86,4% hombres). Cumplimiento del protocolo en cuanto a CHA₂DS₂VASC= 0 puntos (o 1 si sexo femenino): 16 pacientes (73%); en el resto el valor del mismo era ≥1, hombres. Cumplimiento del protocolo referido a duración de R 3 semanas previas a CVE: 2 pacientes (9%); 3 pacientes no cumplen porque recibieron anticoagulación con enoxaparina previa en lugar de R. De los 17 restantes, se retrasó la CVE 1 semana más en 5 pacientes; 2 semanas más en 6 y más de 3 semanas en 6 pacientes. Los motivos de retraso se relacionaron, fundamentalmente, con la disponibilidad de la UCI para realizar la CVE debido a la inclusión tardía en la lista de espera para el procedimiento. Cumplimiento del protocolo referido a duración de R 4 semanas post CVE: 22 pacientes (100%). Ningún paciente con CHA₂DS₂VASC= 0 puntos (o 1 si sexo femenino) continuó más de 4 semanas.

Conclusiones

Un 27% de la población presentó CHA₂DS₂VASC ≥1, candidatos a anticoagulación a largo plazo. Sería recomendable incluir al paciente en la lista de espera al inicio del tratamiento con R, lo que favorecería la coordinación con la UCI para evitar retrasos que influyen negativamente en los tiempos establecidos en el protocolo.

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SEGUIMIENTO DE INYECCIONES INTRAVITREAS EN OFTALMOLOGÍA

AUTORES

Mónica Ballesteros-Silva¹; C Pladevall-Viladecans²; A Boixadera-Espax³; O Gavalda-Moran⁴; M Queralt-Gorgas⁵; MS Romea-Lecumberri⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Vall d'Hebron Hospital Campus.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El Hospital Universitario Vall d'Hebron está implementando un Modelo de Gestión por Procesos Avanzados que se fundamenta en cuatro ejes: seguridad, conocimiento, flujo e innovación. En el eje de conocimiento se está desarrollando la adecuación de la práctica clínica en relación a las inyecciones intravítreas para el manejo de DMAE, EMD, TVR. La variabilidad en el proceso de atención de los pacientes con esta patología, puede afectar su pronóstico clínico y la calidad asistencial.

Objetivos

Estandarizar el circuito de atención sanitaria de los pacientes en tratamiento con IIV.

Material y métodos

En el marco de gestión por Procesos Avanzados se formó un grupo multidisciplinar de mejora y con base en la evidencia científica, se realizaron los siguientes pasos: análisis de la situación basal de la prescripción y administración de las IIV, observación directa del flujo de atención en el servicio de Oftalmología, realización del Value Stream Map y análisis de las causas raíz de acuerdo al diagrama de Ishikawa.

Resultados

Posterior al análisis de todos los factores evaluados en el diagrama de Ishikawa, establecimos un plan de acción de acuerdo a las causas raíz:

Método:

- Estandarizar la solicitud de IIV a través de preconfigurados.
- Generar un mecanismo de control del uso y reposición de las IIV.
- Definir y establecer el rol de enfermería en el seguimiento informático de la administración y reposición de las IIV.
- Ajustar, de acuerdo al volumen de pacientes, las agendas del personal sanitario.

Persona/individuos:

- Formar en metodología de procesos.
- Formar en el uso de preconfigurados en SAP.
- Revisar la tasa de asignación de personal administrativo según el volumen de pacientes por jornada de trabajo.

Material:

- Establecer el circuito de comunicación entre farmacia del HUVH y el PSPV.
- Ajustar y analizar periódicamente, de acuerdo al nuevo flujo, las variables de seguimiento del cuestionario de IIV incluido en SAP.

Equipo:

- Solicitar un ordenador de acuerdo al nuevo rol establecido para el personal de enfermería.

Entorno:

- Mejorar la señalización y localización de los espacios del servicio de Oftalmología.
- Revisar la distribución de la Sala de Espera respecto al flujo de pacientes.

Conclusiones

1. La participación multidisciplinaria en la adecuación de este circuito ha sido esencial para el correcto desarrollo del plan de acción.

2. El Modelo de Gestión de Procesos Avanzados desarrollado en el HUVH, permite instaurar un plan de acción que tiene en cuenta un abordaje integral y transversal para lograr la correcta adecuación de la práctica sanitaria en un servicio asistencial.

IIV: Inyecciones intravítreas

HUVH: Hospital universitario Vall d'Hebron

PSPV: Parc Sanitari Pere Virgili

DMAE: Degeneración macular asociada a la edad.

EMD: Edema macular diabético.

TVR: Trombosis venosa retiniana

ADECUACIÓN CLÍNICA DE LA PRESCRIPCIÓN DEL OXÍGENO INTRAHOSPITALARIO MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN MULTIMODAL

AUTORES

Mónica Ballesteros-Silva¹; E Rodríguez-González²; S Martí-Beltrán³; M Sevillano-Lalinde⁴; D Osorio-Sánchez⁵; MS Romea-Lecumberri⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Vall d'Hebron Hospital Campus.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

La evidencia científica ha demostrado que la inadecuada prescripción del oxígeno intrahospitalario puede conllevar un exceso de riesgo a los pacientes agudos en el ámbito hospitalario. Mediante un estudio de campo que incluyó 302 pacientes del Hospital Universitario Vall d'Hebron se encontró que la prescripción del oxígeno en nuestro hospital no se realizaba según los estándares clínicos establecidos. De otra parte, un poco más del 50% de los pacientes agudos hospitalizados presentan además riesgo de hipercapnia, lo cual aumenta la probabilidad de eventos clínicos graves.

Objetivos

Realizar la prescripción del O₂ intrahospitalario de acuerdo a las características del paciente en el 100% de las prescripciones.

Material y métodos

En el marco de gestión por Procesos Avanzados se formó un grupo multidisciplinar que realizó una intervención multimodal que incluyó los siguientes aspectos: (1) Prescripción del oxígeno intrahospitalario en la plataforma SILICON de acuerdo a las variables establecidas para un medicamento, (2) Ciclo de formador de formadores, (3) realización de un video didáctico, (4) ciclo de formación continuada, (5) estrategia de comunicación para todo el personal sanitario, (6) instauración de un mecanismo digital para el seguimiento de la prescripción en el SILICON.

Resultados

Se realizó la formación de formadores a 75 profesionales sanitarios. Se impartió un ciclo de formación continuada a 121 profesionales. En el mes de octubre se abrirá otro ciclo formativo. En febrero de 2019 se inicio la prescripción del oxígeno intrahospitalario con la variables establecidas para un medicamento. A marzo de 2019 se habían realizado 2530 prescripciones en la plataforma, de las cuales el 93,2% incluían los parámetros que garantizan una adecuada prescripción (flujo, dispositivo; saturación objetivo, esquema de administración). Entre los servicios que hay mayor prescripción se destaca urgencias, medicina interna 1, neumología, infecciones, medicina interna 2, nefrología y cardiología.

Conclusiones

1. La participación multidisciplinaria en este proyecto ha sido esencial para el logro de los objetivos.
2. El Modelo de Gestión de Procesos Avanzados desarrollado en el HUVH permite establecer intervenciones multifocales que mejoren prácticas clínicas de alto uso en hospitales de alta complejidad.

6 AÑOS DE GESTIÓN ENFERMERA DE LA DEMANDA MEDIANTE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN SEGUN MOTIVO DE CONSULTA

AUTORES

Àngels Larrabeiti Castillo¹; E Meseguer Bordas²; I Pascual Cereceda³; J Bonet Miguel⁴; J Villar Marqués⁵; M Sanchez Doblado⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Atención Primaria de Serveis de Salut Integrats Baix Empordà¹; CAP Palamós²; CAP Palafrugell³; CAP Palafrugell⁴; Cap La Bisbal⁵; Cap Torroella de Montgrí⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

La calidad del sistema de salud orientada a una mejor atención centrada en la persona y en un contexto que busca la sostenibilidad y la solvencia de las organizaciones sanitarias, ha de promover iniciativas orientadas a unos mejores servicios de salud como por ejemplo aprovechar al máximo el potencial de todos los profesionales.

Una de las iniciativas promovidas ha estado orientada a la gestión de la demanda asistencial, potenciando la enfermería mediante la consulta enfermera de gestión de la demanda.

Gestión enfermera de la demanda es la respuesta que da la enfermera desde su ámbito competencial a una persona que plantea una demanda relacionada con la salud y que precisa una resolución inmediata y preferente. La enfermera puede ser resolutoria de manera finalista o por medio de la derivación a otro profesional o dispositivo. Gestiona motivos de consulta mediante protocolos elaborados con criterios de estricta práctica enfermera.

Es una oportunidad para valorar a la persona, identificar problemas y resolverlos desde el punto de vista de la aportación específica de la enfermera y que esta realizará utilizando la metodología que la comunidad científica ha reconocido como proceso enfermero. En 2013 se inicia la consulta enfermera de gestión de la demanda en las 4 Áreas Básicas de Salud.

Objetivos

General:

- * Consolidar la consulta enfermera de gestión de la demanda en los equipos de atención primaria
- * Potenciar el rol y competencias enfermera. Dar visibilidad de la disciplina socialmente.

Específicos:

- * Dejar de hacer aquello que no aporta valor para tener tiempo en consultas que sí lo aporten
- * Aumentar anualmente el número de protocolos, tanto de adultos como de pediatría
- * Constituir un grupo de trabajo permanente y multidisciplinar para la formación, revisión y elaboración de protocolos

Material y métodos

- * Elaboración de protocolos basados en motivos de consulta. Adultos y pediatría
- * Creación grupo de trabajo. Médico y enfermero de cada ABS
- * Elaboración de un plan de formación continuada
- * Revisión y listado de todo aquello que debemos dejar de hacer en la consulta programada que no aportan valor: revisión de las visitas de cada uno de los dietarios de enfermería.

Resultados

- * Se han elaborado 15 protocolos de adulto y 10 de pediatría
- * Se ha creado el grupo de trabajo estable de gestión de la demanda.
- * En 6 años se han atendido 26.726 motivos de consulta mediante la realización de protocolos
- * Los motivos de consulta más comunes son heridas, molestias urinarias, molestias oculares y picadas varias entre otros
- * Se están trabajando nuevos protocolos

Conclusiones

- * La consulta enfermera gestión de la demanda se ha consolidado
- * Hay enfermeras que dudan de la legalidad y no son proactivas en su realización

- * Esta consulta aporta valor a la población y eficiencia.
- * Otros profesionales sanitarios utilizan los protocolos como informe de atención
- * Trabajar el dejar de hacer resulta complejo. Salir de la zona de confort no es fácil aunque se vea necesario el cambio

EVOLUCIÓN DE UN EQUIPO ESPECÍFICO DE ATENCIÓN A LAS RESIDENCIAS PARA INCREMENTAR LA RESOLUCIÓN DE LAS URGENCIAS IN SITU

AUTORES

MARIA ROSA PLANESAS COLOMER¹; M ESPIER SUBIETAS²; M GOMEZ TORRES³.

CENTRO DE TRABAJO

EAR MUTUAM

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Los equipos de atención residencial (EAR) son equipos expertos en geriatría, que operan en Barcelona y su área metropolitana, como equipos de apoyo a la atención primaria para la atención sanitaria a los pacientes que viven en residencias geriátricas. Su cartera de servicios contempla, entre otras funciones, atender las urgencias de los pacientes asignados. La cobertura es de 8h a 20h los 365 días del año, y es atendida por equipos de profesionales expertos en geriatría. Los residentes cada vez son más viejos (media de 87 años), con mayor complejidad sanitaria y presentan más descompensaciones.

La población que atiende el EAR es de 9.888 de lunes a viernes y de 13.629 los fines de semana y festivos, que asume la atención continuada (AC) de unas 100 residencias más.

En diciembre de 2016 en Barcelona, en plena epidemia de gripe, y con el incremento de la actividad en los servicios de urgencias de los hospitales de agudos, se identifica la necesidad de realizar acciones que disminuyan las derivaciones innecesarias de residentes a los servicios de urgencias de los hospitales de agudos, y evitar las secuelas de estas derivaciones en pacientes geriátricos.

Objetivos

El objetivo de la intervención es incrementar y mejorar la resolución in situ de las demandas urgentes, evitar las secuelas de transiciones innecesarias y procurar mayor confort a los residentes.

Material y métodos

Se creó una comisión de urgencias para analizar las causas del estancamiento de las demandas urgentes directas al equipo EAR, mientras crecían las derivaciones al servicio de urgencias de los hospitales, colapsando las urgencias y movilizándose entre 25-30 ambulancias diarias procedentes de residencias.

Identificamos: incremento de la complejidad de los pacientes; insuficientes recursos para atender esta complejidad creciente; uso de transporte público demorando la atención presencial; necesidad de formación continuada; características de las residencias; falta de coordinación con los servicios de urgencias para agilizar el alta de los pacientes; los circuitos establecidos por el propio sistema de emergencias médicas.

Se propusieron acciones de mejora para abordar la complejidad creciente: dimensionar los equipos, pasando de un equipo a dos-tres equipos; mayor dotación de equipamiento y aparataje técnico asistencial, de material fungible; formación en urgencias de geriatría; implicar a las residencias; traslados en taxi; ampliación de cartera de servicios de atención intermedia; y establecer coordinaciones con los hospitales para facilitar el retorno de los residentes a la residencia.

Resultados

Incremento de actividad de AC del 73,29% entre 2016 y 2018, manteniendo un nivel de resolución in situ del 84,7%. Reducción de las ambulancias movilizadas en un 33,33% en el mismo periodo de tiempo.

Conclusiones

Dotar de recursos adecuados a los profesionales para abordar in situ las urgencias complejas, mejora la resolución, se evitan las transiciones innecesarias y sus secuelas en los residentes, obteniendo mayor satisfacción.

EVALUANDO LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES QUE RECIBIERON QUIMIOTERAPIA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS DE VIDA

AUTORES

Esther Asensio Blasco¹; L Pétriz González²; A Carpena Hernández³; J Muniesa Rubio⁴; A Vidal Milla⁵; Subcomité de Mortalidad⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Instituto Catalán de Oncología

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

En el año 2015 la Dirección de la institución aprueba una política de calidad que tiene entre sus objetivos la mejora de la calidad asistencial, estableciendo una serie de principios entre los que se encuentra la evaluación periódica y sistemática de sus procesos para detectar áreas de mejora, incentivando la transparencia en la comunicación y la mejora continua. Para ello se promueve la constitución de comités y grupos de trabajo multidisciplinares y en este marco se crea un Subcomité de Mortalidad (SM)

Objetivos

Analizar las defunciones hospitalarias de pacientes que han recibido tratamiento de quimioterapia activa en los últimos 30 días de vida para mejorar la calidad de la atención, identificar los riesgos en los procesos y definir áreas de mejora

Material y métodos

Material: Historia clínica hospitalaria y compartida, base de datos de mortalidad (BdM), bibliografía internacional

Método: Se hace una revisión bibliográfica de estudios existentes sobre esta temática a nivel internacional para conocer las variables que se revisan en otras instituciones y los criterios de cálculo de sus indicadores, para posteriormente poder hacer benchmarking con nuestros resultados. Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por documentalistas, informáticos, clínicos de las diferentes especialidades oncológicas y asistenciales, profesionales de calidad y enfermería. Con este equipo se definen y validan más de 120 variables a registrar y analizar y se construye una base de datos específica. Se define un circuito de trabajo secuencial, con plazos, funciones y roles que se reproducen en la BdM para facilitar el desempeño de las tareas a realizar por cada profesional. Se pactan los criterios de selección de los casos a revisar por los documentalistas (que se introducen mensualmente en la BdM), de los casos a revisar por los clínicos y trimestralmente se reúne el SM para presentar estos casos, evaluar las acciones realizadas y proponer recomendaciones de mejora.

Resultados

En total se han revisado 874 casos por parte del equipo de documentalistas (periodo enero 2017-febrero 2019), de los que 750 cumplían los criterios del estudio (motivos de exclusión: no haber recibido quimioterapia o hacerlo en un período superior a 30 días). Del total de casos válidos, 54 se enviaron a los facultativos especialistas para que valoraran las actuaciones realizadas, evaluando respecto de cada caso si la defunción era previsible, justificada y evitable; y 47 se presentaron y analizaron en el SM para valorar si la administración del tratamiento fue apropiada, si fue correcto el manejo de las complicaciones y si pudo el tratamiento causar la defunción.

Conclusiones

Entre las recomendaciones propuestas se consensuan, entre otras, la revisión de algunos protocolos o la valoración del estado general para identificar los pacientes más frágiles y se acuerda trasladarlas a los servicios para su implementación. Entre las próximas actuaciones está previsto incorporar el estudio de criterios de intervención precoz de paliativos.

REGISTRO PERIÓDICO DEL DOLOR: INCORPORANDO EL QUINTO SIGNO VITAL

AUTORES

Emma Gomà Freixes¹; E Velez Galvez²; A Alicarte Garcia³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínic de Barcelona.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

La Organización Mundial de la Salud considera el alivio del dolor como un derecho humano, siendo imprescindible su identificación para un manejo óptimo.

Los signos vitales básicos son temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial. Actualmente, la valoración del dolor es considerada el quinto signo vital, y ya en el 2013 Joint Commission requería documentar la valoración del dolor en todos los pacientes. Enfermería debe ser el pilar asistencial encargado de registrar todo dato referente al dolor del paciente (componente fundamental de la calidad asistencial); para, si procede, poder diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar el dolor detectado.

En Enero de 2019 se realizó un análisis de la valoración del dolor en los pacientes ingresados en la sala de hospitalización del Servicio de Urología de un hospital terciario durante un período de 16 días, observando un pobre cumplimiento del indicador.

Objetivos

Evaluar el impacto de la aplicación de medidas informativas, con el objetivo de aumentar las ratios de cumplimiento del registro periódico de dolor en la sala de hospitalización del Servicio de Urología de un hospital terciario.

Material y métodos

Estudio prospectivo observacional, llevado a cabo en los meses de Enero y Mayo 2019. Se evaluó la ratio de cumplimiento del registro periódico del dolor, antes y después de intervenciones informativas. Se realizó una revisión sistemática de los registros clínicos de los pacientes hospitalizados en dicha unidad (n=24), en todos los turnos de enfermería, valorando específicamente el registro del dolor, y expresando la ratio de cumplimiento en porcentaje respecto al total de registros diarios. Tras el análisis inicial, se realizaron intervenciones informativas al personal de enfermería de la unidad y se incorporaron carteles informativos en sus estaciones clínicas de trabajo. Se repitió el análisis del cumplimiento en Mayo 2019.

Resultados

En Enero 2019 (análisis basal), el porcentaje medio del registro del dolor por turno fue del 52%. En 5/16 días presentaban registro inferior al 50%. 1 día no constaba registro en los 3 turnos en ningún paciente.

En Mayo 2019 (post-intervención), el porcentaje de pacientes con registro del dolor ascendió al 71%. En esta ocasión, el valor más bajo obtenido fue del 52% del total de pacientes, con días en que dicho valor ascendió hasta el 95%.

Conclusiones

La implantación de medidas informativas y la presencia de carteles en las estaciones clínicas de trabajo han demostrado ser eficaces, de fácil ejecución y mínimo coste, permitiendo incrementar el registro del dolor de un 52% a un 71% en tan solo 4 meses.

Se hace fundamental el seguimiento prospectivo para la implementación de más medidas que permitan establecer la valoración del dolor como quinto signo vital y asegurar el estándar (95%) de este indicador de calidad asistencial.

BPSO EUSKADI: IMPACTO TRAS UN AÑO DE TRABAJO

AUTORES

MARIA ANGELES CIDONCHA MORENO¹; L GARATE ECHENIQUE²; I MORO CASUSO³; MG LANDALUZE OKERANTZA⁴; I MARTINEZ ARAMBERRI⁵.

CENTRO DE TRABAJO

OSAKIDETZA. DIRECCION GENERAL

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados (BPSO) tiene como objetivo fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basadas en las Guías de RNAO. En España, el programa CCEC® / BPSO® se lleva a cabo desde 2012. Actualmente existen 3 cohortes que implantan Guías de Buenas Prácticas en Cuidados de RNAO.

Objetivos

Expandir en Euskadi la red de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados CCEC®/BPSO® España, por medio del modelo de Centro coordinador regional para trabajar con buenas prácticas en los cuidados ofertados.

Material y métodos

En Euskadi, en el año 2018, se constituyó el Host-Regional Euskadi para replicar el programa CCEC®/BPSO® España, coordinado por la Subdirección de Enfermería de la Dirección General de Osakidetza. Se firmaron acuerdos de colaboración. Se difundió esta iniciativa entre las Direcciones de Enfermería y profesionales y se lanzó la convocatoria para la primera cohorte de candidatos a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados en Euskadi.

Resultados

11 organizaciones de servicio estuvieron interesadas en participar en esta iniciativa. Tras la evaluación científica y estratégica de las candidaturas recibidas, tres organizaciones fueron seleccionadas dentro de la primera cohorte del Host Regional Euskadi. Se realizó la formación en implantación de buenas prácticas a 21 líderes. Estos, en sus organizaciones, están planificando, estableciendo estrategias y dinamizando la implantación de las recomendaciones basadas en la evidencia. Se ha realizado la captación de impulsores para movilizar el cambio en sus organizaciones (hasta este momento se han formado 246 impulsores de este programa para poder implantar guías de buenas prácticas). Se monitoriza, con reuniones mensuales, los pasos e hitos que cada organización está logrando.

Conclusiones

El reto de este programa es transformar la enfermería a través del conocimiento llevando a cabo las mejores prácticas para mejorar la salud de las personas y movilizar a las organizaciones. A través del BPSO Euskadi, se está trabajando con el objetivo de que los profesionales utilicen la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los y las pacientes.

AUDITORIAS DE HISTORIA CLÍNICA: CARACTERÍSTICAS Y USOS

AUTORES

ALBERT VIVES JULINES¹; N GRAU BALCELLS²; N IBAÑEZ VALLS³; J ORTNER SANCHO⁴; X FARRÚS ESTEBAN⁵; DJ MOYA ALCOGER⁶.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Hace diez años se formalizó el procedimiento de auditorías de historias clínicas por muestreo en MC Mutual. Con anterioridad se habían realizado evaluaciones ocasionales de historias clínicas con el ánimo de recoger experiencia en el proceso pero sin comunicar los resultados a la organización y a los profesionales. Progresivamente este tipo de programas de auditoria han ido creciendo y cualificando, reorientando objetivos y utilidades.

Objetivos

Mostrar los cambios de orientación de la evaluación de los registros del curso clínico de la historia clínica, según los estándares básicos definidos al inicio del periodo y comunicados a toda la organización. Los cambios en los ítems de evaluación han variado a lo largo del periodo y las estrategias de muestreo, inicialmente 10 historias clínicas de cada profesional médico y más tarde muestras en cada uno de los centros asistenciales

Material y métodos

Inicialmente la auditoria se centró en una mezcla de ítems administrativos (datos, codificación, comentarios subjetivos delicados), clínicos (alergias, antecedentes, exploración) y laborales (antecedentes laborales, mecanismo de la lesión, localización y dominancia). La mejora progresiva de los indicadores, la incorporación de profesionales y la revisión de nuevos aspectos han obligado a la renovación constante de los mismos. En el año 2013 se incorporaron ítems relativos a los registros de enfermería. En el 2017 y 2018 la evaluación se realiza de forma conjunta para médicos y enfermería con ítems diferenciados. En el 2019 ya se plantean los indicadores en tres grandes áreas: a) Seguridad del paciente en médicos y en enfermería b) Audit del registro de historias clínicas, para médicos; para enfermería y para Profesionales de Fisioterapia c) Evaluación de la adecuación.

Resultados

En la evolución de los ítems destaca que durante los diferentes años se mantiene el registro de las alergias. Se retiran de los antecedentes personales, laborales, mecanismo de producción de la lesión, localización y dominancia por el alto porcentaje de cumplimiento. Se incorpora la conciliación de fármacos y se mantiene la justificación de pruebas complementarias y el tratamiento rehabilitador. En la exposición de indicadores por años se muestra la evolución de los resultados en las distintas modalidades de auditoria de historia clínica comentadas. Y se observa el viraje desde ítems administrativos a clínicos, y con mejora progresiva prácticamente en todos ellos.

Conclusiones

La auditoría de historias clínicas ha sido una experiencia de éxito en nuestra organización. La experiencia acumulada y el extraordinario rendimiento conseguido en valoraciones individuales y por centros, de profesionales médicos, de enfermería y fisioterapeutas, y en indicadores de diversa índole (seguridad, adecuación, registros), sirven para una práctica clínica de mayor calidad y de mejora de estas auditorías gracias a la nueva Historia Clínica electrónica (HP-HCIS).

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA A TRAVÉS DEL REDISEÑO DE PROCESOS

AUTORES

DAVID RODRIGUEZ MORALES¹; G SANCHEZ GOMEZ²; A HERRERO GONZALEZ³; FJ DODERO DE SOLANO⁴; S ALVAREZ SANCHEZ⁵; ML SANCHEZ NORIEGA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA²; HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS³; HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAZ⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA⁵; HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAZ⁶.

TIPO: ORAL “LO QUE NO TE PUEDES PERDER”

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Valorar en el hospital pacientes derivados desde atención primaria (AP) es un proceso habitual. La capacidad de resolución de la situación clínica del paciente en las primeras consultas (PC) y la gestión de las sucesivas son aspectos clave en la gestión clínica del hospital y repercute en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Objetivos

Mejorar la accesibilidad de los pacientes derivados desde AP a PC atendiéndoles en el recurso más adecuado. Aumentar la capacidad de resolución de los profesionales mediante el rediseño de procesos, apoyados en las tecnologías de la información y la comunicación (TICS).

Material y métodos

Se establecieron las siguientes fases: Análisis de la información de los partes de interconsulta (PIC) en cada especialidad, de manera que permita identificar los motivos de consulta y derivaciones más frecuentes. Determinación, para estos motivos de consulta, de las pruebas diagnósticas (PD) imprescindibles que permiten ser más resolutivos en una PC, según la evidencia científica.

Valoración de los PIC generados en AP a través de un proceso de análisis automático de texto con Big Data (Text Analytics), que interpreta su contenido, los clasifica en protocolos y establece las PD necesarias para derivar al paciente al recurso más adecuado.

Detección y exclusión de las PD ya realizadas y solicitud automática de las necesarias.

Contacto telefónico con el paciente y citación en la agenda más idónea, dentro de cada especialidad, ajustando la cita de forma que se garantice que estén los resultados de las PD solicitadas.

Atención al paciente, por parte del especialista, con todas las PD necesarias para poderle diagnosticar y tratar, evitando visitas sucesivas y aumentando la resolución del motivo de consulta en esa primera visita.

Resultados

Se ha puesto en marcha, inicialmente, en 6 servicios (CAR, DIG, END, TRA, OFT y URO). En los primeros seis meses se han analizado cerca de 29.000 PIC, y se ha podido clasificar 13.500 en un protocolo específico (47%). De éstos, se ha podido contactar telefónicamente con 8700 pacientes (65%), que han sido derivados al recurso más adecuado y con las PD pertinentes realizadas. En este tiempo se ha reducido el índice sucesivas/primeras, en promedio, en 0,18 puntos, llegando casi a un punto en alguna especialidad. Se han detectado más de 2000 peticiones de PD (radiología, ecografía, analíticas...) presentes en los protocolos de actuación, que ya estaban realizadas y se han evitado, con el consiguiente beneficio para el paciente y ahorro económico para el hospital. Se han incrementado las altas en PC, en promedio, en un 6%, llegando algunos servicios a superar el 40%.

Conclusiones

El rediseño del proceso de atención a los pacientes en consultas externas, con la inclusión de las TICS, ha permitido incrementar la capacidad de resolución de los profesionales que los atienden, impacta en dimensiones de la calidad asistencial como la eficiencia, accesibilidad, adecuación, seguridad y aceptabilidad y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario.

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO SOBRE RECOMENDACIONES DE NO HACER EN UN SERVICIO REGIONAL DE SALUD

AUTORES

CONCEPCIÓN LÓPEZ ROJO¹; P PARRA HIDALGO²; JE CALLE URRRA³; T RAMÓN ESPARZA⁴; C ARELLANO MORATA⁵; JJ LOPEZ-PICAZO FERRER⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SG CALIDAD, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN. SMS¹; SG CALIDAD, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN. SMS²; SG CALIDAD, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN. SMS³; SG CALIDAD, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN. SMS⁴; SG CALIDAD, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN. SMS⁵; HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

En los últimos años han aparecido varias iniciativas, tanto a nivel nacional (Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas del Ministerio de Sanidad) como internacional (Choosing Wisely, Do Not Do Recommendations del NICE, etc) cuyo objetivo es disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. En el Servicio Regional de Salud se ha realizado una revisión de estas experiencias y se ha priorizado la puesta en marcha de una estrategia para disminuir la sobreutilización de estas intervenciones.

Objetivos

Describir la estrategia seguida para el diseño y puesta en marcha del Proyecto sobre Recomendaciones de No Hacer (RNH) en un Servicio Regional de Salud. Dar a conocer los principales resultados obtenidos desde la puesta en marcha del mismo.

Material y métodos

Se hace una descripción de las principales actuaciones realizadas para el diseño y puesta en marcha del Proyecto: Constitución del Grupo Regional, búsqueda y priorización de RNH junto con las Sociedades Científicas regionales, elaboración de la ficha de los indicadores y valoración del grado de cumplimiento de los mismos. Como indicadores de resultado se presentan: número de fichas de indicadores elaboradas, total y desagregado por tipo de procedimiento; nivel de cumplimiento para los indicadores sobre uso de paracetamol de 1 gramo, retraso en la cirugía de fractura de cadera y uso de antibióticos en agudizaciones de EPOC sin datos de gravedad.

Resultados

El 1 de febrero de 2018 se crea el Grupo Regional sobre RNH. Desde entonces se ha realizado, en colaboración con las Sociedades Científicas de ámbito regional, la búsqueda y priorización de recomendaciones sobre las que trabajar. Se han elaborado las fichas de 42 indicadores de los cuales casi el 50% estaban relacionados con el uso de medicamentos, correspondiendo el resto, por orden de frecuencia, a cuidados de enfermería (16,7%), peticiones de radiología (16,7%), pruebas de laboratorio (11,9%), pruebas diagnósticas o terapéuticas (4,8%) y cirugía (2,4%). 18 de los indicadores han sido incluidos en el Acuerdo de Gestión 2019. Los primeros resultados encontrados son: el uso de paracetamol de 1 gramo fue del 83,2%, el retraso en la realización de cirugía en fractura de cadera afectó al 44,6%, y el uso inadecuado de antibióticos en agudización de EPOC fue del 20,1%.

Conclusiones

La puesta en marcha del Proyecto sobre RNH del Servicio Regional de Salud con la participación de todos los sectores implicados, nos está permitiendo conocer los niveles de cumplimiento relacionados con estas recomendaciones, siendo la base para el diseño del plan de mejora para la reducción de la sobreutilización inadecuada de estas intervenciones.

IMPLANTACIÓN Y PRIMEROS RESULTADOS DE UN PROGRAMA RICA EN CIRUGÍA COLORRECTAL

AUTORES

Alberto Parga Lago¹; MA FALAGAN MOTA².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL POVISA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

La vía RICA -Recuperación Intensificada de Cirugía Abdominal - consiste en una serie de medidas aplicadas desde un abordaje multidisciplinar, en el que intervienen servicios como Traumatología, Anestesia, Hematología, Rehabilitación, Enfermería, Unidad de Calidad, Servicio de Informática y Admisión y en el que el paciente se convierte en el centro del proceso. La implementación del protocolo de inclusión para cirugía colorrectal, conlleva la necesidad de formación del personal destinado a tratar a este tipo de pacientes, así como la modificación del programa informático para enfocar el registro, tanto de la prescripción como de los cuidados y se incluye la educación de enfermería al paciente y familia para contribuir a la mejora de la consecución de los objetivos terapéuticos.

Objetivos

Satisfacer la demanda de información en todo el proceso asistencial.

Orientar al paciente en la consecución de los objetivos terapéuticos y considerarlo sujeto activo del proceso.

Disminuir las complicaciones postoperatorias. Identificación precoz de las mismas

Reducir la estancia postoperatoria.

Recuperar el nivel funcional tan pronto como sea posible.

Material y métodos

Se establecieron tres fases para organizar, las diferentes implicaciones de la guía en función del estado y las necesidades del paciente. Enfermería se encarga de la fase preoperatoria para una óptima preparación, con recomendaciones nutricionales, respiratorias y de pre-habilitación. Además de introducir la profilaxis anti-trombótica e infecciosa.

El perioperatorio va dirigido al cuidado durante la intervención quirúrgica.

En el postoperatorio se definieron los cuidados en los días siguientes a la intervención, así como criterios de alta hospitalaria.

Para la inclusión en la guía RICA, se individualiza cada paciente en la consulta de Coloproctología:

Al paciente susceptible de ser incluido, se le informa de la vía clínica RICA, teniendo que firmar un CI, si acepta participar.

Una vez iniciado el proceso, el paciente acude a la consulta de enfermería, donde un estomaterapeuta le explica las pautas a seguir para la correcta preparación a la cirugía.

Los pacientes portadores de estoma, continúan un seguimiento por parte de la enfermera estomaterapeuta.

Resultados

Disminución de la tasa de infección de un 15% a un 3%

Disminución de la estancia hospitalaria de un 9,19 a 6,58

No hay diferencias significativas en relación al íleo paralítico

La educación preoperatoria es considerada como positiva/ muy positiva en el 100% de los pacientes encuestados.

Conclusiones

La adhesión a un programa RICA implica el trabajo en equipo entre distintos servicios asistenciales, destacando la inclusión de la educación preoperatoria por parte de enfermería.

Es necesaria la protocolización e inclusión de la vía en los programas informáticos así como la formación del personal

La vía clínica RICA reduce la estancia hospitalaria, la tasa de complicaciones e, infección de herida quirúrgica, así como la satisfacción del paciente.

INTERVENCION INTEGRAL EN MEDICINA TRANSFUSIONAL Y EL MANEJO DE LA SANGRE DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL POVISA, VIGO

AUTORES

VIOLETA TURCU¹; R CABADAS AVION²; A CLIMENT AIRA³; P POSADILLA CASQUETE⁴; A MUÑOZ MELLA⁵; A MARCUÑO CENDON⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL POVISA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Ante el incremento objetivado en el consumo de hemoderivados y la amplia variabilidad en los criterios de transfusión, se inició un plan integral de mejora, bajo un enfoque multidisciplinar.

Objetivos

Reducir el consumo inadecuado de los hemoderivados y apostar por el uso óptimo, seguro, eficaz y sostenible.

Material y métodos

Material: numero total de pacientes sometidos en nuestro hospital a intervenciones de PTC, PTR, Neoplasia de colon abierta y laparoscopia en: 2015, 2016 y 2017.

Métodos: Los resultados se obtuvieron tras volcado de datos al proyecto nacional MAPBM 2017 y 2018.

Indicadores valorados:

1. Tasa de transfusión (TT): Paciente con alguna transfusión / Pacientes intervenidos
2. Índice transfusional (IT): Numero total de bolsas transfundidas / pacientes transfundidos.
3. Índice transfusional total (TTI): Numero total de bolsas transfundidas / Numero total de pacientes intervenidos.
4. Paciente con determinación de hierro previo a la intervención
5. Pacientes con anemia preoperatoria tratados
6. Pacientes con hierro intravenoso
7. Pacientes con antifibrinolíticos

Resultados

1. NUMERO TOTAL DE INTERVENCIONES

1.1 PTC - 2015: 131, 2016: 169, 2017: 193

1.2 PTR - 2015: 127, 2016: 209, 2017: 232

1.3 NEOPLASIA DE COLON ABIERTAS - 2015: 22, 2016: 19, 2017: 27

1.4 NEOPLASIA DE COLON LAPAROSCOPICA - 2015: 13, 2016: 15, 2017: 42

2. INDICADORES PTC

2.1 TT - 2015: 43.5%, 2016: 45%, 2017: 32.1 %

2.2 IT - 2015: 2.4, 2016: 2.6, 2017: 3.0

2.3 TTI - 2015: 1030, 2016: 1171, 2017: 963

2.4 DET. DEL HIERRO - 2015: 6.1%, 2016: 1.5%, 2017: 11.4%

2.5 PACIENTES TRATADOS - 2015: 0%, 2016: 0%, 2017: 16.7%

2.6 HIERRO INTRAVENOSO - 2015: 0%, 2016: 4.2%, 2017: 19.7%

2.7 ANTIFIBRINOLITICOS - 2015: 0%, 2016: 0%, 2017: 33.3 %

3. INDICADORES PTR

3.1 TT - 2015: 37%, 2016: 19.6%, 2017: 15.1 %

3.2 IT - 2015: 2.3, 2016: 2.4, 2017: 2.2

3.3 TTI - 2015: 842, 2016: 464, 2017: 331.9

3.4 DET. DEL HIERRO - 2015: 0%, 2016: 0%, 2017: 16.7%

3.5 PACIENTES TRATADOS - 2015: 0%, 2016: 0%, 2017: 14.3%
3.6 HIERRO INTRAVENOSO- 2015: 0%, 2016: 1.4%, 2017: 6.9
3.7 ANTIFIBRINOLITICOS - 2015: 0%, 2016: 0%, 2017: 56.6 %

4. NEOPLASIA COLON ABIERTA

4.1 TT- 2015: 36.4%, 2016: 26.3, 2017: 29.6 %
4.2 IT - 2015: 2.9, 2016: 3.0, 2017: 1.6
4.3 TTI- 2015: 1045.5, 2016: 789.5, 2017: 481
4.4 DET. DEL HIERRO- 2015: 0%, 2016: 0%, 2017: 9.1%
4.5 PACIENTES TRATADOS - 2015: 0%, 2016: 0%, 2017: 40%
4.6 HIERRO INTRAVENOSO- 2015: 0%, 2016: 50%, 2017: 33.3 %

5. NEOPLASIA DE COLON LAPAROSCOPIA

5.1 TT- 2015: 23.1 %, 2016: 33.3%, 2017: 9.7%
5.2 IT - 2015: 3.3, 2016: 2.0, 2017:1.8
5.3 TTI- 2015: 769.2, 2016: 666.7, 2017: 166.7
5.4 DET. DEL HIERRO- 2015: 0%, 2016: 0%, 2017: 28.6%
5.5 PACIENTES TRATADOS - 2015: 0%, 2016: 0%, 2017: 26.7%
5.6 HIERRO INTRAVENOSO- 2015: 0%, 2016: 26.7%, 2017: 19.%

Conclusiones

La puesta en marcha de un plan integral, se ha reflejada en un uso optimo de los hemoderivados con una mejora de los indicadores. Se garantiza al paciente una asistencia de calidad y asegura el mejor tratamiento con una mejora en el resultado clínico.

ACCIONES PREVENTIVAS IMPLANTADAS FRENTE A MEDICAMENTOS PELIGROSOS NIOSH EN LA FARMACIA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

María Hernández Yáñez¹; M Costa Antúnez²; M Hernández Cáceres³; M Estupiñán Guadalupe⁴; M Alonso Poncelas⁵; M García Zerpa⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital José Molina Orosa

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El NIOSH publica en 2014 un documento en el que define 'medicamento peligroso'

Se diferencian 3 grupos:

Grupo 1: medicamentos antineoplásicos

Grupo 2: medicamentos no antineoplásicos que cumplen 1 característica descrita en la definición

Grupo 3: Medicamentos que presentan riesgo para el proceso reproductivo, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

Los factores que condicionan el riesgo de exposición incluyen:

- Peligrosidad intrínseca del medicamento.
- Utilización de medidas de prevención:

Medidas Técnicas (Cabinas de Seguridad Biológica, sistemas cerrados de transferencia de medicamentos, sistemas automatizados)

Medidas Organizativas (procedimientos de limpieza, actuación ante derrames y mantenimiento, gestión de residuos y técnicas de manipulación)

Medidas de prevención secundaria (EPI).

- Estructura
- Susceptibilidad del manipulador.
- Nivel de exposición.

En 2016 se publica un documento técnico donde emite una serie de recomendaciones para manipular estos medicamentos.

Objetivos

Dar a conocer las medidas tomadas en nuestro centro para minimizar los riesgos de exposición de los trabajadores a los medicamentos de la lista NIOSH y además, sirva de ayuda a otros centros que busquen agregar medidas de prevención en el ámbito de farmacia.

Material y métodos

El proceso se realiza en varias fases:

1 La Farmacia asume el control y la responsabilidad de la situación.

2 Identificación de todos los medicamentos, grupo de riesgo y condiciones especiales de conservación y almacenaje.

3 Instauración de medidas de prevención en la preparación de los medicamentos.

4 Comunicación y formación con cada unidad (elaboración de guías individualizadas) sobre medidas de preparación y administración.

Resultados

En Julio 2016 se inicia la elaboración de medicación del Grupo 1, realizando un total de 744 y 6005 preparaciones del Grupo 2. Durante 2017, se realizan un total de 7009 medicaciones del Grupo 1 y 1435 del Grupo 2.

Acciones:

- Identificación del envase mediante código de colores e identificación escrita de envases.
- Área especial para medicamentos del Grupo 1, almacenaje en estante o nevera exclusiva y zona de preparación exclusiva.
- Se instaura el uso de la Campana para toda la elaboración.
- Trituradora cerrada y exclusiva que es utilizada dentro de la campana.
- Preparación de fórmulas magistrales en Campana.

- Utilización de sistemas cerrados y con sello ONB para elaborar medicaciones parenterales.
- Elaboración del “Kit de Transferencia” para preparar la fenitoína.
- Formación a las unidades. Elaboración de un manual individualizado e impartición de sesiones formativas para divulgar y concienciar.
- Elaboración de un total de 190 PNT, accesibles a todo el personal desde el sistema informático.

Conclusiones

Estas acciones preventivas han conseguido:

- Pérdida del miedo a manejar estos fármacos y aumento de seguridad para el trabajador
- La Farmacia supone un referente de seguridad para la Gerencia
- Fomento de la cultura de mejora en el servicio

LA DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A ALUMNOS EN PRÁCTICAS COMO GARANTÍA PARA UNA ASISTENCIA DE CALIDAD

AUTORES

MANUELA MUÑOZ SÁNCHEZ¹; JA SUBIELA GARCÍA²; MM JIMENEZ ANTÓN³; C CONTESSOTTO SPADETTO⁴; BF ROS MUÑOZ⁵; A MARÍNEZ PARDO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR, ÁREA VIII DE SALUD.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Nos planteamos este estudio por la necesidad de analizar y difundir la labor docente de todos los profesionales de Enfermería.

Objetivos

1. Analizar la docencia en prácticas de los profesionales de Enfermería en el Área VIII de salud durante los cursos 2016/17 a 2018/19.
2. Difundir los resultados obtenidos en formación pregrado en Enfermería y otras profesiones sanitarias en este periodo.
3. Empoderar a todos los profesionales de Enfermería, como elemento indispensable para la formación de nuevos profesionales y garantizar la calidad de la asistencia.

Material y métodos

Registro anual de alumnos en prácticas de Enfermería, Fisioterapia, ciclos formativos superiores en Radiodiagnóstico, A. Patológica, Laboratorio, y Farmacia y ciclo medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería en un Área de Salud durante los cursos 2016/17 a 2018/19. Análisis de datos mediante Excel 2010.

Resultados

Durante los cursos analizados, se ha formado a 383 alumnos de Enfermería, 244 de la universidad pública y 139 de la privada. 65 eran de 2º curso e hicieron prácticas en hospitalización convencional. 51 alumnos de 3º se han formado en hospitalización médico-quirúrgica y en el bloque quirúrgico. 235 alumnos eran de 4º, 63 han realizado sus prácticas en Atención Primaria, 51 en Urgencias hospitalarias rotando por urgencias extra hospitalarias, 54 en U. Cuidados Intensivos y 64 en materno-infantil. Las horas de prácticas en enfermería han sido 97488.47 alumnos de Fisioterapia han cursado prácticas pregrado con un total de 4630 horas.

En FP se ha tutelado prácticas a 67 alumnos de ciclo superior y a 198 en TC. Auxiliares, con 28080 horas prácticas en ciclo superior y 50819 en ciclo medio.

Han hecho prácticas extra curriculares 25 alumnos de Enfermería con 3591 horas cursadas, pero aumentará con las extracurriculares de este verano.

Tanto los alumnos de Enfermería como los de FP procedían de universidades y centros públicos y privados.

Conclusiones

En esta Área VIII de Salud hacen su formación práctica en Enfermería alumnos de las dos universidades de la región, la universidad pública, y la privada.

El 64% de los alumnos formados eran de la universidad pública, se prioriza su admisión, pero siempre se han admitido alumnos de la universidad privada en los huecos y periodos libres, para garantizar la formación de todos ellos, puesto que una vez graduados, todos van a poder trabajar igualmente y es necesario garantizar la asistencia a los usuarios, donde quiera que hayan estudiado los profesionales que les atienden.

En FP también se ha formado a alumnos de centros públicos y privados, tratando de optimizar las plazas docentes y aceptando al máximo de alumnos posible.

La labor de los profesionales Enfermería (enfermeros, matronas, fisioterapeutas, técnicos y auxiliares) en la formación práctica de alumnos, es fundamental para propiciar la transferencia de los conocimientos teóricos a la práctica, garantizando una buena praxis y una atención sanitaria de calidad, capacitando a los alumnos para su incorporación al mundo laboral.

INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

AUTORES

Félix Rivera Sanz¹; CI Tejada Garrido²; FJ Iruzubieta Barragán³.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio Riojano de Salud.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Desde 2008 el Centro de Investigación se concibió como una estructura permanente, moderna y versátil para realizar investigación traslacional con vocación de progreso y mejora en la calidad asistencial del sistema sanitario público.

El centro contaba con cinco áreas estratégicas: enfermedades infecciosas, oncología, enfermedades neurodegenerativas, resistencia a antibióticos y economía de la salud.

En 2017, se vió la necesidad de incorporar un área de cuidados para completar la estrategia de investigación sanitaria en la Comunidad Autónoma. La enfermería aporta a la investigación en salud su conocimiento sobre los cuidados y su visión holística de las necesidades de los pacientes, y el conocimiento práctico e integral del funcionamiento del sistema sanitario

Objetivos

Responder a expectativas y necesidades de ciudadanos y profesionales con resultados trasladables a la práctica en el ámbito de los cuidados:

- Validar y aumentar el conocimiento existente y generando nuevo que mejore la calidad de los cuidados, directa o indirectamente
- Concienciar a los profesionales de beneficio e importancia de la investigación para su profesión.

Material y métodos

1. Presentación y consenso entre colegios, direcciones, universidad.
2. Identificación de líderes en investigación.
3. Nombramiento de investigadores principales y equipos
4. Establecimiento de condiciones de colaboración del Centro y el área
5. Publicidad y difusión: sesiones, revistas, prensa regional, otros foros.

Resultados

El Área de Investigación en Cuidados se integró, con los mismos compromisos y apoyos dentro del catálogo del Centro, creando grupos formados y liderados por enfermeras:

- Unidad de Investigación en Variabilidad en la Prestación de Cuidados Comunitarios. Estudia las diferencias en el tratamiento, seguimiento, curación y cuidado general del paciente y en prevención, tratamiento y cuidado de las úlceras por presión y disfagia.
- Unidad de Cuidados en Obesidad y Sobrepeso. Trabaja en el diseño de medidas de promoción, prevención y tratamiento eficaces frente al sobrepeso y la obesidad, en especial, de los niños.
- Unidad de Investigación en Sostenibilidad del Sistema Sanitario. Estudia la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias mediante la identificación de elementos propios que forman parte de su cultura y les permiten adaptarse a los cambios. También participa en estudios sobre prevención del suicidio.

En el primer año se ha participado en 6 proyectos, 8 publicaciones, 5 comunicaciones, 4 colaboraciones científicas y 4 tesis doctorales. También se han realizado actividades de fomento de la investigación e implantación de programas de colaboración en cuidados y guías de buenas prácticas.

Conclusiones

La investigación en cuidados complementa y refuerza la investigación en salud.

La creación del Área de Investigación en Cuidados es un reconocimiento a la aportación investigadora de la enfermería y una apuesta por la mejora continua de la calidad asistencial desde una perspectiva holística y próxima a los pacientes.

EL CRITERIO DIAGNÓSTICO COMO ELEMENTO ESENCIAL EN LA ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

CAROLINA JIMÉNEZ GONZALEZ¹; A ROSINES BRO²; L CABOT MOTA³; R CABALLERO MUÑOZ⁴; JE RODRIGUEZ TORREBLANCA⁵; JC SERFATY SOLER⁶.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Las Clínicas MC Mutual son unidades hospitalarias monográficas en traumatología dónde se tratan diversidad de patologías derivadas de la actividad laboral. En el marco de programas de adecuación clínica se valoran determinadas actuaciones que suponen un importante consumo de recursos en su tratamiento y valorar las características en equidad y adecuación de la práctica clínica.

Objetivos

Analizar la equidad y adecuación del tratamiento del Dolor y Síndrome Dolor Regional Complejo (SDRC) con la metodología del peer review.

Material y métodos

Definición del tratamiento estándar para el paciente con diagnóstico de SDRC. Se revisan casos de 10 pacientes cuyo diagnóstico principal está dentro de la misma categoría diagnóstica de CIE9 y que han presentado durante su proceso un cuadro clínico que podríamos etiquetar como SDRC. 5 de ellos fueron etiquetados con un código de Dolor y los otros 5 con código de SDRC como secuela de su lesión principal

Recogemos toda la información clínica del historial eliminando cualquier etiqueta diagnóstica que pueda dar pistas inadecuadas. Se entrega la información a 4 profesionales habituados en el tratamiento de la SDRC y que no hayan llevado estos casos. Se les pasará un cuestionario a completar basándose en la información que disponen: 1) ¿información clínica suficiente? 2) ¿hubiese realizado alguna otra prueba diagnóstica? 3) ¿hubiese realizado algún otro tratamiento? 4) ¿qué etiqueta diagnóstica pondría: dolor secundario a la lesión/SDRC Tipo I/SDRC Tipo II /dolor no relacionado con diagnóstico inicial? 5) resolución administrativa que crees ha finalizado el proceso: alta, alta con secuelas, Incapacidad permanente parcial (IPP) o total (IPT).

Obtenida toda esta información se procederá a su análisis, determinando si la etiqueta diagnóstica se ha repetido o no, o si el hecho de tener una etiqueta u otra ha diferido en el tipo de tratamiento.

Resultados

De las 5 etiquetas diagnósticas de SDRC un 80% fueron y un 20% cambiaron a dolor postraumático. De las 5 etiquetas de Dolor un 40% mantuvieron la misma etiqueta. La proporción de la etiqueta diagnóstica de SDRC y Dolor postraumático se establece en una relación 7/3; implica una infravaloración del diagnóstico de SDRC (20%).

Según esta distribución de etiquetas de diagnóstico y atendiendo a la definición del tratamiento estándar constatamos que un 30% del total de los pacientes ha recibido un tratamiento inadecuado según criterios establecidos.

En el 91% de los casos la resolución administrativa coincide con el pronóstico de la encuesta. Creemos que esto es así ya que se valora más el diagnóstico principal del proceso.

Conclusiones

La variabilidad en el criterio médico para el diagnóstico de esta patología puede comportar patrones diferentes de gestión clínica, criterios diagnósticos, tratamientos y resultados diferentes clínicos y clínico-administrativos.

Se crea una comisión de mejora de la práctica clínica, con el objeto de establecer elementos de corrección, unificar y minimizar la variabilidad del criterio médico.

PROYECTO DE CONSULTA PREOPERATORIA ON LINE

AUTORES

MIGUEL ÁNGEL OLMOS RODRÍGUEZ¹; A AGIRRE ARANBURU²; R PÉREZ ESQUERDO³; J TABOADA GÓMEZ⁴;
K IBARRA HERNÁNDEZ⁵; N ERIZ RIVAS⁶.

CENTRO DE TRABAJO
OSI BILBAO-BASURTO

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad
ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El formato tradicional en el que se realiza la visita preoperatoria tiene que adaptarse a la implantación de la historia informatizada y las nuevas evidencias sobre la necesidad de pruebas complementarias. Los cambios han de suponer una mejora en el proceso anestésico preoperatorio. Nos interesa su agilización y la reducción de costes, pero sin poner en cuestión la seguridad y el bienestar del paciente.

Objetivos

- Facilitar al paciente la realización de su valoración preanestésica, reduciendo la necesidad de acudir varias veces a su centro de salud. Hay que tener presente que muchos son de edad avanzada o presentan limitaciones para su desplazamiento.
- Simplificar el proceso de evaluación preanestésica y reducir la solicitud de pruebas complementarias innecesarias, según las recomendaciones de las guías vigentes.
- Reducir las demoras, citando solo a los pacientes con una fecha de intervención ya programada y en el mes anterior a la misma. Esto evitará la caducidad de preoperatorios y mejorará la utilidad de los mismos, dando opción a la realización de pruebas, interconsultas adicionales o tratamientos de optimización de su estado de salud.
- Integrar más al personal de enfermería en el proceso de la evaluación preoperatoria.

Material y métodos

PASO 1 VISITA QUIRÚRGICA

Decisión de IQ Consentimiento Informado Cirugía Lista de espera

PASO 2 PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

a un mes vista

PASO 3 CONSULTA DE EVALUACIÓN PREOPERATORIA

con 1 mes de antelación

PASO 4 CITACIÓN PARA INGRESO EL DÍA DEFINITIVO DE LA CIRUGÍA

PASO 5 INGRESO, REEVALUACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Resultados

La previsión de los resultados esperables en función de la actividad quirúrgica actual sería la siguiente: de las 20.000 intervenciones quirúrgicas programadas, en la actualidad, a 16.500 se les realiza la consulta preoperatoria de manera presencial y 3500 de manera no presencial. Con la implantación del proyecto pasaríamos a 4000 presenciales y 16.000 no presenciales.

Conclusiones

Se trata de un nuevo modelo de evaluación preoperatoria no presencial (NP) realizada por un equipo multidisciplinar de anestesia y enfermería.

Este método preoperatorio optimiza los recursos (paciente – clínica) al reducir las visitas presenciales y las pruebas complementarias sin aumentar la tasa de anulaciones quirúrgicas.

RELACIÓN ENTRE POBLACIÓN ATENDIDA POR ENFERMERÍA Y SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN 2018

AUTORES

ANTONIA GEMA PLANET CONDE¹; AB RAMIREZ PUERTA²; G VAZQUEZ SALADO³; MC MINGUET ARENAS⁴; MS RUA SANZ⁵; B BECERRIL ROJAS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

La promoción de la salud es el pilar fundamental de la Atención Primaria (AP) según la Conferencia de Yakarta 1997 "Guiando la Promoción de salud hacia el siglo XXI", teniendo la enfermera un papel relevante en dicho pilar.

Una de las principales funciones de la enfermera de AP es la promoción de la salud. La Cartera Servicios Estandarizados (CSE) de la Comunidad incluye Servicios de Promoción de la Salud (SPS) para distintos grupos etarios. Se plantea si las enfermeras que tienen mayor porcentaje de población distinta atendida, siendo un indicador del Contrato Programa de Centro, obtienen un nivel de resultados óptimo o aceptable en dichos servicios, en relación con las de menor.

Objetivos

Evaluar las coberturas en los SPS de niños, adolescentes y adultos de los 10 Centros de Salud (CS) con mejores y peores resultados en el indicador de población distinta atendida por enfermera, analizando las 7 Direcciones Asistenciales Territoriales.

Describir la relación existente entre la población distinta atendida y la cobertura de estos SPS.

Material y métodos

Se obtuvieron los datos de la población distinta atendida de todos los CS de la Comunidad desagregados por Dirección Asistencial Territorial (DAT) a Diciembre 2018, para identificar orden según resultado.

Se utilizaron los datos de cobertura de CSE a Diciembre 2018 de los siguientes servicios: promoción en la infancia de hábitos saludables, salud en la adolescencia y estilos de vida saludable en el adulto.

El grado de cumplimiento de los Servicios se clasifica según rangos individualizados en los niveles: óptimo, aceptable, mínimo y por debajo de mínimo, se eligen los 2 primeros.

Valores de referencia en % para óptimo: niños mayor/igual 84, adolescente mayor/igual 53 y adulto mayor/igual 67. Y para aceptable: niños 75-83, adolescente 44-52 y adulto 57-66.

Resultados

De los 70 CS (10 por cada DAT) con mejores resultados en el indicador de población distinta atendida por enfermería (rango 88,3-63,4%) ajustados por población adscrita, los resultados son:

SPS infancia: 1 óptimo y 20 aceptable.

SPS adolescencia: 0 óptimo y 1 aceptable.

SPS adulto: 0 óptimo y 3 aceptable

De los 70 CS con peores resultados (rango 60,5-31,8%), los resultados son:

SPS infancia 0 óptimo y 10 aceptable

SPS adolescencia: 0 óptimo y 0 aceptable

SPS adulto: 0 óptimo y 0 aceptable

Conclusiones

Tras el análisis de los resultados, los CS con mayor porcentaje de población distinta atendida no han obtenido en los SPS descritos diferencias representativas en los niveles de cobertura óptimo y aceptable, a excepción del servicio del niño donde el nivel de cobertura aceptable lo consiguen el doble de centros. Existe un amplio margen de mejora en el abordaje de la Promoción de la Salud en todas las etapas vitales, por lo que se tratará de elaborar un plan de mejora.

Los datos obtenidos no son concluyentes para establecer la relación planteada.

MEJORA DEL USO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS E INGRESOS EN LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

AUTORES

Julian Alcaraz Martinez¹; AD Moreno-Pastor²; S Ramos-López³; IM Reina-Nicolas⁴; L Abellán-Mompean⁵; E Molina-Perez de los Cobos⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Morales Meseguer¹.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

En 2015 se puso en marcha un protocolo de manejo de la atención del paciente con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) en Urgencias, constatándose una mejora de los indicadores de este proceso. 4 años después, queríamos saber si se mantienen o no los resultados obtenidos

Objetivos

Comprobar si el manejo urgente del paciente con sospecha de TVP (trombosis venosa profunda) ha mejorado o no en Urgencias.

Material y métodos

Inicialmente, se evaluaron todos los pacientes a los que se realizó ecodoppler en 3 meses (abril a junio de 2013) antes de la puesta en marcha del nuevo protocolo y los pacientes de los mismos meses al año siguiente. Este año se han tomado también los pacientes de 3 meses (enero a marzo) y se ha comprobado los niveles de Dímero D, resultados de ecodoppler y destino. Los datos se contrastaron con el test de la Chi cuadrado, estableciendo la significación estadística en 0,05.

Resultados

En el año 2013, se realizaron 60 ecodoppler urgentes y 67 en 2014, con diagnóstico de TVP en 18 y 15 casos respectivamente. El destino de estos pacientes fue ingreso en 7 casos (38.9%) en 2013 (4 suprapoplíteas y 3 infrapoplíteas) y 4 casos (26.6%) en 2014 (todos suprapoplíteas).

En 2013 se realizaron 12 ecografías (20%) no claramente justificadas y en 2014, 11 (16,4%).

En 2019 se realizaron 76 ecodoppler, con diagnóstico de TVP en 23 de ellas. De estas exploraciones, el Dímero d era superior al límite de normalidad en 69 casos (9,1%) y en 3 de los restantes se cumplían datos de la exploración suficiente para pedir la prueba. Solo en 5 casos (6,6%) no estaba claramente justificada la petición. La mejora respecto a años precedentes es estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

En 2019, de las 23 TVP, 6 fueron infrapoplíteas, que fueron dadas de alta y 17 fueron suprapoplíteas, ingresando 6 (26% del total).

Conclusiones

Se aprecia una mejora en indicación de ecodoppler y un mantenimiento en los números de ingresos por TVP.

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE UN MODELO ASISTENCIAL CENTRADO EN LA PERSONA. PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS.

AUTORES

M^a del Carmen García Cubero¹; O Monedo Pérez²; D Rodríguez Morales³; JD Cerdeño Arconada⁴; N Fernández de Cano Martín⁵; C Jiménez Gómez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección General de Continuidad Asistencial¹; Subdirección General de Continuidad Asistencial²; H.U. Infana Elena³; Subdirección General de Continuidad Asistencial⁴; Subdirección General de Continuidad Asistencial⁵; Subdirección General de Continuidad Asistencial⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Implantar con éxito estrategias para el abordaje de la cronicidad supone planificar y gestionar el cambio. Las herramientas que proporciona la calidad asistencial permiten establecer una hoja de ruta para ello.

Objetivos

General: Implantar un modelo de atención, centrado en el paciente, con la implicación de los profesionales.

Específicos: Disponer de una estructura que permita liderar la puesta en marcha del modelo. Incluir la visión clínica en la estratificación de los pacientes crónicos para adecuar las actividades y recursos a las necesidades del paciente. Implantar Procesos Asistenciales Integrados (PAI) adaptados a la realidad de cada hospital y centros de salud.

Material y métodos

Desde 2015 la población de nuestra Comunidad está estratificada en niveles de riesgo con los Grupos de Morbilidad Ajustados y desde 2017 los profesionales sanitarios asignan en la historia clínica electrónica el nivel de intervención (NI) bajo, medio o alto, según necesidades del paciente, poniendo en marcha las actividades y recursos necesarios, orientados hacia la promoción del autocuidado, la gestión de la enfermedad o la gestión del caso.

En 2015 se elabora el documento marco "Desarrollo de PAIs". En 2017 se implanta el PAI del paciente crónico complejo (PAI PCC), en 2018 el PAI del paciente con EPOC (PAI EPOC) y en 2019 el PAI del paciente con insuficiencia cardiaca crónica (PAI ICC).

Se crean los Grupos Directores Locales (GDL), liderados por el Director de Continuidad Asistencial y constituidos por profesionales y directivos de distintos estamentos y ámbitos asistenciales. Son los que definen los circuitos, los canales de comunicación e identifican a los referentes asistenciales y son los encargados de revertir el proyecto a cada profesional de cada ámbito, haciendo seguimiento según el ciclo PDCA.

Resultados

La creación de los GDL como responsables de la implantación y seguimiento ha permitido llegar a todos los "rincones" y detectar áreas de mejora de forma ágil y eficiente. El PAI PCC y el PAI EPOC se han implantado en 26 hospitales y 428 centros de atención primaria, y el PAI ICC está en fase de implantación. En la actualidad hay más de un 44% de pacientes crónicos con NI asignado.

La monitorización y evaluación de los indicadores de cada PAI nos permite identificar, priorizar e implementar áreas de mejora.

Conclusiones

En estos últimos años, se ha iniciado el camino hacia un cambio de modelo asistencial buscando la integración mediante la implantación de procesos compartidos entre ámbitos asistenciales.

La elaboración de los PAIs ha contado con un gran liderazgo clínico, lo que ha facilitado su implantación posterior.

La creación de equipos de trabajo, locales y multidisciplinares ha sido clave para gestionar el cambio cultural que permite implantar actuaciones dentro de una estrategia de atención a la cronicidad.

Disponer de un marco para desarrollar PAIs hace que todos sean reconocibles por los profesionales y facilita su aceptación y puesta en marcha.

INNOVANDO ESTRATEGIAS PARA ADECUAR LA DEMANDA

AUTORES

ELENA ANA LOPEZ JIMENEZ¹; D PARRAGA GARCIA²; C VARELA RODRIGEZ³; P RUIZ LOPEZ⁴; L PARES POLLAN⁵; C VARGAS GALLEGO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

H.U. 12 DE OCTUBRE.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El laboratorio clínico es una pieza clave del sistema destinado a crear valor en asistencia sanitaria. El volumen de pruebas inadecuadas está aumentando, impactando negativamente en la seguridad del paciente y en los costes. Los laboratorios de nuestro hospital gestionan más de 11 millones de pruebas anuales y la adecuación de la demanda es un foco estratégico, imprescindible para garantizar un uso eficiente de los mismos.

Objetivos

- Diseñar una metodología de trabajo global para los 6 Servicios de laboratorio del hospital que permita el abordaje de la adecuación sin afectar a la calidad de la asistencia.
- Evaluar las medidas de adecuación implantadas y su impacto económico utilizando el coste unitario de cada prueba.

Material y métodos

La metodología de trabajo incluye principalmente la selección de intervenciones, estrategia de comunicación a peticionarios (sesiones clínicas con Servicios), implantación automática de reglas en sistemas de información (Sistema Informático de Laboratorio e Historia Clínica Electrónica) y, monitorización de indicadores para medir el resultado de cada intervención a través de un DataWareHouse. Las intervenciones sobre las distintas pruebas están basadas en tiempos mínimos de repetición o modificación de perfiles de solicitud. El impacto económico de la intervención se realizó a partir de los costes unitarios de cada prueba, resultantes de estudio de costes llevado a cabo por la Unidad de Contabilidad Analítica y el Laboratorio.

Resultados

Durante el año 2018 se implantaron 58 intervenciones, que afectan a 30 parámetros analíticos de los Servicios de Bioquímica, Hematología, Inmunología y Microbiología. Como consecuencia, se generaron un total de 129420 rechazos de pruebas y 360 altas de pruebas, frenando durante el año 2018 la demanda creciente de la mayor parte de las pruebas intervenidas, evitando un gasto de 149678 euros.

Conclusiones

Utilizando como herramientas claves los Sistemas de Información y la comunicación con los clínicos, se ha logrado establecer una eficiente e innovadora metodología para abordar la inadecuación sin afectar a la calidad de la asistencia prestada, permitiendo el abordaje progresivo de la totalidad de pruebas para garantizar el uso eficiente de las mismas.

¿LA PRESCRIPCIÓN DE IBP EN NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA SE ADECUA A LA RECOMENDACIÓN DE “NO HACER”?

AUTORES

Marta González Sánchez¹; C de la Coba Ortiz²; L García Menéndez³; S González Alonso⁴; S de la Rosa de Saa⁵; E Muslera Canclini⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)¹; Hospital Universitario de Cabueñes²; Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)³; Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)⁴; Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)⁵; Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

En el año 2013 se inició el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”, cuyo objetivo principal es disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias. Debido a que los inhibidores de la bomba de protones (IBP) se encuentran entre los fármacos más prescritos y utilizados por la población, la Sociedad Española de Patología Digestiva de nuestra comunidad autónoma priorizó la recomendación de No Hacer (RNH) “No prescribir IBP como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales” para llevar a cabo su implementación.

Objetivos

El objetivo es describir la situación actual de esta recomendación en la comunidad autónoma y las actuaciones para su implementación.

Material y métodos

Debido al amplio uso del IBP, se solicitó un listado de pacientes con prescripción de IBP más antiinflamatorios no esteroideos (AINE) con las siguientes características:

- Edad entre 14 y 64 años.
- No presentar enfermedad de esófago, úlceras duodenales o pépticas, alteraciones funcionales del estómago, hematemesis, melenas, rectorragias ni infección por E. Pylori.
- Compra de 5 o más envases de IBP en los últimos seis meses.
- Compra de 1 o más envases de AINE en los últimos seis meses.

También se solicitó que el listado recogiera las prescripciones de medicamentos gastrolesivos (antiagregantes, anticoagulantes, corticoides e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), en caso de que los hubiera, para poder hacer después una valoración individualizada sobre la indicación adecuada o no de IBP según los factores de riesgo gastrointestinal del paciente.

Resultados

El número de pacientes con las características anteriormente descritas fue de 5894, de los cuales el 60 % fueron mujeres. El 77 % de las personas tenían más de 50 años. Se detectaron 3920 casos (67 %) que tenían prescrito IBP más AINE sin tener ningún factor de riesgo gastrointestinal, según los criterios de recogida.

El listado de pacientes se separó por área sanitaria, centro de salud y profesional médico y se envió a cada gerencia para su distribución y revisión. Además, se adjuntó información para los profesionales sobre las recomendaciones de uso del IBP.

En seis meses se repetirá la extracción de datos para su análisis y comparación con los datos de la situación inicial, comprobando de esta forma la implantación de la RNH.

Conclusiones

Se puede concluir que el método descrito permite al profesional valorar para cada paciente la indicación de IBP y plantearse una deprescripción en los casos que fuera necesaria. En resumen, consideramos que es un camino adecuado para disminuir el uso de medicamentos que no aportan valor y liberar esos recursos para otros usos más eficientes.

CONSTITUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UNA COMISIÓN PARA LA MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

Aleidis Caro¹; M Roig²; O Ochoa³; N Serrat⁴; M Gens⁵; R Reig⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona¹; Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona²; EAP Sant Pere i Sant Pau³; Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona⁴; Gerència Territorial Camp de Tarragona⁵; Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Existe un interés creciente por mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. En la sanidad hay una tendencia especial por la tradición que no siempre se traduce en una mejor práctica clínica. En realidad a veces se realizan acciones sin tener evidencia de su efectividad y sin ser contrastadas. Según un informe de 2017 del Institute for Health Information de Canada y la iniciativa Choosing Wisely de este país un 30% de las pruebas y tratamientos son potencialmente innecesarios. A raíz de esta problemática surgen las comisiones para la mejora de la práctica clínica.

Objetivos

La comisión para la mejora de la práctica clínica tiene como objetivo principal velar para la adecuada práctica clínica e identificar aquellas prácticas que aportan poco valor, promover las recomendaciones para evitar su realización, mejorar la calidad asistencial y dar el máximo valor al uso de los recursos.

Material y métodos

El Hospital, de segundo nivel con 383 camas y 37 servicios, es el centro de referencia de la provincia.

La comisión para la mejora de la práctica clínica se creó desde la Dirección del centro en septiembre de 2017 y se constituyó formalmente con la primera reunión del equipo en octubre de 2018. Es una comisión multidisciplinaria formada por 21 profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales entre hospital, primaria y sociosanitario; de los cuales 17 son personal asistencial y 4 son miembros de la dirección y departamento de calidad.

Todos los miembros de la comisión han realizado formación específica antes de constituirse el grupo. Cada miembro de la comisión propuso un proyecto de mejora y en la primera reunión se priorizaron 3 de ellos según el método Hanlon. Para llevar a cabo dichos proyectos se crearon tres Grupos de Trabajo constituidos cada uno por un líder de grupo, los miembros de la comisión con especial interés y la inclusión de profesionales externos a la comisión con mayor experiencia en cada tema de las instituciones participantes. La comisión se ha reunido con una periodicidad trimestral, realizando una reunión extraordinaria cuando ha sido necesario para temas concretos de seguimiento de los proyectos activos.

Resultados

Los tres proyectos priorizados son indicaciones del mantenimiento del catéter venoso periférico; vitamina D: evidencias y controversias y adecuación de las recomendaciones de la vacuna antineumocócica en mayores de 65 años. Se han realizado reuniones independientes de los grupos de trabajo, conjuntas de seguimiento y los líderes de los grupos de trabajo han expuesto a todos los miembros de la comisión los progresos y resultados de cada proyecto.

Conclusiones

Las comisiones de la mejora de la práctica clínica son necesarias en nuestra práctica habitual para seguimiento de indicadores que nos permiten evaluar nuestras actividades, evitar acciones innecesarias y definir la mejor manera de gestionar los recursos que disponemos.

PLAN DE ATENCIÓN ESTRUCTURADO EN PERSONAS CON DEMENCIA AVANZADA INSTITUCIONALIZADAS (ESTUDIO PALIDEM)

AUTORES

Javier Alaba Trueba¹; E Arriola²; I Anton³; A Garcia-Soler⁴; C Buiza⁵; C Hernandez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Fundacion Matia.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Las personas con demencia avanzada son una parte importante de la población residencial, siendo relevante la identificación pronóstica para adecuar las intervenciones. La atención debe estar centrada en el bienestar y confort de la persona, conociendo sus necesidades y preferencias, minimizando las transiciones asistenciales y dando valor a la seguridad de los cuidados.

Objetivos

Desarrollar un plan de atención estructurado en personas con demencia avanzada institucionalizados, planificando los cuidados mediante el control sintomático, tomando decisiones con el cuidador principal y realizando un apoyo psicológico y espiritual coherente con la trayectoria de vida.

Material y métodos

Estudio descriptivo de período en el Centro Txara 1 de San Sebastián desde el 1 de julio de 2014 hasta 31 de diciembre de 2017, identificando a aquellos residentes con demencia avanzada y síndrome de declive (dependencia funcional y malnutrición), o complicaciones secundarias a inmovilidad (úlceras, disfagia). Tras informar acerca de la historia natural de la enfermedad, se establece con el familiar decisiones basadas en objetivos asistenciales paliativos, disponiendo de una planificación avanzada de enfermedad documentada en la historia clínica electrónica del centro. Se recoge trimestralmente el grado de control de síntomas por medio de la escala SM-EOLD, utilizando la PAINAD-Sp para la valoración del dolor, en el momento de agonía o tras un evento agudo que conlleve el encamamiento del residente, el confort se determina diariamente con la CAD-EOLD. Tras el fallecimiento se realiza una encuesta de satisfacción al cuidador y se mantiene contacto periódico con la pastoral para el apoyo espiritual.

Resultados

Se han analizado 126 residentes, con una edad media de 87 años, un 79% mujeres, con 4.6 medicamentos de media, con enfermedad de Alzheimer como principal causa de demencia. En el control de síntomas en fase estable no se detecta inestabilidad física o conductual relevante, detectándose en un 8% presencia de dolor. De 64 residentes fallecidos, el 93% sucede en el propio centro, en un 78% se puede registrar el grado de confort destacando la presencia de disnea y disfagia, al ser la infección respiratoria aspirativa la principal causa de fallecimiento. En un 70% de la población seleccionada se realiza atención espiritual. Un 48% de los cuidadores principales responden a la encuesta de satisfacción, con un alto porcentaje de aceptación en el nivel de cuidados.

Conclusiones

La identificación de los pacientes con demencia avanzada en situación de final de vida, permite estructurar un plan de atención en el centro gerontológico, conociendo las necesidades sintomáticas, el grado de confort o bienestar y consensuando las decisiones con la familia y el propio equipo interdisciplinar. Ante situaciones de descompensación aguda, la coordinación con los recursos sociosanitarios disponibles es fundamental para poder llevar a cabo realmente las decisiones adoptadas del equipo sanitario con el cuidador principal.

PROYECTO DE MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE SOLICITUD DE RADIOGRAFÍA EN DOLOR LUMBAR AGUDO SIN SIGNOS DE ALARMA

AUTORES

Álvaro Muñoz Galindo¹; F Rubio-Gil²; J Sánchez-Serrano³; J García-Criado⁴; J Rodríguez-Laureiro⁵; M Pérez-Lucas⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca¹; Unidad de Calidad del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca²; Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca³; Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca⁴; Unidad de Calidad del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca⁵; Unidad de Calidad del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El dolor lumbar agudo es un motivo de consulta frecuente. Su origen benigno y su buena evolución hacen que exista consenso sobre la no necesidad de realizar pruebas de imagen salvo que existan signos de alarma.

Objetivos

Conocer el manejo de esta patología en el Servicio de Urgencias Hospitalarias. Llevar a cabo una intervención de mejora y recoger la opinión de los profesionales sobre cómo había sido llevada a cabo la misma.

Material y métodos

Para la obtención de los datos necesarios se solicitó al Servicio de Admisión, Documentación Clínica y Atención al Paciente todos los episodios con diagnóstico al alta de lumbalgia atendidos en el Servicio de Urgencias durante agosto de 2017 (previo al inicio de la intervención) y de marzo de 2018 (último mes de la intervención).

Se seleccionó una muestra representativa con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. Se realizó un muestreo aleatorio simple automatizado mediante soporte informático. Se revisó el informe de atención sanitaria. En él se analizaba si se había realizado radiografía de columna lumbar y si estaba indicada o no conforme a los criterios de la Sociedad Española de Radiología Médica. Para conocer la existencia de diferencias estadísticamente significativas y en su caso, la magnitud de esta, se realizó el cálculo mediante estimación de la diferencia por intervalos.

Para conocer la opinión de los profesionales se envió una encuesta en formato electrónico a los médicos del Servicio de Urgencias.

Resultados

Los datos obtenidos antes de implantar el programa (agosto de 2017) mostraron que se realizaba radiografía de columna lumbar en el 56,64% y que en el 60,49% esta solicitud no estaba correctamente indicada.

Con posterioridad, se desarrolló una intervención durante seis meses. El proyecto demostró una disminución del 11,61% en la solicitud total de radiografía de columna lumbar y una disminución del 19,32% en la solicitud de radiografía no indicada que tras su análisis mediante estimación de la diferencia por intervalos resultó significativa. Finalmente, se recogió la opinión de los profesionales implicados mediante un cuestionario electrónico. De ellos, el 90,9% consideraba que el grado de difusión del objetivo perseguido era "Muy bueno o bueno", el 81,8% que su implicación profesional fue "Mucha o bastante", el 63,6% que el programa había mejorado su formación "Mucho o bastante", el 81,8% que el proyecto había tenido "Mucha o bastante" influencia sobre su labor asistencial, y el 90,9% que el material creado y el desarrollo global de la intervención había sido "Muy positivo o positivo".

Conclusiones

I. La intervención llevada a cabo ha logrado disminuir la solicitud inadecuada de radiografía en paciente con dolor lumbar agudo sin signos de alarma de manera significativa.

II. La gran mayoría (más del 90%) de los profesionales que manifestaron su opinión consideran el grado de difusión de la intervención como "Muy bueno o bueno" y el material creado y el desarrollo global del proyecto como "Muy positivo o positivo".

CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

AUTORES

IRENE PASCUAL PALACIOS¹; M Carreras Caballero²; V REVUELTA GARRIDO³; M MURILLO MOLINA⁴; MD MORAN MARTINEZ⁵; A LLANO SANCHEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CAP SALOU¹; ASSIR TARRAGONA²; CAP JAUME I³; ASSIR REUS⁴; CAP LLIBERTAT⁵; CAP SANT SALVADOR⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los últimos años, las especiales características de estas patologías, y el hecho de ser un problema de salud que precisa un abordaje especializado, hace necesario contar con un sistema específico de atención a los pacientes afectados y a sus contactos de riesgo.

Objetivos

Descripción del modelo previo y el nuevo, propuesto para el manejo de las ITS, en una región sanitaria.

Material y métodos

Hasta el año 2013, existe una consulta específica para las ITS, atendida por un médico y una enfermera. Los pacientes acuden sin cita previa o derivados desde otros centros. Cuando esta consulta desaparece, las mujeres son atendidas en los centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR-ginecología y matronas) pero la población más vulnerable queda desatendida y los hombres no tienen un circuito definido.

Desde los centros de gestión de nuestra zona se crea una comisión de referentes territoriales y se propone un modelo asistencial para las ITS, equitativo y cercano a las personas. En esta línea, el modelo actual, propone la creación de un grupo de trabajo (GdT) multidisciplinar para desarrollar y coordinar la atención a las ITS desde la Atención

Resultados

Se creó en 2016 el GdT que actualmente cuenta con 27 referentes y un auxiliar administrativo de soporte. El número de centros que participan en el proyecto son 20 equipos de Atención Primaria (EAP), 2 Centros de urgencias de AP, 2 ASSIR, 1 EAP de prisiones y un equipo de línea pediátrica. Las categorías profesionales de los referentes son: 18 médicos de familia, 2 enfermeras, 5 comadronas y 2 ginecólogas.

El grupo de referentes reorganiza, en todos los centros de atención primaria, los procedimientos para el diagnóstico precoz, el tratamiento y seguimiento de las ITS de baja complejidad. Se crea la Unidad de Estudio de Contactos en ITS, ubicada en tres centros ASSIR y se inicia la coordinación con otros servicios especializados (dermatología, medicina interna, urología) para atender los casos de tratamiento hospitalario.

Conclusiones

El nuevo modelo creado pretende mejorar la atención de las ITS en la zona, aumentar la accesibilidad, la detección y la resolución de estas patologías desde AP. El hecho de tener una GdT multidisciplinar facilita la comunicación entre diferentes servicios agilizando los trámites y la resolución de los casos. Será necesario hacer un análisis cuantitativo de los datos más adelante, pero la aceptación, participación e implicación inicial en el proyecto está resultando muy positiva.

AVANZANDO EN LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE RUTAS ASISTENCIALES

AUTORES

Elena Urizar¹; M Urtaran-Laresgoiti²; R Nuño-Solinís³; C Fernández-Planelles⁴; C Álvarez-Gómez⁵; C Blay⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Deusto Business School Health¹; Deusto Business School Health²; Deusto Business School Health³; Departamento de Salud de Elda⁴; MSD⁵; Universitat de Vic⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Las Rutas Asistenciales Integradas (RAIs) son una intervención compleja con evidencia de mejora en indicadores de proceso y resultados en el abordaje de patologías. Su implementación plantea desafíos, y exige entre otros, la alineación de la gestión micro, meso y macro y la confluencia de múltiples grupos de interés, precisando el despliegue de intervenciones de gestión del cambio.

La evidencia sobre su implementación muestra que se obtienen resultados más exitosos allí donde existen metodología, herramientas y estrategias de apoyo. En esta comunicación se exponen un conjunto estructurado de estrategias, métodos y herramientas desarrolladas para facilitar la implementación efectiva de RAIs en las organizaciones sanitarias de una Comunidad Autónoma.

Objetivos

- Describir una estrategia integral de implantación de RAIs, incluyendo la metodología, el marco de trabajo colaborativo, las diferentes intervenciones multipalanca, las herramientas, y los resultados y aprendizajes en una experiencia de aplicación y evaluación de más de dos años en los diferentes departamentos sanitarios de un contexto regional.
- Analizar el grado de despliegue de las intervenciones y herramientas diseñadas.

Material y métodos

Estudio descriptivo realizado mediante entrevistas a informadores clave (grupo de investigación y profesionales implicados en la implementación de RAIs).

Resultados

La estrategia de implementación comprende un conjunto de actuaciones en:

- Investigación y desarrollo de herramientas y métodos como la metodología Ruta 10 para facilitar la implementación de RAIs.
- Sensibilización mediante jornadas de benchmarking que han alcanzado a más de 700 profesionales.
- Formación en RAIs y metodología Ruta 10 a más de 230 decisores, gestores y clínicos, entre los que se encuentran facultativos de medicina, enfermería, farmacia, fisioterapia y otros, todos de ambos niveles asistenciales.
- Cambios organizativos y de gestión como la incorporación de las RAIs como compromiso en los Acuerdos de Gestión en 24 Departamentos de Salud.

Fruto de este trabajo se han desarrollado un total de 79 RAIs que cubren patologías como: accidente cerebrovascular, diabetes, demencia, síndrome coronario, paciente agitado, el asma y la dispepsia entre otros.

Conclusiones

- Su implementación requiere de una profunda comprensión del contexto, su incorporación en la agenda política, el compromiso y participación de los líderes profesionales y sus directivos desde el inicio, la alineación entre iniciativas top-down y bottom-up, la integración de la estrategia de cambio en los instrumentos de gestión existentes y la definición de indicadores de evaluación
- Las RAIs promueven la búsqueda de innovaciones y permiten avanzar en modelos organizativos de valor bajo el marco del Quadruple Aim, mejoran la experiencia del paciente y de los profesionales, mejoran resultados en salud, con una optimización de los recursos.
- Permiten incorporar a los pacientes en la definición de estrategias y cocrear procesos y servicios asistenciales

IMPLEMENTACIÓN Y ESCALADO DE UN PROGRAMA INTEGRADO DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

AUTORES

Ane Fullaondo Zabala¹; J Jon Txarramendieta²; I Igor Zabala³; R Rosa González⁴; E Esteban de Manuel⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Kronikgune- Instituto de investigación en servicios de salud¹; Kronikgune- Instituto de investigación en servicios de salud²; Osakidetza- Servicios Centrales³; Osakidetza- Servicios Centrales⁴; Kronikgune- Instituto de investigación en servicios de salud⁵.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El envejecimiento de la población y el aumento de los pacientes crónicos representan un gran reto para la sostenibilidad de todos los sistemas sanitarios. El proyecto europeo ACT@Scale* ha pretendido implementar, desarrollar, consolidar y escalar Buenas Prácticas (BP) en atención integrada y transferir aprendizaje y conocimientos entre regiones. Las BPs están dirigidas a personas con enfermedades crónicas, de edad avanzada, frágiles o con enfermedad mental. En el País Vasco se ha implementado el Programa Integrado de Intervención para pacientes pluripatológicos, desarrollado por Kronikgune y Osakidetza

Objetivos

La implementación y el escalado de una ruta de atención común para pacientes pluripatológicos en Osakidetza.

Material y métodos

Mediante la organización de un grupo de profesionales multidisciplinar y multinivel de 14 organizaciones del sistema sanitario vasco. La metodología de implementación sigue los métodos de mejora de la calidad estructurados en múltiples organizaciones y basados en ciclos PDSA ("Plan", "Do", "Study", "Act"). En la fase de planificación se decidieron las acciones a implementar; definición de la ruta común, evaluación de su efectividad, plan de formación a profesionales, protocolo de empoderamiento de pacientes y su evaluación, e incorporación como funcionalidad de la historia clínica electrónica (Osabide)

A lo largo de diferentes ciclos PDSA, se han desarrollado y analizando las acciones definidas y propuesto los cambios necesarios.

Resultados

A partir de una ruta previa para pacientes pluripatológicos, se han analizado similitudes y diferencias entre las organizaciones participantes, y se ha definido la ruta común acorde con la definición de la EPA ("European Pathway Association"), con los componentes:

- Objetivos y elementos clave de la asistencia
- Facilitación de la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares
- Coordinación del proceso asistencial
- Documentación, monitorización y evaluación de variabilidad y resultados
- Identificación de recursos

Para evaluar su efectividad, se ha definido un cuadro de mando con indicadores organizados en siete dimensiones; recursos, servicios, integración de la atención, eficacia, seguridad, igualdad y eficiencia.

Además, se ha definido un plan de formación para profesionales, incluyendo herramientas de estratificación del riesgo y técnicas de empoderamiento de pacientes pluripatológicos (programa Kronik On). Kronik On consta de 4 sesiones presenciales, donde se realiza una valoración del paciente, se explican las patologías, se analiza la adherencia al tratamiento, se acuerdan propósitos y objetivos y se forma en el autocontrol de síntomas y signos de alarma. Finalmente, se ha informatizado la ruta con una nueva herramienta corporativa de Osakidetza (GIP), e integrada en Osabide. Permite definir, gestionar y realizar el seguimiento de pacientes.

Conclusiones

El trabajo colaborativo e interdisciplinar desde el inicio ha permitido que el programa esté implementándose en todas las organizaciones de Osakidetza.

¿LAS PRUEBAS DE IMAGEN SOLICITADAS EN LUMBALGIAS AGUDAS NO COMPLICADAS SE BASAN EN LA RECOMENDACIÓN DE “NO HACER”?

AUTORES

Marta González Sánchez¹; M Bujanda Miguel²; L García Menéndez³; S González Alonso⁴; S de la Rosa de Saa⁵; E Muslera Canclini⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)¹; Hospital Universitario Central de Asturias²; Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)³; Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)⁴; Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)⁵; Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

La lumbalgia es una patología muy prevalente con un elevado impacto en la salud de la población y con importantes repercusiones laborales. Entre un 70 y un 80 % de la población ha tenido un episodio de dolor lumbar al menos una vez en su vida, si bien la mayoría de ellos no han solicitado atención sanitaria y se recuperan de forma espontánea en menos de 30 días. La lumbalgia aguda no complicada es un proceso benigno y autolimitado que no requiere ningún tipo de estudio radiológico.

En el año 2013 se inició el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”, cuyo objetivo principal es disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias. La Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física de nuestra comunidad autónoma priorizó la recomendación de No Hacer (RNH) “No realizar pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma” para llevar a cabo su implementación.

Objetivos

El objetivo es describir la situación actual de esta recomendación en la comunidad autónoma y las actuaciones para su implementación.

Material y métodos

Para ello, se pidió el listado de pacientes con dolor lumbar agudo (L03) entre el 01/09/2017 y el 31/08/2018 a los que se les hubiese solicitado radiografía, RNM o TAC entre la fecha del episodio y los 30 días posteriores.

Resultados

El número obtenido de pacientes fue de 1981, de los cuales 1142 (58 %) fueron mujeres. El 73 % de las personas tenían más de 44 años. En cuanto a las pruebas de imagen solicitadas durante los 30 días posteriores al episodio de lumbalgia aguda, las más frecuentes correspondieron a radiografías de columna lumbosacra A-P y lateral (78 %) y a radiografías de columna dorsal A-P y lateral (7 %).

Este listado de pacientes se separó por área sanitaria, centro de salud y profesional médico y se envió a cada gerencia para su distribución y revisión. Además, se adjuntó información para los profesionales sobre los signos de alarma que motivarían solicitar una prueba de imagen según las sociedades de Radiología, Reumatología y Medicina de Familia y Comunitaria, para así poder reflexionar y modificar su praxis si fuese necesario.

Conclusiones

Se puede concluir que el método descrito podría modificar la conducta en solicitud de pruebas diagnósticas en los episodios de lumbalgia aguda no complicada, con las consiguientes implicaciones económicas que ello supone para el sistema público de salud y la disminución de dosis de irradiación para los pacientes, cuando la prueba realizada sea una TAC o radiografía.

LA COMISIÓN DE MORTALIDAD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS FALLECIDOS

AUTORES

Guillermo Alcalde-Bezhold¹; S Villa-Hoz²; J Díaz-Gutiérrez³; L Vega-Giménez⁴; MB Beltrán de Heredia-Pérez de Villarreal⁵; F Fonseca-San Miguel⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Organización Sanitaria Integrada Araba¹; Unidad Docente de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del País Vasco²; Organización Sanitaria Integrada Araba³; Organización Sanitaria Integrada Araba⁴; Organización Sanitaria Integrada Araba⁵; Organización Sanitaria Integrada Araba⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

La Comisión de Mortalidad es un organismo multidisciplinar cuyo objetivo es analizar y proponer acciones de mejora en la atención a los pacientes en la última fase de la vida.

Cada miembro de la comisión revisa la calidad de la asistencia a los fallecidos asignados mediante la cumplimentación de una ficha diseñada en un formulario web, lo que permite realizar estudios de calidad y detectar ámbitos de mejora en la atención a los fallecidos.

Objetivos

Analizar los datos obtenidos de la revisión de las historias por la Comisión de Mortalidad y detectar áreas de mejora.

Material y métodos

La Comisión revisó las historias de 1149 pacientes fallecidos en el hospital entre 2014 y 2016, seleccionadas por muestreo del total de 3696 fallecidos. Los datos se extrajeron de los formularios de evaluación cumplimentados por los miembros de la comisión. A partir de los formularios se creó una base de datos anonimizada que se analizó mediante el programa IBM SPSS Statistics 19.

Resultados

Del total de los fallecidos analizados se realizó necropsia en el 5,97% de los casos. De los fallecidos en los que a juicio de los evaluadores hubiese estado indicada, se realizó la necropsia en un 32% de los casos, en un 13% no se hizo por negativa familiar y en un 55% no se solicitó. El porcentaje de autopsias realizadas respecto a las indicadas ha descendido cada año.

Los evaluadores consideraron que hubo un uso inadecuado de los medios diagnóstico-terapéuticos en un 4,39% de los casos, la mayoría (84%) por exceso, proporción que ha descendido en los años evaluados.

En tan sólo 3,43% de los casos existía constancia de haber consultado el documento de voluntades anticipadas.

El 52,48% de los pacientes evaluados falleció con una sedación en curso. Este porcentaje ha aumentado progresivamente en los años evaluados siendo mayor en los Servicios Médicos. La duración media de la sedación fue de 23,5 horas. Respecto al facultativo que indicó la sedación, un 79% era del servicio responsable del paciente, un 12% por el médico de guardia y un 9% por otro facultativo. No hubo diferencias en la duración de la sedación según el facultativo que la indicó o el año de fallecimiento. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la duración según el tipo de enfermedad (Oncológico=17,8h; No oncológico=27,5h).

El paciente participó en la toma de decisiones respecto a la sedación en un 19% de los casos, porcentaje que ha ido aumentando con los años, con una diferencia significativa en función del tipo de enfermedad (Oncológico 34,1%; No oncológico 8,7%). La familia participó en las decisiones en el 99% de los casos.

Conclusiones

El análisis demuestra tendencias positivas en la adecuación del uso de medios diagnóstico-terapéuticos, la mayor implicación del paciente en la toma de decisiones y el aumento en la proporción de pacientes que fallecen bajo sedación.

Como áreas de mejora destacables el porcentaje cada vez menor de necropsias realizadas respecto a las potencialmente indicadas y la escasa consulta de las voluntades anticipadas.

ESTRATEGIA “NO HACER” EN SONDAJE VESICAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

LAUREANO ALONSO CANO¹; MM VAZQUEZ RUEDA²; A QUINTAS BLANCO³; ME LLANEZA VELASCO⁴; MA JIMENEZ MARTOS⁵; A ALVAREZ DIAZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

Las infecciones urinarias representan el 40% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. En pacientes con ITU nosocomial el 80% son portadores de sonda vesical (SV). Diferentes estudios indican que entre el 12-25% de los pacientes ingresados son portadores de sonda, de estos en el 50% no está indicada y en el 40% de los SV innecesarios el médico desconocía su uso. Además existe una relación directa entre la duración de la SV y la aparición del infecciones del tracto urinario

Objetivos

Implantar la estrategia del no hacer para reducir el número de sondajes vesicales innecesarios en un hospital del tercer nivel reduciendo los eventos adversos asociados a su uso.

Material y métodos

Las recomendaciones de la estrategia no hacer son las siguientes: 1. No poner SV innecesarias; 2. Realizar el SV con asepsia; 3. Mantener el SV según las guías y protocolos vigentes; 4. Revisar el SV diariamente y retirarlo cuanto antes. Para la implantación de la “estrategia del no hacer” se crea un grupo de trabajo multidisciplinar que elabora y aprueba un protocolo “indicaciones para el correcto uso de las SV, mantenimiento y retirada”, se difunde a través de sesiones en los diferentes servicios clínicos y rondas informativas por cada unidad de hospitalización, se promueve y se modifica el uso del registro de Cuidados de Enfermería (CUE) de SV en la HCE-Millennium. Para la monitorización se utilizaron los datos obtenidos a través de la HCE-Millennium, en cortes transversales de un día en cada una de las plantas de hospitalización. Se midió el % de pacientes sondados, % de pacientes con SV de más de tres días.

Resultados

Las rondas formativas se realizaron en tres servicios clave dirigidas a facultativos: Traumatología (36 asistentes), Cirugía General (50 asistentes), Medicina Interna (44 asistentes) y también a profesionales de enfermería de 7 unidades de hospitalización (67 asistentes). En la evaluación preimplantación en 2018, se midió el % de pacientes con SV (global) obteniéndose los siguientes resultados: ene (14,7%), feb (15,6%), mar (17,3%), abr (13,8%); mayo (17,1%) junio (17,9%). En la evaluación tras implantación en 2019 durante el mismo periodo los resultados fueron: ene (15,7%); mar (13,7%), abr (14,4%), may (13,5%) y jun (14,4%). Respecto a la evaluación por unidades de hospitalización destacan los buenos resultados de las plantas 3B (jun-19:8,1%) y 4A (jun-19:2,7%).

Conclusiones

Destacamos la buena acogida inicial por parte de todos los profesionales implicados y que tras las distintas intervenciones se observa una tendencia global a la baja en el % de pacientes hospitalizados con SV.

Del análisis de resultados se desprende la necesidad de mejorar el seguimiento de las medidas implementadas mediante las visitas periódicas a Unidades y Servicios para informar de los resultados, así como evaluaciones/auditorías “a pie de cama”. Como proyecto futuro nos proponemos calcular la incidencia de infección urinaria asociada a sonda vesical permanente (CAUTI)

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE, DEL PROCESO Y DEL MEDIO RELACIONADAS CON ALTA RETARDADA POR MOTIVOS NO CLÍNICOS.

AUTORES

María Amada Pellico López¹; A Fernández Feito²; JM González Bastida³; P Parás Bravo⁴; V Cuervo Álvarez⁵; M Paz Zulueta⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Área Sanitaria VI SESPA¹; Universidad de Oviedo²; Área Sanitaria VI SESPA³; Universidad de Cantabria⁴; Área Sanitaria VI SESPA⁵; Universidad de Cantabria⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: c. Adecuación de la práctica Clínica (Right care, equidad, etc)

RESUMEN

Justificación

El alta retardada por motivos no clínicos supone una ineficiencia del sistema, pues el paciente permanece ocupando una cama de hospitalización de agudos que ya no precisa, generalmente por estar a la espera de un ingreso en un recurso de continuidad de cuidados o adecuar su domicilio o su red de apoyo a sus necesidades al alta.

Sabemos que existe más riesgo de alta retardada en pacientes mayores, con pérdida brusca de capacidad funcional, que ingresan de forma urgente y que se van de alta a un centro residencial. Los estudios arrojan datos de frecuencia muy variados. Hay factores como el género con resultados contradictorios. El problema se debe a una inadecuada coordinación entre la red de atención hospitalaria y sociosanitaria y es muy sensible a variables del sistema.

Hasta donde sabemos, ningún estudio en nuestro país sobre el tema abarca la totalidad de un hospital (Hospital Universitario Valdecilla de Cantabria) durante un período tan largo de tiempo (2007-2015).

Objetivos

Cuantificar el impacto del alta retardada en el Hospital Valdecilla durante el período 2007-2015.

Comparar la variable duración de la estancia con características del paciente, del proceso y del medio en el que vive.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. Población de estudio: usuarios con alta retardada. Período de estudio 2007-2015, Hospital Valdecilla. Variables principales: estancia total (adecuada y alargada tras alta clínica), edad, sexo, Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), categoría diagnóstica, complejidad según peso del GRD, ingreso programado o urgente, servicio a cargo, destino al alta y medio rural o urbano de residencia.

En variables continuas se estimaron medias y desviaciones estándar. En variables discretas se estimaron proporciones e intervalos de confianza al 95%. Análisis univariante mediante T de Student y Anova, tomando como variable dependiente la duración total de la estancia.

Resultados

3015 pacientes con alta retardada con 21119 días de hospitalización adicional. Media de estancia adecuada de 21,18 días y alargada 7,34. 28.7% de casos con retraso de sólo un día.

Media de edad 77.28 años pero más retraso en jóvenes. 52.1% mujeres, sin diferencias entre género. Las mujeres significativamente mayores. Media del peso del GRD 3.76, a mayor peso mayor estancia. GRD más habituales: ictus, neumonía y procesos de cadera. 93.0% ingresos urgentes, 71.4% ingresados en servicios médicos, con menor riesgo de retraso al alta que en quirúrgicos. 77.5% residentes en área urbana, sin diferencias con zona rural. 77.8% con alta a centro de larga estancia, menor retraso que alta a domicilio.

Conclusiones

- La estancia alargada está sesgada por no haber criterio de alta en el momento de estabilidad clínica.
- Mayor riesgo en pérdida brusca de capacidad funcional, inesperada.
- Diferencias de género por posible feminización del cuidado.

ADECUACIÓN DE DOSIS EN GERIATRIA DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN FIBRILACIÓN AURICULAR

AUTORES

SONIA MORENO LUCAS¹; A CORDERI SIERRA²; A RUBIO DALMAU³; M GRIFOL PORTA⁴; MC PEREIRA⁵; S MARTINEZ SERRANO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRE INTEGRAL DE SALUT COTXERES

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los nuevos anticoagulantes de acción directa (ACOD) presentan una semivida de eliminación más corta que los antagonistas de la vitamina K (AVK), por lo tanto, es fundamental su correcto cumplimiento terapéutico y dosificación, fundamentalmente en base a la función renal, principal mecanismo implicado en su eliminación.

La infradosificaciones presentan un elevado riesgo de padecer episodios tromboembólicos, por el contrario, los pacientes supradosificados presentan un elevado riesgo hemorrágico.

Objetivos

Estudiar si se mantiene un buen control en cuanto a la correcta dosificación de los nuevos anticoagulantes orales (ACOD) en pacientes con fibrilación auricular.

Material y métodos

Se realiza una revisión bibliográfica del ajuste de los nuevos anticoagulantes (dabigatran, rivaroxaban, apixaban y edoxaban) en base a la función renal, para verificar si están correctamente dosificados.

Se realiza un corte transversal donde se identifican los pacientes ingresados en tratamiento con ACOD y se valora:

- Dabigatran: Dosis 150mg/12h. Ajustar a 110mg/12h en: > 80 años; tratamiento con verapamilo; FG 30-49 ml/min.
- Rivaroxaban: Dosis 20mg/24h. Ajustar a 15 mg/24h en: FG 15-49 ml/min.
- Apixaban: Dosis 5 mg/12h. Ajustar FG 15-29 ml/min; o si cumple 2 de las siguientes: > 80 años; < 60 kg; Cr > 1,5 mg/dl.
- Edoxaban: Dosis 60mg/24h. Ajustar en: FG 15-50ml/min; < 60 kg; uso concomitante con inhibidores de glicoproteína-P

Resultados

El día del estudio, se recogió un total de 28 pacientes tratados con ACOD; 9 en tratamiento con apixaban, 1 con dabigatran, 3 con edoxaban, y 15 en tratamiento con rivaroxaban.

De los 28 pacientes tratados con ACOD, se detectaron 8 casos en que dichos fármacos estaban mal dosificados.

En 7 de los 8 casos detectados, los ACOD estaban infradosificados: 2 con apixaban, 1 con edoxaban y 4 con rivaroxaban; ya que no cumplían ninguno de los criterios anteriormente establecidos para reducir la dosis. En 1 caso de los 7 pacientes infradosificados, se desarrolló un hematoma de grandes dimensiones que requirió drenaje y monitorización del paciente.

De estos 8 pacientes, 1 paciente en tratamiento con edoxaban estaba supradosificado sin presentar ningún episodio hemorrágico. Además según estudios clínicos, en pacientes con un filtrado glomerular de 90 ml/min, como es el caso de este paciente, la eficacia de edoxaban se reduce considerablemente y se aconsejó cambiar por otro ACOD.

Conclusiones

Los ACOD presentan una semivida de eliminación más corta que los antagonistas de la vitamina K (AVK), por lo tanto, es fundamental su correcto cumplimiento terapéutico y dosificación en base a la función renal, principal mecanismo implicado en su eliminación, como en el caso de pacientes polimedificados, de edad avanzada y bajo peso.

Dado que más de un 28% de los pacientes en estudio estaban mal controlados, la correcta dosificación y monitorización es necesaria, para evitar complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas.

INCORPORACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIOS Y SEÑALIZACIÓN CON PICTOGRAMAS

AUTORES

ISABEL FONT NOGUERA¹; MD EDO SOLSONA²; C BORRÁS ALMENAR³; MJ FERNÁNDEZ MEGÍA⁴; M CORREA BALLESTER⁵; JL POVEDA ANDRÉS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) son objetivo prioritario de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente. El ISMP (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos) recomienda que las organizaciones sanitarias establezcan prácticas para mejorar su seguridad en los procesos de su utilización de medicamentos.

Objetivos

Crear un método para señalar los MAR en diferentes sistemas de información del proceso farmacoterapéutico (SIPF) e implementar recomendaciones de uso.

Material y métodos

Situación actual: En 2010 el Comité de Calidad y Seguridad del Medicamento del Hospital aprobó un protocolo para MAR y se han ido implementando diversas iniciativas. Ámbito: Hospital general terciario de 1.000 camas. Diseño: Observacional y retrospectivo. Fase 1 (periodo 2010-2015). Acción 1: Selección de MAR del listado del ISMP 2012 versión española. Acción 2: Definición de recomendaciones de uso de MAR ligadas a los SIPF e implementación progresiva de las mismas. Fase 2 (periodo 2016-2019). Acción 1: Señalización de los MAR seleccionados mediante pictogramas en los SIPF. Acción 2: Ampliación del número de MAR al que aplicar las recomendaciones definidas en la fase 1. Variables: Principios activos y número de presentaciones de los MAR incorporados en los SIPF.

Resultados

A lo largo de las dos fases del proyecto se han seleccionado 49 medicamentos lo que ha llevado a la implementación de prácticas seguras en 122 especialidades diferentes. Fundamentalmente se trata de los MAR de administración intravenosa y otros como el metotrexato, los anticoagulantes o los mórficos orales.

En la fase 1, se seleccionaron los SIPF y se definieron las recomendaciones: 1) sistema de gestión de medicamentos Orion Logis® como barrera en la limitación de la dispensación desde los almacenes a las salas de hospitalización, 2) sistema de prescripción electrónica asistida Prisma® mediante alertas en la prescripción y de doble chequeo en la preparación y administración, y 3) armarios automatizados de dispensación de medicamentos Pyxis® a través del doble chequeo en la preparación y administración. Dichas recomendaciones se implementaron en 60 especialidades diferentes de 18 MAR.

En la fase 2, se creó un pictograma rojo donde se resaltó en letras blancas el acrónimo "MaR". Este pictograma se activó en 49 principios activos de la bases de datos de Prisma® haciéndose visible en el visor de prescripción y en las hojas de administración. En esta fase también se completó la aplicación de las recomendaciones de uso propuestas en la fase 1 al total de las 122 especialidades seleccionadas.

Conclusiones

La señalización de los MAR y la inclusión de recomendaciones de su uso en los SIPF han sido dos acciones introducidas en nuestro hospital para mejorar la seguridad en la utilización de los MAR. Futuras estrategias como la señalización de los MAR en los procesos de reenvasado y en la preparación de carros de medicación dotarán a los profesionales sanitarios de herramientas que contribuyan a evitar riesgos para los pacientes.

SELECCIÓN DE FÁRMACOS EN GERIATRIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA

AUTORES

SONIA MORENO LUCAS¹; A CORDERI SIERRA²; S MARTINEZ SERRANO³; A RUBIO DALMAU⁴.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRE INTEGRAL DE SALUT COTXERES.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La prescripción de fármacos en geriatría presenta dificultades añadidas por las características propias de la edad como diferencias en el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico.

El paciente geriátrico, sufre, a menudo, problemas relacionados con los medicamentos y para prevenirlos, se dispone, entre otras herramientas, de los Criterios Beers, Stop/Start, y Priscus, que permite identificar fármacos de los que se ha de evitar su prescripción o minimizar en caso de presentar un balance beneficio-riesgo desfavorable.

A la elevada morbilidad asociado a fármacos en esta población, se asocia un consumo de recursos sanitarios, con resultados en salud y calidad de vida mejorables.

Objetivos

Mejorar la calidad de la prescripción, identificando las prescripciones de fármacos potencialmente inadecuadas y valorando las intervenciones farmacéuticas sobre pacientes >74 años hospitalizados en nuestro centro.

Material y métodos

Se edita una Guía de selección y administración de fármacos en geriatría detallando los medicamentos potencialmente inadecuados (MPI). Se identifican dichos fármacos en el aplicativo informático, así el facultativo al prescribirlo, visualiza que es potencialmente inadecuado y que sería recomendable una alternativa contemplada en la Guía del centro.

Resultados

Se han explotado los medicamentos potencialmente inadecuados prescritos durante 6 meses.

Los pacientes atendidos >74 años fueron 715,41 con MPI, siendo un 5.73% las intervenciones farmacéuticas realizadas.

Un 58% de las intervenciones fueron sobre el grupo de las benzodiazepinas; según la Guía del centro, Lorazepam es el recomendado de acción corta-intermedia. Dexketoprofeno en un 7.31% como antiinflamatorio no esteroideo y se recomienda Ibuprofeno a ser menos gastrolesivo. Se incorporan los Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina como alternativa a los antidepresivos tricíclicos, prescritos en un 9.75 % y en otros casos se mantuvo Amitriptilina como de elección de su grupo.

Un 4.87 % fue doxazosina (evitar como antihipertensivo), donde las indicaciones fueron hipertrofia benigna de próstata a dosis mínimas.

Un 7.31% fueron 3 tratamientos con hidroxizina como hipnótico (otros antihistamínicos no dan el efecto deseado que es somnolencia) para evitar el inicio de prescripción de benzodiazepinas. El 4.87% restante, corresponde a tratamientos con megestrol, sin respuesta sintomática satisfactoria, se suspende tratamiento y un 2.43% con dipiridamol donde se recomendó la sustitución por otro fármaco.

Conclusiones

Estudios publicados, ponen de manifiesto la elevada prevalencia de prescripciones de MPI en geriatría y la necesidad de implantar medidas de mejora en la calidad de la prescripción y en resultados de salud.

Es importante sensibilizar a los profesionales de los problemas relacionados con los medicamentos, con sistemas de farmacovigilancia, sin olvidar la importancia de la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales como reto de presente y futuro en la atención al paciente geriátrico.

IMPLANTACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA

AUTORES

SONIA MORENO LUCAS¹; P CLOSA GRAS²; A BLANCH³.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRE INTEGRAL DE SALUT COTXERES¹; DIRECTORA ASITENCIAL CSC²; CENTRE INTEGRAL DE SALUT COTXERES³.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En el marco de las líneas estratégicas en Seguridad de paciente, una de las herramientas de gestión de riesgo son las Rondas de Seguridad o "WalkRounds", siendo una oportunidad para corregir o mejorar problemas identificados, potenciar la cultura de Seguridad y crear un clima de confianza, de comprensión y de responsabilidad en la Seguridad por parte de la dirección y de los profesionales de la organización.

Objetivos

Mejorar la atención sanitaria y velar por la Seguridad del paciente ingresado en un centro de atención intermedia, implicando a los directivos/responsables y profesionales a formar parte de los retos a que se enfrenta el personal asistencial en su práctica diaria y garantizar el seguimiento de las propuestas de mejora identificadas.

Material y métodos

1. Formar equipo y definir el rol de cada miembro
2. Definir el formulario de recogida de datos
3. Definir el cronograma de las Observaciones previas y convocatoria de la Ronda de Seguridad
4. Análisis de los datos y propuestas de mejoras
5. Seguimiento de las acciones de mejora

Resultados

Se forma el equipo con un gestor del proceso (personal de calidad y seguridad del paciente), directivos, responsables de área y personal sanitario, implicados en el desarrollo de la implantación de las rondas así como la definición del formulario de recogida de datos utilizado en las observaciones previas.

La recogida de datos incluye ítems de seguridad de diferentes ámbitos: Movilidad y caídas, protección física, infecciones, vías periféricas y centrales, uso seguro de medicamentos, identificación de paciente, higiene de manos, carros de paro y atención centrada en la persona.

Se implanta el cronograma del proceso, realizando primero las observaciones con el formulario de recogida de datos. Se elabora un informe que se hacen llegar a los gestores del proceso que analizan los resultados obtenidos e informan al equipo directivo.

Posteriormente se anuncia la Ronda de seguridad, dónde y cuándo, se invita a todos los profesionales a acompañar a los directivos a la visita que se hará por las unidades. La ronda, se presenta como una oportunidad dónde todos los presentes puedan manifestar cualquier preocupación que tengan y se desarrolla en un ambiente de confianza y compromiso mutuo por la dirección y personal de la organización.

Se recoge en acta las impresiones de los presentes, el desarrollo de la misma y las propuestas de mejora evidenciadas.

El equipo de las rondas de Seguridad trabaja en la implantación a corto, a medio y a largo plazo de las propuestas de mejora así como hacer difusión del seguimiento de las mismas.

Conclusiones

Las rondas de seguridad nos sirven para incidir en las prácticas seguras y para que se manifiesten problemas de Seguridad que de otro modo no surgirían.

Contribuyen a potenciar la notificación de incidentes y acontecimientos adversos, aprender de la experiencia e incrementar la cultura de seguridad, que es una prioridad tanto para los líderes de la organización como para todo el personal asistencial, mejorar la Seguridad en la atención sanitaria.

CAUSAS DE INTERRUPCIÓN EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES

Luis Alfonso Burgués Burillo¹; J Utrera Vilardell²; E Callau Molina³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Plató

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En el proceso del medicamento, las interrupciones en la preparación y administración de enfermería pueden provocar errores. Se están implantando en muchos hospitales diferentes medidas de prevención. Las más extendidas son la utilización de espacios delimitados, chalecos con indicación de no interrumpir, luces de advertencia en los carros de medicación, señalización del suelo, información a familiares o posters. Se han hecho diferentes estudios previos a la implantación de estas medidas y contrastando los resultados una vez implantadas.

La reducción porcentual de interrupciones se sitúa entre el 20 y el 40% según experiencias recientes en nuestro entorno.

Objetivos

Conocer las causas de interrupción propias de nuestro hospital antes de plantear acciones de mejora.

1. Conocer de manera cuantitativa y cualitativa los motivos de interrupción en la preparación y administración de medicamentos por enfermería en las unidades de hospitalización.
2. Disponer de un resultado que permita considerar acciones de mejora inmediata o iniciar un análisis que genere soluciones innovadoras.

Material y métodos

Previa consulta bibliográfica, se define un estudio observacional prospectivo de preparación y/o administración de todo tipo de medicación en unidades de hospitalización sobre las causas de interrupción y sin hipótesis previa. Formación equipo. Redacción protocolo. Aprobado por el CEI del hospital. Se explica a la enfermera observada que se trata de un estudio para mejorar la seguridad del medicamento. Principales variables: día, hora, unidad / servicio, dotación, servicios medico/especialidades, preparación o administración, interrupción o no y tipo. Las observaciones se realizan en los horarios de pauta fija diurnos (8,12,16 y 18-20 h) y de lunes a viernes. Los resultados van referidos a interrupción por medicamento preparado y/o administrado.

Resultados

Recogida de datos entre junio de 2018 y abril de 2019. Se observaron un total de 1318 medicamentos preparados o administrados por 28 enfermeras. Hubo interrupciones en el 23,35 % de los casos (307 medicamentos). Los principales motivos sobre el total de interrupciones fueron: atender otras necesidades del paciente (15,6 %), interrupción de las auxiliares de enfermería (15,5 %), falta de medicación (12,4 %), falta de material (8,9 %) y interrupciones de los facultativos (7,3 %). Por horas, se produjeron un 20,5 % de interrupciones a las 8 h., 47,5 % a las 12, el 20,7 % a las 16 y 14,5 % a las 18-20. Se aprecia relación del porcentaje a mayor número de servicios médicos y mayor número de profesionales.

Conclusiones

Los motivos de interrupción identificados no parece que se puedan reducir de manera significativa con la utilización de chalecos de advertencia, luces o señales visuales. Se plantea trabajar las causas más frecuentes: mejora del trabajo en equipo con facultativos y auxiliares y analizar los motivos por los que falta medicación y material.

La metodología ha resultado válida.

El estudio tiene aplicabilidad en otros centros.

UNIDADES NEONATALES: IMPORTANCIA DEL ESPACIO MUERTO EN LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DIRECTA

AUTORES

Isabel Aragón Gómez¹; N Ruiz García Nerea²; M Delgado San Martín³.

CENTRO DE TRABAJO

Fundación Jiménez Díaz.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El manejo farmacológico del paciente neonatal exige la mayor exactitud a la hora de preparar y administrar la medicación parenteral para evitar sobredosificaciones. Fármacos como el fentanilo, fenobarbital o midazolam, pueden ocasionar efectos secundarios graves, debido a la administración incorrecta de dosis, solapados bajo la errónea percepción de una correcta preparación, dado que no contamos con los espacios muertos de conos de jeringas y agujas de cargar.

Trabajar con los mayores estándares de calidad exige minimizar al máximo los errores de administración, por lo que en el caso del paciente neonatal, inmaduro y vulnerable, debemos actuar con precisión extrema. No hay errores pequeños.

Objetivos

Objetivo general:

Evidenciar el error de preparación en la medicación intravenosa directa en el paciente neonatal

Objetivos específicos:

Cuantificar los volúmenes de administración correctos e incorrectos

Enseñar el modo correcto de preparación de medicación parenteral neonatal

Evitar sobredosificaciones al paciente neonatal.

Concienciar a los profesionales de enfermería de que no existen errores cuantitativos 'pequeños' cuando se trata de pacientes neonatales.

Material y métodos

Observación de la técnica de preparación de medicación parenteral, en profesionales de enfermería de nueva incorporación a la unidad, con experiencia en 5 hospitales de la Comunidad de Madrid a lo largo de 4 meses en época vacacional (junio-septiembre 2018) Cálculo objetivo de sobredosificación, mediante cuantificación del volumen de purgado de los espacios muertos de los dispositivos de preparación de la medicación.

Obtención de evidencia mediante imagen objetiva.

Formación del personal de la unidad en la técnica adecuada de preparación de los fármacos parenterales.

Resultados

El 100% de los profesionales observados desconocen la importancia cuantitativa del volumen del espacio muerto.

Objetivamos sobredosificación en la preparación de fármacos para la administración intravenosa directa de hasta el 50 % de la dosis pautada.

Evitamos la sobredosificación en todos los casos, mediante intervención formativa.

Conclusiones

Conocer la importancia y el volumen del espacio muerto de los dispositivos que manejamos, es vital para garantizar el tratamiento farmacológico adecuado al neonato.

Conseguir que errores evitables no lleguen a nuestros pequeños pacientes, evidencian un principio fundamental de excelencia en el cuidado: nuestra prioridad: no hacer daño.

SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DEL RIESGO

AUTORES

M^a TERESA MERINO EIRÓ.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITEN BELLEVUE.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La adecuación a la norma ISO 9001:2015 nos enfrentó a la necesidad de buscar una metodología que nos permitiera trabajar de forma ordenada y sistemática con los riesgos y oportunidades a los que se enfrenta diariamente la atención sanitaria. Dado que los errores y los eventos adversos no tienen una sola causa se ha intentado crear un sistema que englobe el mayor número de protagonistas posibles.

Objetivos

Crear un sistema que prevenga o mitigue los riesgos y efectos adversos de la atención sanitaria y unificar la sistemática de trabajo en todas las áreas del hospital.

Material y métodos

Nos basamos en los procesos como línea de trabajo y se enmarcaron en tres grandes bloques: estratégicos, asistenciales y de soporte. En cada uno de ellos se ha realizado una justificación del mismo, identificado los objetivos y extraído los riesgos que pueden surgir. La valoración del riesgo es uno de los aspectos más complicados y de mayor subjetividad. Para mitigarla se definieron 6 categorías de riesgos: estratégicos, operativos, financieros, de cumplimiento (legal), asistenciales y de imagen del centro. En cada categoría se hace una valoración del riesgo mediante un sistema de: Probabilidad de Ocurrencia e Impacto. Para valorar el impacto se ha seguido un método cualitativo en función de la clase de riesgo excepto en el riesgo financiero que la medición es cuantitativa, y en la probabilidad se dieron pautas temporales.

Resultados

Se definieron un total de 18 procesos:

SUB. ESTRATÉGICOS

Liderazgo y Gestión en Seguridad de Pacientes

Gestión de Riesgos en los Procesos

Notificación y análisis de incidentes

Formación en Seguridad de Pacientes

SUB. ASISTENCIALES

Participación ciudadana en la seguridad del paciente

Prevención de las Infecciones

Identificación y comprobación inequívoca del paciente

Uso seguro de medicamentos

Comunicación y continuidad asistencial

Procesos asistenciales críticos y de riesgo

Servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen

Cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento

SUB. DE SOPORTE

Entorno, equipamiento y gestión de residuos

P. administrativos

P. de compras

P. de facturación y cobro

P. de recursos humanos

P. de catering y restauración

Cada proceso tiene marcado sus objetivos de seguridad y en cada objetivo se definen los riesgos. Estos se presentan en un cuadro donde se especifica:

- Justificación del riesgo
- Categoría a la que pertenece
- Impacto y probabilidad
- Nivel de riesgo
- Observaciones. Se indica el por qué se valora con ese impacto y probabilidad
- Fuente de datos
- Periodicidad de la revisión

Una vez definido cada área creó su propio mapa de riesgos y trabaja en los más altos.

Conclusiones

Resultó una herramienta muy útil y con la que se está trabajando desde el 2017.

Llevó a una gestión del riesgo transversal y con la implicación de todos los protagonistas haciendo que cada departamento fuera consciente de su relación con otras áreas para la prevención de eventos adversos.

Favoreció la creación de nuevos protocolos y documentos unificando criterios.

APORTANDO SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS SIMILARES CON LA ESTRATEGIA DE LETRAS MAYÚSCULAS RESALTADAS

AUTORES

Marta Moro-Agud¹; E Villamañán-Bueno²; M Moreno-Palomino³; C Jiménez-Vicente⁴; ML Testillano-Tarrero⁵; A Herrero-Ambrosio⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario La Paz

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (ISMP-España) publicó en el año 2011 una relación de nombres de medicamentos similares con letras mayúsculas resaltadas ("tall man letters": TML), que facilitase y estandarizase la diferenciación de estos nombres en los procesos de utilización de fármacos. Tenía por objeto reducir los errores de medicación por confusión.

La prescripción y administración son procesos de gran envergadura en los hospitales, en los que el riesgo de confusión de nombres de medicamentos por similitud ortográfica está latente. El actual sistema de historia electrónica con prescripción y administración integrada, permite la implantación de esta estrategia pudiendo resaltar las diferencias entre medicamentos, mediante el uso de letras mayúsculas y minúsculas en su descripción. La inclusión de medicamentos de alto riesgo en esta estrategia incrementaría el impacto preventivo de la misma, al tratarse de fármacos especialmente dañinos para los pacientes en caso de error.

Objetivos

Implantar la estrategia de TML en la prescripción electrónica de todos los medicamentos disponibles en el centro de entre los propuestos por el ISMP, como práctica segura de prevención de errores de medicación.

Material y métodos

Se identificaron todos los nombres de medicamentos incluidos en el listado TML del ISMP disponibles en la guía farmacoterapéutica de un complejo hospitalario de tercer nivel. Se modificó su descripción en la prescripción electrónica implantando TML en todas las presentaciones disponibles. Se evaluó el alcance de esta estrategia respecto a la totalidad del listado y se analizó la proporción de medicamentos de alto riesgo incluidos en esta práctica segura.

Resultados

De los 107 nombres similares de medicamentos incluidos en el listado del ISMP, en la guía farmacoterapéutica del hospital se encontraron incluidos 52 (49%) nombres. Estos implicaban a un total de 113 presentaciones farmacéuticas disponibles para distintas vías de administración. De los 52 nombres que se adaptaron a TML, 15 (29%) fueron "medicamentos de alto riesgo" (MAR), representando el 47% de los incluidos en el listado oficial (32 nombres). Los 15 MAR con TML implantadas correspondieron a los siguientes grupos farmacológicos: 9 citostáticos, 5 agonistas adrenérgicos y una insulina. Estos MAR implicaron a 24 (21%) presentaciones disponibles: 14 citostáticos, 7 agonistas adrenérgicos y 2 insulinas.

Conclusiones

La mitad de los nombres susceptibles de escribirse con TML propuestos en el listado del ISMP estaban incluidos en el hospital y fueron modificados. Esto alcanzó a la mitad de los MAR del listado oficial. Se trata de una práctica segura sencilla de realizar, pero poco conocida e implantada en los centros sanitarios, que mejora la legibilidad y llama la atención del profesional. Abarca, además, medicamentos de alto riesgo de amplia utilización en los hospitales, como son los citostáticos, agonistas adrenérgicos e insulinas.

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL RIESGO EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA

AUTORES

SUSANA MENDEZ LAGE¹; AM FERNANDEZ LOPEZ²; P ORDOÑEZ BARROSA³; PM JUIZ GONZALEZ⁴; JA AGULLA BUDIÑO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL (CHUF).

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El pensamiento basado en riesgos es esencial para lograr un sistema de gestión de calidad (SGC) eficaz, y para ser conforme con sus requisitos es necesario planificar e implementar acciones para el abordaje de los riesgos, estableciendo una base para aumentar la eficacia, alcanzar mejores resultados, y prevenir efectos negativos. En nuestro sistema se confirma la utilidad de una matriz de análisis modal de fallos y efectos (AMFE) como una herramienta eficaz para seguimiento, control y tratamiento de los riesgos identificados.

Objetivos

Planificar las acciones para abordar los riesgos y asegurar el logro de los resultados previstos, prevenir o reducir los efectos no deseados y lograr la mejora.

Material y métodos

En nuestro servicio se certifica satisfactoriamente la transición a la Norma 9001:2015 en auditoría externa junio 2017 y se renueva el certificado en auditoría externa Agosto 2018.

Se implanta Matriz AMFE. Se identifican los riesgos, se determinan posibles causas y consecuencias, se ponderan mediante criterios de probabilidad de que ocurran, capacidad de que se detecten o no y en función de su gravedad. Como resultado evaluamos el nivel de riesgo como aceptable, moderado, severo o inaceptable, lo que nos permite priorizar y en función de los resultados planificar su control, minimización y tratamiento.

Se muestran ejemplos de riesgos gestionados planificando diferentes acciones.

Resultados

Se describen, a continuación, los riesgos gestionados:

- Se consigue mediante implantación de acción de mejora la eliminación del riesgo de error en transcripción del número de muestra por no disponer de etiquetas suficientes con código de barras en proceso preanalítico o analítico tratándose con un aumento de equipo necesario (etiquetadoras).
- Se lleva a cabo seguimiento y control del riesgo de retraso en diagnóstico por muestra no válida para cultivo mediante un indicador de proceso.
- Se facilita el tratamiento de riesgos fuera de nuestro alcance mediante la coordinación de la gestión en reuniones periódicas con la dirección:
- Riesgo de imposibilidad de realizar estudio mediante implantación de sistemática para extracción de muestras que afecta a diferentes servicios/áreas (no extraer muestra en AP).
- Riesgo de no realizar estudio mediante mejoras informáticas en la petición electrónica para microbiología.
- Riesgo de pérdida de control en revisiones de mantenimiento preventivo de equipos mediante coordinación y mejora en la comunicación con servicio de Mantenimiento.

El uso de la matriz permite realizar seguimiento de riesgos y de las acciones tomadas para el tratamiento.

Conclusiones

Se han planificado las acciones para abordar riesgos integrándose en los procesos del sistema. Se ha evitado el riesgo, eliminado la fuente de riesgo o cambiado su probabilidad de ocurrencia.

Se asegura que el SGC pueda lograr los objetivos previstos, y se previenen o reducen los efectos no deseados logrando la mejora continua.

TIPOS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD Y FACTORES CONTRIBUYENTES EN URGENCIAS. NECESIDAD DE UN ANÁLISIS DIFERENCIADO

AUTORES

Albert Antolin Santaliestra¹; S Jimenez Hernández²; MJ Bertran Luengo³; I Azcarate Sorbet⁴; G Santana Aparici⁵; E Bragulat i Baur⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clinic Barcelona

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La Seguridad de los pacientes es un pilar fundamental de la estrategia de las autoridades y centros sanitarios. El Departamento de Salud de la Comunidad impulsó en 2013 un sistema electrónico común de comunicación y gestión de incidentes de seguridad denominado TPSC-Cloud®. En 2009 la OMS estableció el marco conceptual para clasificar los diferentes tipos de incidentes y en 2010 el estudio EVADUR aportó una imagen de dicha problemática en Urgencias.

Objetivos

Conocer los tipos y los factores contribuyentes implicados en los incidentes notificados en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) de tercer nivel y comparar la situación con los datos publicados en nuestra Comunidad.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, sobre todos los incidentes relacionados con el SUH comunicados en los años 2016,2017 y 2018. Comparativa con el informe del Departamento de Salud de junio 2018. Los tipos de incidentes y los factores contribuyentes se han categorizado según la clasificación propuesta en el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, OMS 2009.

Resultados

El total de incidentes comunicados en el periodo fue de 899 casos (100.000 urgencias anuales). En los resultados oficiales urgencias supone sólo un 8,5% de los incidentes comunicados y los tipos de incidentes reseñados más relevantes difieren significativamente de los hallados en nuestro SUH: caídas (44% v/s 9%), medicación (26%, v/s 8%), gestión clínica y procedimientos (8% v/s 37%), dispositivos y equipos asistenciales (5% v/s 10%), infraestructuras (2% v/s 13%) y comportamiento del paciente (1% v/s 11%). Los factores contribuyentes más relevantes estuvieron relacionados con el profesional (28,5% v/s 23,9%), el paciente (31% v/s 18%), organización del Servicio (13,7% v/s 21,5%) y entorno físico (10,2% v/s 16,2%)

Conclusiones

Pese a que los periodos no son exactamente comparables y que no hay cifras publicadas sólo de urgencias, los resultados sugieren que Urgencias requiere de un enfoque específico y diferenciador de análisis y gestión de los incidentes de seguridad.

PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN URGENCIAS.

AUTORES

Albert Antolin Santaliestra¹; S Jiménez Hernández²; A Placer López de Alda³; MA Fernández Caballero⁴; M Castella Kastner⁵; MJ Bertran Luengo⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clinic Barcelona

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La Seguridad de los pacientes es un pilar fundamental de la estrategia de las autoridades y centros sanitarios. El Departamento de Salud de la Comunidad impulsó en 2013 un sistema electrónico común de comunicación y gestión de incidentes de seguridad denominado TPSC-Cloud® al que nuestro hospital se incorporó en 2015-2016. La implicación de todos los profesionales en la cultura de seguridad es imprescindible para conseguir buenos resultados de calidad.

Objetivos

Conocer los grupos profesionales implicados en la notificación de los incidentes comunicados en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) de tercer nivel y comparar la situación con los últimos datos publicados en la Comunidad.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de los incidentes notificados en el SUH en los años 2016, 2017 y 2018. Comparativa con el informe del Departamento de Salud de junio 2018

Resultados

Con un volumen anual de visitas a urgencias de 100.000 episodios, el total de incidentes comunicados ascendió a 899 casos, con crecimientos superiores al 20% cada año. Los grupos profesionales implicados en la comunicación de incidentes en nuestro centro, difieren respecto a los datos oficiales publicados, si bien enfermería sigue siendo el grupo más comunicador (59% v/s 74%), se detecta una mayor implicación de médicos (29% v/s 8%) y el grupo de auxiliares sanitarios (4% v/s 0,5%), siendo similar en los auxiliares de enfermería (3%) y testimonial por el resto de profesionales

Conclusiones

Pese a que los periodos no son exactamente comparables y que no hay cifras publicadas sólo de urgencias, parece existir una mayor diversificación de los grupos profesionales que trabajan en urgencias en la comunicación de incidentes sin que ello pueda extrapolarse a otros centros. En cualquier caso, es necesario perseverar en la formación de todos los grupos profesionales en los aspectos de seguridad del paciente y en la difusión de resultados para seguir incrementando la notificación de incidentes y así implementar acciones de mejora.

NEWSLETTER COMO HERRAMIENTA DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA)

AUTORES

Jaione Bilbao Aguirregomezcorta¹; I Lekue Alkorta²; AZ Sanjuan López³; J Ugalde Espiñeira⁴; M Viciola Garcia⁵.

CENTRO DE TRABAJO

OSI Barakaldo Sestao.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En la Organización Sanitaria Integrada (OSI) se implantó el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) en el ámbito hospitalario en el año 2013 y en 2017 se amplió a nivel extrahospitalario (Atención Primaria, Puntos de Atención Continuada y Urgencias). Una barrera importante detectada para la implementación de las acciones y propuestas establecidas en los grupos y proyectos de las organizaciones es una comunicación inefectiva o deficiente a los usuarios.

Objetivos

En 2018 el equipo PROA se plantea el uso del formato newsletter (boletín informativo digital) dirigido a todos los trabajadores de la OSI como herramienta de ayuda a la promoción del uso racional de los antimicrobianos, implicación de los profesionales en su correcta utilización, concienciación de los problemas derivados de su mal uso y divulgación de las diferentes actividades impulsadas por el equipo PROA para su mejor utilización.

Material y métodos

En junio del 2018, se presentó la propuesta del boletín a la Dirección, aceptándola y contratando a una empresa externa especializada en el diseño de Newsletters. En el diseño se priorizó un formato bilingüe (euskera y castellano) con un máximo de 3 noticias, visualmente atractivo, en un lenguaje coloquial y con la inclusión de imágenes y enlaces a diferentes páginas webs. Se creó una cuenta genérica de correo electrónico como medio de contacto con los autores. Se consensuó entre los miembros del equipo el día de la semana más conveniente para su envío, desestimando los lunes y viernes.

Resultados

En el periodo de noviembre del 2018 a mayo 2019, se han enviado 3 newsletters. Las noticias incluidas han sido seleccionadas de acuerdo a los siguientes criterios: Concienciación del problema de las resistencias y mal uso de los antimicrobianos, difusión de documentos de consenso elaborados por el equipo para la atención de patologías infecciosas con mayor prevalencia e iniciativas anuales para la promoción de uso racional de los antimicrobianos y reducción de las infecciones.

En el 1er número las noticias fueron: Objetivo del boletín; Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos; Antibióticos y Clostridium Difficile. 2º: PROA, ¿nos conoces?; Faringoamigdalitis aguda, un clásico siempre actual; Sarna, más frecuente de lo que suponemos. 3º: 5 Mayo, campaña de Higiene de Manos ; En tus viajes internacionales, evita los riesgos sanitarios; Check-list de antibióticos, ¿por qué no?.

El 1er boletín fue leído por el 10,35%, el 2º el 13,12% y el 3º el 6,28%.

Conclusiones

La incorporación de herramientas digitales a los PROA, como los newsletter permite reforzar la difusión de los mensajes clave a toda la organización e incluso ampliarla a colectivos como el profesional no sanitario. Se trata de un complemento a la difusión de información que no sustituye a la comunicación tradicional (intranet, sesiones presenciales, etc.), la refuerza. Debemos elaborar estrategias para lograr un mayor porcentaje de lectura.

ESTUDIO REGIONAL SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

AUTORES

DOLORES BETETA FERNÁNDEZ¹; J ALCARÁZ MARTINEZ²; C PÉREZ CÁNOVAS³.

CENTRO DE TRABAJO

URGENCIAS PEDIATRIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA¹; CALIDAD. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER²; URGENCIAS PEDIATRIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA³.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La cultura de seguridad del paciente (CSP), es el conjunto de valores y normas de una organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común. Una buena CSP evita la aparición de efectos adversos, fomenta la notificación y aprendizaje de los errores, implantando estrategias para evitar su repetición.

Objetivos

Conocer la situación basal de cultura de CSP en las urgencias pediátricas de la Región.

Comparar resultados entre las distintas urgencias.

Priorizar acciones de mejora.

Material y métodos

En marzo de 2019 el personal sanitario de urgencias pediátricas de 2 hospitales de la región realizó la encuesta de seguridad HSOPS (versión española del Hospital Survey on Patient Safety).

Los resultados se analizaron según metodología de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) versión española. Se establecieron los porcentajes de respuestas positivas y negativas para las 12 dimensiones.

Las variables (v.) categóricas se expresan por frecuencias absolutas y porcentajes. Las v. cuantitativas con media y desviación estándar. Las v. independientes se compararon mediante T-Student y ANOVA, significación estadística para $p < 0,05$.

Resultados

95 respuestas (N=121), tasa de respuesta del 79%; 46,3% enfermeras, 31,6% pediatras y 22,1% residentes.

Dimensión mejor valorada: trabajo en equipo, tasa 90% respuestas positivas (fortaleza), 2 dimensiones con oportunidades de mejora y resto respuestas neutras.

Análisis por centros, H1 mostraba: 1 dimensión con fortaleza, 3 dimensiones neutras y el resto daban oportunidades de mejora.

El H2 mostraba: 2 dimensiones con fortaleza, 2 con oportunidades de mejora y el resto neutras.

Del 0 al 10 la puntuación media del grado de seguridad del paciente (GSP) fue de 7.2 (+ 1,5). Por centros: H1 6,8 (+ 1,6) H2 8,1 (+ 1,1); ($p < 0,05$).

Por grupos, mejor puntuación los residentes 7,4 (+/-1,6), seguido de enfermeras 7,32 (+/-1,7) y pediatras 6,9 (+/-1,3). ($p=0,61$)

Los centros disponían de procedimiento de notificación de incidentes. Se notificaron 13 incidentes en el último año. Debilidades: dotación del personal y apoyo de la gerencia del hospital en CSP, porcentajes de respuestas negativas, 62% y 46%; variables en las que el servicio no puede influir. El diagrama de Pareto indica que las acciones de mejora se deben centrar en: respuesta no punitiva a los errores, percepción de seguridad, problemas en el cambio de turno y transiciones, y feedback en la comunicación. Engloban más del 50% de respuestas negativas.

Conclusiones

La situación basal en CSP muestra una amplia oportunidad de mejora. Aunque la percepción de GSP fue alta en todos los grupos.

Existen diferencias significativas entre centros, obteniendo H2 mejor percepción de CSP en todas las dimensiones y GSP

Los resultados muestra las dimensiones por donde se puede empezar a actuar, diseñando estrategias específicas. Siendo prioritario fomentar la notificación de errores y su discusión franca y honesta con la intención de aprender para mejorar.

ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DEL BOLETÍN INFORMATIVO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CALIDAD Y DE GESTIÓN DEL RIESGO

AUTORES

Belén Millor Sanesteban¹; J Pesado Cartelle²; M Granero López³; J Martínez Espiñeira⁴; A Fernández López⁵; F López Crecente⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Xerencia Xestión Integrada Ferrol

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Desde 2014 el Núcleo de Seguridad emite un boletín cuatrimestral como herramienta de transmisión a profesionales de los eventos adversos que se notifican a través del SiNASP, comenzando a instaurar una cultura de seguridad dentro de nuestra organización. Ha evolucionado, incorporando nuevas secciones, creando un sistema que nos permite transmitir información centrada en la seguridad del paciente.

Objetivos

- Trasladar la información a través de un sistema rápido, eficaz, de bajo coste, con impacto y que llegue a todos los profesionales
- Comunicar eventos adversos más relevantes
- Recordar prácticas seguras
- Fomentar acciones formativas
- Difundir acciones de mejora y de gestión del riesgo de los Sº Certificados
- Trasladar el seguimiento de los objetivos sobre seguridad del paciente

Material y métodos

Análisis descriptivo de la segmentación e incorporación de nuevas secciones dentro del boletín elaborado por el Núcleo de Seguridad de Paciente en los últimos 5 años:

PORTADA – Información centrada en el evento más relevante

QUEREMOS QUE SEPAS – Incidente más frecuente y en qué partes del proceso se detecta

PAUTAS QUE DEBES SEGUIR- Acciones preventivas

MEJORAS – GRACIAS A TU NOTIFICACIÓN. Cambios introducidos gracias a las notificaciones realizadas

GESTIÓN DEL RIESGO – SERVICIOS CERTIFICADOS/DIRECCIÓN. Mejoras en la seguridad mediante reuniones de gestión del riesgo

INFORMACIÓN DE INTERÉS – Protección de datos

INICIATIVAS INNOVADORAS – Información sobre nuevos proyectos

FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. Actividades formativas

INFORME SiNASP. Desglose de notificaciones realizadas en AP y AH: con comentario a la clasificación mostrada

PROGRAMAS DE MEJORA IMPLANTADOS EN EL ÁREA Y SUS RESULTADOS

RESULTADOS Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE SEGURIDAD EN UNIDADES DE CRÍTICOS, DE HIGIENE DE MANOS y PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. (UPP, caídas valoración del dolor e informe de alta de enfermería.)

Resultados

Desde el año 2014 se han realizado ocho boletines que se difunden a través de correo electrónico tratando de fomentar una cultura de seguridad entre nuestros profesionales.

Conclusiones

La difusión de los eventos adversos supone un aumento del conocimiento de las partes críticas de nuestros procesos y en las que debemos implantar medidas preventivas

El profesional reconoce el sistema de notificación SiNASP como una herramienta útil y eficaz que incrementa la seguridad en la atención al paciente

Debemos seguir evolucionando, tratando de captar la atención y el compromiso de los profesionales con información que sea de su interés:

- Promover actividades formativas de seguridad del paciente
- Establecer vínculos con el profesional: trasladando información de nuevos proyectos, temas de actualidad
- Hacerlos partícipes del seguimiento indicadores de calidad y seguridad del paciente

La valoración es muy positiva y pensando en la mejora continua tenemos un nuevo reto para la próxima edición, con la incorporación de herramientas que favorezcan la retroalimentación con los profesionales.

DESPLIEGUE DE UN PLAN DE ACCIÓN PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

ISABEL FONT NOGUERA¹; E SALVO MARCO²; L PASTOR BOIX³; M ALMIÑANA RIQUÉ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los hospitales y sus centros adscritos disponen de un plan de calidad asistencial y seguridad del paciente (CASP) para la gestión clínica y la potenciación de la política sanitaria.

Objetivos

Presentar el plan de acción para la CASP e identificar la situación de partida de las cinco líneas estratégicas establecidas en el Departamento de Salud.

Material y métodos

Ámbito: Departamento con 1.000 camas. Ingresos: 50.000. Estancias: 300.000. Facultativos y enfermeros: 1.400 y 1.900. Residentes: 450. Etapas: En 2017 la Gerencia creó una Subdirección Médica responsable de la Unidad Funcional de CASP (UFCASP), nombró siete vocales y aprobó el reglamento interno según directrices de la Administración Sanitaria (AS). En 2018 se elaboró el Plan de acción tras una revisión de publicaciones por organismos nacionales y autonómicos, entidades profesionales, webs hospitalarias, etc. Dicho plan se alineó con el de la AS y se revisó el grado de cumplimiento para la memoria 2018. En 2019 se asignaron las líneas de trabajo a los vocales. Procedimiento: Se realizaron entrevistas con profesionales del Departamento para conocer las actividades relacionadas con la CASP y determinar la situación de partida para el despliegue de las iniciativas establecidas para 2019-21.

Resultados

El plan CASP incluyó 5 ejes estratégicos. Eje 0: funcionamiento de la UFCASP. Eje 1 centrado en el paciente con dos perspectivas: humanización y participación. Eje 2 abordaría procesos de estrategia y de soporte con 7 líneas de trabajo: optimización de la práctica, formación y cultura, certificación y acreditación, gestión de riesgos y prácticas seguras, prácticas de valor y bioética, eficiencia y productividad y evaluación e investigación. Eje 3 enfocado a procesos clave con riesgo de eventos adversos: identificación inequívoca del paciente, prevención de las infecciones nosocomiales, riesgos de la utilización de medicamentos, riesgos de la utilización de productos sanitarios, tromboembolismo venoso, reacciones transfusionales y reacciones alérgicas. Eje 4 focalizado a 12 áreas clínicas y asistenciales con riesgo: admisión, historia clínica y continuidad asistencial, urgencias, área quirúrgica, críticos, hospitalización y hospitales de día, ginecología y obstetricia, pediatría, laboratorios análisis, área de la imagen médica, atención primaria y domiciliaria, informática y electromedicina. Se contabilizaron 140 objetivos, estimándose un cumplimiento de 80% en programas y 50% en estándares de indicadores, fijando así, la situación de partida.

Conclusiones

El abordaje del plan CASP orientado al paciente, procesos y áreas asistenciales marcará una trayectoria hacia la excelencia de calidad. La situación de partida se ha concretado en objetivos organizativos, tecnológicos y culturales, involucrando a una parte de los profesionales sanitarios. Es necesario un alto nivel de seguimiento de planificación y de resultados para que el modelo de excelencia que se está diseñando sea viable.

MEJORAS EN LA SECCIÓN DE TERAPIA CELULAR DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA CON LA INTRODUCCIÓN DE LOS CÓDIGOS ISBT 128

AUTORES

Maria Liz Paciello Coronel¹; JM Martínez López².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital 12 de Octubre.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El etiquetado de productos de terapia celular es uno de los puntos críticos de todo el proceso de obtención, procesamiento, almacenamiento, descongelación e infusión del mismo. Es necesario realizar el etiquetado de forma correcta para prevenir errores que pueden tener consecuencias adversas muy graves en el paciente. En España es el Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, establece las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos. La sección de terapia celular ha implementado el sistema informático e-Delphyn para aumentar la seguridad y eficiencia en la administración de los productos de terapia celular. La transferencia de información por medios electrónicos asegura la precisión, que se puede lograr de manera efectiva en un contexto global utilizando normas acordadas internacionalmente para definir el entorno de información. En una etiqueta electrónica, tiene que haber un mecanismo que asegure la correcta asignación física de la información al producto, y la confianza en la asociación entre la información almacenada electrónicamente y la información impresa leíble por el ojo humano. La norma ISBT 128 ofrece la especificación para muchos de los elementos del entorno de información necesarios en las infusiones de productos de terapia celular.

Objetivos

Mejorar en la seguridad y trazabilidad de los productos administrados.

Material y métodos

En febrero de 2018 fue implementado el sistema informático de gestión de muestras de terapia celular e-Delphyn y se realiza la impresión de las etiquetas con los códigos ISBT 128 para cada producto de terapia celular.

Resultados

Se evidenció un cumplimiento total de todos los ítem requeridos en cada fase del proceso del etiquetado en el 2018 sin embargo en el año 2017 el cumplimiento fue del 30% para las etiquetas de pre-colecta, 21% para las etiquetas de final de obtención, 23% para las etiquetas de criopreservación y 14% en la etiqueta de distribución del producto.

El riesgo de error debido a un fallo de identificación en la cabecera del paciente se reconoce como una de las causas más importantes de transfusiones incorrectas. Para apoyar la seguridad mejorando en este punto clave, se introdujeron las etiquetas ISBT 128 que contienen información crítica del paciente incluyendo su fecha de nacimiento y su número de identificación hospitalario. Con los datos que se incluyen en la etiqueta y la doble verificación de la identificación del paciente y la etiqueta se garantiza una transfusión segura y correcta al paciente receptor. Se aseguró el cumplimiento en todos los productos etiquetados desde febrero de 2018, sin embargo, el cumplimiento del etiquetado fue inferior al 50% en el año 2017.

Conclusiones

La introducción del etiquetado ISBT 128 se ha mejorado sustancialmente, en la seguridad transfusional de los productos de terapia celular y se permite conocer en todo momento la información exacta del producto y su trazabilidad.

FORMACIÓN EN PROA A LOS MEDICOS INTERNOS RESIDENTES DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA (OSI)

AUTORES

Jaione Bilbao Aguirregomezcorta¹; I Lekue Alkorta²; AZ Sanjuan López³; J Ugalde Espiñeira⁴.

CENTRO DE TRABAJO

OSI Barakaldo Sestao.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos recoge en la línea estratégica V la necesidad de formación e información a los profesionales. La cual deberá abarcar todas las etapas de la vida profesional. Establece como acción que los programas oficiales de las especialidades deberán garantizar la adquisición de las competencias necesarias para mejorar el uso racional de los antibióticos y reducir las resistencias microbianas.

Objetivos

En el año 2017 a propuesta del equipo PROA a la Jefatura de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria del territorio histórico, se incluyó en el plan de formación de los médicos residentes de Familia la rotación con los integrantes del equipo PROA (sección de enfermedades infecciosas de medicina interna, farmacia de atención primaria y hospitalaria).

Material y métodos

La formación comprende la rotación con los distintos integrantes del equipo y la realización de un curso online voluntario donde se revisan las principales infecciones en Atención Primaria (AP) a través de casos clínicos. La rotación se ha orientado a la adquisición de las siguientes competencias: Concienciación del problema de resistencia microbiana; Conocimiento de las características epidemiológicas de la OSI; Manejo e interpretación de datos microbiológicos; Manejo de las infecciones en servicios médicos, quirúrgicos; Conocimiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria e infecciones por VHC y VIH; Conocimiento de los documentos de consenso de la OSI para el manejo de las infecciones con mayor prevalencia en AP; Monitorización del consumo de antibióticos; Indicadores contemplados en el Contrato Programa; Prescripción diferida de antibióticos; Manejo de bases de datos de interacciones y ajuste renal; Educación a la ciudadanía.

En la formación online se ha revisado: Infección Urinaria (ITU) no complicada, bacteriuria asintomática, ITU sondado, prostatitis aguda, faringoamigdalitis aguda, otitis aguda, sinusitis aguda, bronquitis aguda, gripe, celulitis, fascitis, mordedura, absceso cutáneo y úlcera vascular. Cada caso consta de 5 preguntas tipo test, con una única opción válida, un único intento de validación y la correspondiente retroalimentación. Además cada caso clínico se acompaña de bibliografía para su revisión.

Resultados

Todos los residentes de 1er año han cumplido su rotación, considerándola como uno de los aspectos positivos en la valoración cualitativa anual de la OSI. El curso online tiene una duración de 8 meses, dio comienzo en noviembre del 2018 y finalizará en junio del 2019, y lo están realizando 18 de los 19 MIR.

Conclusiones

La formación a los profesionales sanitarios en cualquier etapa del ejercicio profesional es una pieza clave para combatir el problema de las resistencias a los antimicrobianos. La existencia previa de un programa de rotación de los MIR en la OSI ha facilitado la implantación de la formación específica en PROA.

APRENDIZAJE SUBLIMINAL DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES GRACIAS A LA TECNOLOGIA

AUTORES

Pilar Baxarias Gascón¹; A Palomino Martínez²; D Ávila Alcántara³; M Pontes García⁴; L López Duesa⁵; A Mata Vila⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Fundación Puigvert.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El Núcleo de Seguridad decidió utilizar salvapantallas como herramienta para difundir y recordar la Cultura de la Seguridad de los Pacientes a todos los colectivos profesionales del Centro.

Objetivos

Desplegar cuatrimestralmente un salvapantallas diseñado para mostrar conceptos de la Seguridad de los Pacientes en todas las estaciones de trabajo.

Material y métodos

Un miembro del Núcleo de Seguridad, profesional del Servicio de Mantenimiento, fue la ideóloga del salvapantallas y conjuntamente con otros miembros elaboraron el contenido.

El Servicio de Informática transformó el contenido en un salvapantallas empleando la herramienta A-PDF PPT to EXE y lo distribuyó en todas las estaciones de trabajo mediante políticas de distribución de software: desde la Conserjería hasta la alta Dirección.

El salvapantallas aparece en los monitores cuando no se usa el sistema durante 15 minutos.

El reto para los miembros del Núcleo era: ser capaces de diseñar un contenido diferente cada 4 meses y encontrar el modo de transmitirlo de forma útil y atractiva a los distintos colectivos profesionales.

El tema del primer salvapantallas fue una visión global de la Seguridad de los Pacientes; causó buen impacto.

Los integrantes del Núcleo decidieron que los siguientes fuesen monográficos y consideraron que si el tema del salvapantallas daba respuesta a una demanda podía ser más exitoso.

Casualmente durante una sesión general del hospital, se realizó una lluvia de ideas. En ella, los profesionales del Servicio de Laboratorio pusieron de manifiesto su preocupación acerca de la identificación de las muestras. Se eligió este tema para el último salvapantallas.

Resultados

Descriptivos: Se han instalado salvapantallas en 400 ordenadores (tanto fijos como portátiles) en un hospital de 687 trabajadores.

En el período de Abril del 2018 a Febrero del 2019 se han elaborado 3 salvapantallas diferentes. El primero con una duración de 5 minutos recuerda conceptos generales de la Seguridad de los Pacientes.

El segundo aborda en 6 minutos la higiene de manos, utilizando los dibujos alegóricos realizados por escolares de once años que asistieron al taller que les impartimos sobre la seguridad de los pacientes.

El tercero, también monográfico, repasa en 3 minutos los procedimientos para la correcta identificación de las muestras biológicas.

Conclusiones

1) Los salvapantallas son una herramienta útil como recordatorio de conceptos aprendidos, puesto que aparecen de forma automática en momentos de inactividad.

2) La colaboración de servicios de apoyo: Mantenimiento, Informática, en este objetivo común, acerca la Cultura de la Seguridad de los Pacientes a todos los profesionales: sanitarios i no sanitarios.

3) La incorporación de salvapantallas en los ordenadores de trabajo rompe la monotonía, alegrando el día a día y mejorando el clima laboral.

CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL ERROR DE MEDICACION EN ENFERMERIA

AUTORES

SILVINA ESTRADA¹; MV Brunelli²; MC Celano³.

CENTRO DE TRABAJO
UNIVERSIDAD AUSTRAL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El error en el proceso de medicación causa no solo un impacto en el paciente (primera víctima), sino también en el profesional (segunda víctima) que se ve involucrado en el evento. Las segundas víctimas sufren alteraciones psíquicas, entre las que se destaca estrés emocional, depresión, ansiedad y alteraciones físicas, como taquicardia, alteraciones en el sueño y falta de apetito. A nivel profesional se produce despersonalización de la relación terapéutica, incapacidad para desempeño profesional y burnout.

Objetivos

Caracterizar la experiencia del error de medicación de los profesionales de enfermería desde la perspectiva de la segunda víctima y la cultura de seguridad de paciente.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal realizado a profesionales de enfermería involucrados en el proceso de medicación. Se les administró una encuesta anónima y voluntaria que incluía variables sociodemográficas, variables relacionadas a seguridad de paciente. Además, se incluyó una herramienta que permite conocer la experiencia de segunda víctima diseñada en Estados Unidos y adaptada transculturalmente en Argentina. El análisis de datos se realizó a través de una estadística descriptiva e inferencial.

Resultados

Del total de 242 profesionales que cometieron un error, el 83.9 % manifestó que reportó el evento una vez ocurrido. No hubo diferencias en el reporte entre los profesionales con distinta antigüedad ($p:0.41$), distinto nivel de formación académica (83% enfermeros profesionales vs 85 licenciados en enfermería) ni en distinto ámbito laboral (83 % de los enfermeros del ámbito público vs 84 % de instituciones privadas).

Los profesionales no mostraron intención de abandonar la profesión (94%) a pesar del haber sufrido un impacto en la dimensión psicológica (culpa, angustia, tristeza).

Solo el 40 % de los encuestados manifestó contar con un servicio de seguridad en su institución. Se observó en los profesionales que trabajaban en instituciones con servicio de seguridad del paciente, mayor apoyo institucional (37.8%, n:48) frente a quienes trabajaban en instituciones sin servicios de seguridad de paciente (14%, n: 31). La diferencia es estadísticamente significativa (p

Conclusiones

Los profesionales muestran un alto compromiso por la calidad de atención al asumir y reportar el error.

A pesar del impacto emocional que percibieron, manifestaron deseos de continuar comprometidos con el ejercicio profesional.

No todas las organizaciones cuentan con un servicio específico, lo que dificulta la cultura de seguridad de paciente. Se observa que en aquellas instituciones que tienen políticas de seguridad en la atención, los profesionales se encuentran más contenidos, logrando el entorno laboral más favorable.

LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

AUTORES

Ea Calvo Bonacho¹; A Fernández Meseguer²; P Martínez Muñoz³; A Madrid Conesa⁴; J Pérez Salmerón⁵; S Alarcón Reina⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Ibermutua¹; Ibermutua²; Ibermutua³; Hospital Ibermutuamur⁴; Hospital Ibermutuamur⁵; Hospital Ibermutuamur⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En 2008 la organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo una lista de verificación de la seguridad quirúrgica (LVQ) aplicable a todos los equipos quirúrgicos para ser usada en cada paciente sometido a un procedimiento quirúrgico. Los objetivos de esta LVQ fueron dar a los equipos un conjunto simple y eficiente de controles prioritarios para mejorar la efectividad de la comunicación y del trabajo en equipo, y estimular la consideración activa de la seguridad del paciente en cada cirugía realizada. La LVQ está siendo aplicada en el Hospital Ibermutuamur desde 2014.

Objetivos

Valorar la relación entre la cumplimentación adecuada, o no, del listado de verificación quirúrgico (LVQ), tanto en el porcentaje de ítems rellenos, como en el cumplimiento del procedimiento establecido, y la aparición de eventos adversos, así como conocer la percepción de su utilidad por parte de los profesionales.

Material y métodos

Se realizó la revisión de todas las historias clínicas con cirugía, de julio a septiembre 2019, para conocer el grado de cumplimentación de los ítems del LVQ; además se utilizaron dos cuestionarios para evaluar, tanto la adecuada ejecución del procedimiento de cumplimiento del LVQ según las directrices de la OMS, como para conocer la opinión de los profesionales sobre su utilidad.

Resultados

Participaron un total de 22 profesionales. Tras la revisión de las historias clínicas (98), 8,2% (8/98) LVQ no tenían cumplimentado el apartado de profilaxis antibiótica, 1% (1/98) no tenía cumplimentado si se podían visualizar las imágenes relevantes, el resto de ítems del LVQ estaban siempre cumplimentados. Siempre y casi siempre se ejecutó adecuadamente el procedimiento de cumplimiento del LVQ. No encontramos eventos adversos con clara relación con el procedimiento de cumplimentación del LVQ.

Casi siempre y algunas veces, la opinión de los profesionales implicados sobre la utilidad del LVQ para preservar la seguridad del paciente quirúrgico es positiva.

Conclusiones

Consideramos fundamental potenciar la importancia del LVQ como herramienta orientada a garantizar la seguridad del paciente quirúrgico frente a la visión negativa de interpretarlo como una actividad burocrática. Se necesitan más estudios para establecer la asociación directa entre la adecuada o no cumplimentación del LVQ y la aparición de incidentes y eventos adversos.

INDICADORES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS: HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

Ana Fernández Meseguer¹; P Martínez Muñoz²; A Madrid Conesa³; J Pérez Salmerón⁴; S Alarcón Reina⁵; E Calvo Bonacho⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Ibermutua¹; Ibermutua²; Hospital Ibermutuamur³; Hospital Ibermutuamur⁴; Hospital Ibermutuamur⁵; Ibermutua⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La seguridad clínica del paciente es una prioridad en todas las organizaciones sanitarias. Disponer de herramientas de medición y evaluación constituye un elemento clave para valorar la efectividad de las actuaciones desarrolladas.

Objetivos

Evaluar a los cinco años de su implementación las diferentes acciones de mejora implantadas en el Hospital Ibermutuamur según los indicadores del Sistema de Gestión de Riesgos (SGR) para la Seguridad del Paciente (SP).

Material y métodos

Se realizó un análisis inicial de las buenas prácticas existentes junto con el análisis de todos procesos clínicos, revisión de quejas, sugerencias, reclamaciones de pacientes y demandas judiciales. Se elaboró un Mapa de Riesgos, se formuló un plan de tratamiento reforzando buenas prácticas existentes y definiendo nuevas acciones de mejora para ser evaluadas al año de su implementación mediante indicadores que se englobaron en seis planes de mejora.

Resultados

Se formularon, midieron y evaluaron trimestral y anualmente los siguientes indicadores: incidencia de infecciones; porcentaje de reintervenciones; porcentaje de pacientes que acuden a urgencias por el mismo motivo; porcentaje de personal sanitario que recibe formación en SP; número de -mails enviados para comunicación interna, número de incidentes o eventos adversos en relación con la medicación; porcentaje de historias clínicas en planta con apartado conciliación de la medicación registrado y correcto; número de notificaciones anuales; número de eventos adversos anuales y ratio eventos adversos/notificaciones.

Conclusiones

La utilización de indicadores del SGR para la SP en el Hospital Ibermutuamur nos permite realizar el seguimiento de los planes de mejora a través de las diferentes acciones de mejora implantadas.

NORMA DE CALIDAD Y DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO SANITARIO; LAS DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA.

AUTORES

Eva Calvo Bonacho¹; A Fernández Meseguer²; P Martínez Muñoz³; A Madrid Conesa⁴; J Pérez Salmerón⁵; S Alarcón Reina⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Ibermutua¹; Ibermutua²; Ibermutua³; Hospital Ibermutuamur⁴; Hospital Ibermutuamur⁵; Hospital Ibermutuamur⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La gestión de la calidad de centros sanitarios y la seguridad del paciente son dos aspectos íntimamente relacionados del mismo fenómeno.

Objetivos

El objetivo de este estudio es analizar los sistemas de gestión y certificación de calidad ISO 9001 y UNE179003 de un Hospital de una mutua colaboradora con la seguridad social, así como identificar los beneficios de cada uno de ellos, sus similitudes y diferencias.

Material y métodos

Se revisaron los requisitos de ambas normas junto con los procedimientos y los resultados tanto de las auditorías internas como externas del Hospital Ibermutuamur, donde no se encuentran integradas las normas. Se prestó especial atención a los puntos comunes de ambas normas y aquellos específicos de cada uno.

Resultados

Las certificaciones UNE1 79003 y la ISO 9001 son instrumentos importantes para mejorar la calidad de los servicios de salud y dar confianza y seguridad a nuestros pacientes como proveedores de salud. Ambos guían las estrategias de gestión para mejorar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente. Difieren en algunos aspectos: la UNE179003 esta diseñada para ayudar a las organizaciones a anticipar los riesgos existentes en la práctica clínica y tomar las acciones necesarias para prevenirlos y sus auditorías son realizadas por profesionales que conocen el campo de la medicina en profundidad, mientras que la norma ISO 9001 son genéricas, se centran más en procesos y las auditorías de certificación implican auditores de sistemas de gestión de calidad, calificados para cumplir con los criterios acordados a nivel internacional por una organización independiente, en colaboración con expertos médicos. Por otro lado, hay procedimientos que son comunes a ambas normas como el control documental, la aprobación por la dirección, formación, infraestructuras, auditorías internas entre otros. Por tanto, el trabajo en paralelo implica esfuerzos en el trabajo repetitivo, pérdida de la visión global y dificultad de análisis. La integración en un solo sistema los requisitos de ambas normas, basado en un análisis exhaustivo de las mismas y un diagnóstico interno de cómo la organización está cumpliendo con las diferentes necesidades es la mejor opción a contemplar.

Conclusiones

Las certificaciones de calidad ISO 9001 y la UNE179003 se complementan entre sí en la búsqueda de la excelencia en la prestación de los servicios sanitarios. Además, la aplicación conjunta de forma integrada de ambas normas genera un marco favorable para la mejora de procesos en la organización y la seguridad de los pacientes.

ESTRATEGIAS PARA UNA ASISTENCIA SANITARIA MÁS SEGURA: RONDAS DE SEGURIDAD Y AUDIT DE HISTORIAS CLINICAS

AUTORES

Eva Calvo Bonacho¹; A Fernández Meseguer²; P Martínez Muñoz³; A Madrid Conesa⁴; J Pérez Salmerón⁵; S Alarcón Reina⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Ibermutua¹; Ibermutua²; Ibermutua³; Hospital Ibermutuamur⁴; Hospital Ibermutuamur⁵; Hospital Ibermutuamur⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Uno de los mayores problemas en un sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente es conseguir que el personal notifique eventos o incidentes, y prácticas inseguras por lo que las organizaciones ponen en marcha instrumentos complementarios para mejorar su detección y así conseguir una asistencia sanitaria más segura.

Objetivos

Desarrollar un programa de Rondas de Seguridad y audit de historias clínicas para detectar prácticas inseguras, identificar oportunidades de mejora y promover la gestión de riesgos y seguridad del paciente, implicando a todo el personal. Verificar si esta estrategia mejora la detección de riesgos, eventos adversos y/o incidentes.

Material y métodos

Se establecieron tanto la periodicidad como el contenido de 5 tipos de rondas de seguridad (urgencias, quirófano, planta hospitalaria, consultas médicas, rehabilitación), desarrollando una serie de checklist digitales con los siguientes apartados: verificación identificación correcta del paciente, de la seguridad en la utilización de medicamentos, de la calidad de los registros asistenciales, historias clínicas y de la información dada al paciente inherente a su patología y tratamiento, verificación de la bioseguridad; lavado de manos, esterilización, y su trazabilidad. Para la revisión sistematizada de historias clínicas (audit), se tuvieron en cuenta las siguientes parámetros; pacientes intervenidos en mas de una ocasión por el mismos motivo, pacientes que acudieron a urgencias mas de una vez por el mismos motivo, pacientes ingresados sin cirugía previa, o una vez dados de alta tras cirugía, intervenciones quirúrgicas seleccionadas de una forma aleatoria (100) y historias de pacientes que acuden a urgencias (100). Tras dicha revisión, se señalaron historias clínicas con posibles eventos o incidentes y tras el analisis por un grupo de expertos se confirmaban o no. Todo el proceso se realizó de una forma automatizada a través de nuestra historia clínica electrónica. Se llevó a cabo formación del personal responsable de llevarlas a cabo.

Resultados

Mediante las rondas de seguridad se identificaron prácticas inseguras, y se pusieron en marcha acciones de mejora para minimizar el riesgo de eventos adversos vinculados a la asistencia sanitaria, con responsables y fechas. Mediante los audit se identificaron incidentes y eventos adversos y se realizó un análisis de los mismos, a través de la técnica de los 5 por qué, dando lugar a una serie de acciones de mejora para evitar que se volvieran a producir.

Conclusiones

En nuestro medio, las rondas de seguridad y audit son útiles para identificar procedimientos o procesos que puedan poner en peligro a los pacientes. También son útiles para identificar oportunidades de mejora, reducir riesgos y concienciar al personal de la importancia de notificar riesgos, incidentes y eventos adversos para poder caminar hacia la excelencia de la atención sanitaria.

UTILIDAD DEL IHI SNF TRIGGER TOOL Y GLOBAL TRIGGER TOOL EN LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS

AUTORES

María Dolores Menéndez Fraga¹; J Alonso Fernández²; E Fernández Tamargo³; C Salmerón Menéndez⁴; F Vázquez Valdés⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Monte Naranco¹; Hospital Universitario Central de Asturias²; Hospital Monte Naranco³; Hospital Monte Naranco⁴; Hospital Universitario Central de Asturias⁵.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

IHI Skilled Nursing Facility (SNF) Trigger Tool es una herramienta del Institute for Health Care Improvement (IHI) diseñada para detectar eventos adversos en personas ingresadas en residencias de ancianos y/o establecimientos de larga estancia. Debido a su reciente publicación (2017) no hay experiencia en su uso. Beca FECA 2017.

Objetivos

Evaluar la utilidad de esta nueva herramienta frente al GTT en la detección de eventos adversos (EA) en pacientes geriátricos de nuestro hospital.

Material y métodos

IHI SNF Trigger Tool es una herramienta que sigue la metodología del Global Trigger Tool (GTT) basada en la búsqueda de triggers y EA mediante 3 módulos: Care Module Triggers, Medication Module Triggers y Resident Care Module Triggers.

Ámbito: Unidad de Calidad del Hospital Monte Naranco que desde el año 2007 está trabajando con la herramienta GTT.

Marcos: Hospital de 204 camas y asociado a la Universidad, fundamentalmente pacientes agudos geriátricos y quirúrgicos. Nuestro sistema de calidad es un proceso transversal dentro de la certificación ISO 9001:2015.

Diseño: Estudio retrospectivo para la detección de EA en 10 historias clínicas quincenales elegidas al azar (de 4454 pacientes ingresados).

Recogida de datos: Revisión de historias electrónicas (n=240) de pacientes dados de alta de forma interna por una enfermera y un médico. Para las categorías de severidad se empleó el NCC MERP Index (categorías E-I).

Periodo: año 2017.

Resultados

Ingresaron 4454 pacientes y otros 2661 fueron pacientes quirúrgicos ambulatorios. Hubo 2752 estancias en los 240 pacientes revisados por el GTT/IHI SNF Trigger Tool. Los indicadores obtenidos por el GTT/IHI SNF Trigger Tool fueron: 49,8 EA por 1000 pacientes día, 57,1 EA por 100 admisiones y 44,6% admisiones con un EA.

Por el IHI SNF Trigger Tool se encontraron 679 triggers y detectó 137 EA internos y 45 EA externos.

Los EA detectados fueron: Flebitis 28 para 215 pacientes con catéteres venosos periféricos (CVP) (20,4 % de los EA; 13 % de los pacientes), Extravasaciones 56 de 215 CVP (40,9%; 26%), UPP 12 (8,8%; 5%), IRAS 11 (8%; 4,6%), Dermatitis 8 de 134 pacientes con pañal (5,8%; 6%), Erosiones cutáneas 8 (5,8%; 3,3%), Caídas 7 (5,1%; 2,9%) (3,7% para 190 pacientes con riesgo de caída), Errores de medicación 2 (1,5%; 0,8%), Eventos quirúrgicos 2 (1,5%; 0,8%) y Otros 3 (2,2%; 1,3%).

Las categorías del daño del NCCMERP fueron: 131 E (95,6%), 4 F (2,9%) y 2 I (1,5%).

Conclusiones

IHI SNF Trigger Tool es una nueva herramienta de detección de EA que como el GTT es fácil de incorporar a la rutina diaria de revisión de historias clínicas.

En nuestros pacientes geriátricos se detectó un gran número de triggers y el 44,6% de los pacientes tuvo algún EA.

Algunos de los triggers de esta nueva herramienta se han incorporado al GTT que utilizamos en nuestro hospital, ya que detalla mejor algunos de los ítems de cribado que pueden ser relevantes en nuestros pacientes geriátricos.

RONDA DE SEGURIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIA

AUTORES

Juana María Marín Martínez¹; J López Picazo²; P Ferrer Bas³; I Vidal Abarca⁴; C Meseguer Gonzalez⁵; C Martinez Ros⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca¹; Unidad de Calidad del Área I del Servicio Murciano de Salud²; Unidad de Calidad del Área I del Servicio Murciano de Salud³; Unidad de Calidad del Área I del Servicio Murciano de Salud⁴; Servicio de Urgencias General del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca⁵; Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las rondas de seguridad son visitas planificadas de los directivos y responsables de los servicios que han demostrado su eficacia para mejorar la cultura de seguridad

Permiten mostrar el interés e implicación de los líderes y mandos intermedios en la seguridad del paciente permiten sensibilizar a los profesionales sobre este tema, que facilite un cambio de cultura

Objetivos

Facilitar la mejora en la cultura sobre la seguridad del paciente del servicio de urgencias y de la dirección del hospital

Construir una nueva cultura centrada en la seguridad de la paciente

Identificar puntos de mejora sobre seguridad del paciente

Material y métodos

Un grupo de trabajo multidisciplinar (médicos, enfermeros, farmacéuticos y profesionales de la unidad de calidad del hospital) consensan 21 indicadores de

seguridad del paciente en urgencias (uno de ellos subdividido en dos), con las siguientes características:

Claramente relacionado con la seguridad del paciente

Pudiera medirse rápida y fácilmente durante la ronda (observación directa o mirando el ordenador)

Útil para iniciar dinámicas de mejora en seguridad

Se podían incluir 5 grupos diferentes:

4 indicadores de identificación (pulsera, muestras, historia...)

7 sobre retrasos y tiempos inadecuados

5 sobre equipos y dispositivos

4 sobre procedimientos (constantes, caídas, sepsis, radiología...)

1 sobre efectividad (reconsultas en 72 horas)

La equipo de la Ronda está formado por:

-Directivos: gerente, director médico, subdirector de área

-Servicio de Urgencias, Jefe de servicio, Jefes de Sección, Responsable de Calidad, Supervisor y Enfermero Responsable del turno

-Unidad de Calidad, Responsable médico y de enfermería

Resultados

Primera ronda 3 de mayo de 2019

El objetivo propuesto para la ronda se alcanza en 11 de 22 indicadores evaluados (50%)

Los principales problemas se detectan en la dimensión "procedimiento" donde ningún indicador cumple objetivos

- Identificación no cumplen 2 de los 4 objetivos, relacionados con la pulsera identificativa
- Retrasos y tiempos inadecuados No cumplen 2 de los 7 objetivos, ambos relacionados con el salida de pacientes: camas y espera para ingreso
- Equipos y Dispositivos No cumplen 2 de los 5 indicadores: aislamientos en lugares inadecuados y pacientes en zona de pasillos
- Procedimientos No cumplen ninguno: monitorización de signos de alarma, Código sepsis, prevención de caídas e indicación de la Rx simple de abdomen

- Efectividad: cumple reconsultas a urgencias

Conclusiones

Existe un buen nivel de seguridad en la mitad de los indicadores evaluados

Los principales problemas detectados se relacionan con los procedimientos, tanto médicos como de enfermería.

Existen problemas estructurales (pasillos, aislamientos, esperas para ingreso) en los que la dirección puede incidir.

El procedimiento de acogida en el servicio hay que rediseñarlo para garantizar la colocación adecuada de la pulsera identificativa

El informe con los resultados se difundió a la dirección del hospital y a todos los profesionales del servicio de urgencias

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL EN LA UCI DEL HCUVA

AUTORES

Manuel Baeza Mirete¹; ML Alcaraz Escribano²; JE Martínez Abril³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Dado que los pacientes atendidos en las unidades de cuidados intensivos son de un alto grado de complejidad se hace necesario un control estricto en la administración de medicación para de esta forma evitar problemas potenciales o reales en nuestros pacientes. Un exquisito cuidado a la hora de la preparación de medicación oral y la administración por parte del personal delegado contribuirá en la disminución de errores.

Objetivos

Evaluar y mejorar la administración de medicación oral por parte de la auxiliar de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).

Material y métodos

Se ha realizado un estudio cuasi-experimental (ciclo de mejora). Los pacientes incluidos en el estudio fueron los que se encontraban ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en los meses de Febrero 2019 (primera evaluación) y Abril 2019 (segunda evaluación). Se definieron 5 criterios para su estudio, impresión de la prescripción de medicación para el turno (C1), recogida de medicación de farmacia para llevar al box en batea (C2), Preparación de medicación en bolsas individuales debidamente rotuladas (C3), revisión y validación por parte de la enfermera de la medicación preparada (C4), registro en la historia electrónica de la administración (C5). La dimensión estudiada fue la científico-técnica. La fuente de datos es la gráfica electrónica del paciente y la observación directa. El marco muestral fue de un mes y la muestra se seleccionó de forma aleatoria hasta un total de 60 pacientes.

Resultados

Se estudiaron 60 casos en cada una de las evaluaciones. El C1 tuvo un cumplimiento en la primera evaluación del 70%, siendo en la segunda del 91.7%. El C2 tuvo un cumplimiento en la primera evaluación del 21.6% pasando a tener en la segunda evaluación un 41.7%. El C3 marcó un grado de cumplimiento del 63.3% en ambas evaluaciones. El C4 que en la primera evaluación tenía un 43.3% pasó en la segunda al 71,7% y el C5 obtuvo un cumplimiento en la primera evaluación del 65% y en la segunda del 66.7%. Las mejoras fueron estadísticamente significativas únicamente en los criterios 1, 2 y 4.

Conclusiones

Tras la aplicación de las medidas correctoras en nuestro ciclo de mejora, hemos conseguido mejorar el grado de seguridad en la administración de la medicación oral, aunque aún nos queda campo para la mejora y hemos de incidir en la observación y control en este campo.

ESTUDIO PREVALENCIA SOBRE CAIDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

AUTORES

Sergio García López¹; M Miquel Juani²; J Besolí Jaimejuan³; G Collell Altarriba⁴; M Redolfo Iparraguirre⁵; C Roperó Osuna⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital de Barcelona.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las líneas actuales en el ámbito sanitario enfocan los programas para la mejora de calidad en dos aspectos: prevención del riesgo y seguridad en los pacientes. Desde su formación en 1999, el grupo de trabajo de caídas del Hospital de Barcelona, estudia y analiza mensualmente todas las caídas que se producen en nuestro centro. En los últimos años, se ha detectado un aumento de la edad en la población estudiada y en ocasiones un aumento de las caídas y/o severidad pese a continuar con un plan de formación continuado y llevar a cabo las actualizaciones necesarias del material preciso para una buena praxis

Objetivos

Conocer el número de pacientes con riesgo de caída al ingreso, comprobar si se realiza correctamente la valoración inicial y verificar in-situ si se aplican las medidas preventivas necesarias

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo y transversal, utilizando un documento creado específicamente. En primer lugar se evaluó junto a la historia clínica del paciente: si presentaba riesgo de caída en el momento del ingreso, si el riesgo estaba anotado en el plan de cuidados de enfermería y por último una evaluación de los medicamentos que tenía pautados y que pueden aumentar el riesgo. La segunda parte del documento consta de una valoración in-situ de los casos detectados con riesgo de caídas en el que se valoraron las medidas preventivas instauradas y se anotaron aquellas que no estaban implementadas pero deberían de estarlo

Resultados

El estudio fue realizado a 226 pacientes, muestra estadísticamente significativa, de un total de 241. Se objetivó un 49,6% con riesgo de caída al ingreso. Del total, el 54,5% de pacientes con riesgo detectado al ingreso eran mujeres y el 43,8% tenían más de 85 años. El 93% tomaban algún tipo de medicación que podía aumentar la exposición a una futura caída. Se registró un 42% de los pacientes con riesgo en el plan de cuidados de enfermería. Un 26,1% de las personas valoradas con riesgo no tenían la cama baja hasta el mínimo, el 20,7% no tenían el timbre a mano, un 24,2% de los pacientes encamados y con riesgo no presentaban todas las barandillas subidas, y un 47,6% de los pacientes que podían movilizarse no tenían un calzado cerrado y adecuado

Conclusiones

Una vez realizado el presente estudio, podemos afirmar que una gran parte de los pacientes ingresados en nuestro hospital presentan riesgo de caída. Se detectaron valoraciones erróneas o falta de registro, motivo por el que se ha llevado a cabo una revisión de la evaluación correspondiente. Tras observar que prácticamente la mitad de los pacientes con riesgo no disponían de calzado adecuado, se ha considerado ofrecer un calzado adecuado en la tienda ubicada en nuestro Hospital. Como medidas de mejora generales se procedió a enviar los resultados a los servicios involucrados y se llevará a cabo su difusión mediante una sesión formativa. Se ha creado un documento sobre el riesgo de caída para entregar a familiares y/o acompañantes con pacientes de riesgo en el momento del ingreso o a posteriori.

RONDAS DE SEGURIDAD/AUDITORIAS INTERNAS

AUTORES

MARÍA OLGA ROCA BERGANTIÑOS.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las Rondas de Seguridad/Auditorías Internas (RS/AI) en los Servicios/Unidades de una Institución Sanitaria, es una práctica recomendada para lograr una mejor Calidad Asistencial y mayor Seguridad en los Pacientes, que se verá reflejada tanto en los indicadores asistenciales como en la calidad percibida por profesionales y usuarios.

La realización de un seguimiento periódico y la consecución de resultados, mejora la adherencia de los profesionales a las buenas prácticas.

Objetivos

El objetivo general es lograr una atención centrada en la Seguridad de los Pacientes durante su proceso de atención sanitaria y fomentar la Cultura de Seguridad

Objetivos específicos:

- Identificar procesos no conformes y establecer las medidas correctoras oportunas.
- Establecer Planes de Tratamiento y Acciones de Mejora para minimizar el riesgo de eventos adversos durante la asistencia.
- Implicar a los profesionales en la toma de decisiones sobre la seguridad del paciente

Material y métodos

Cronograma anual de Rondas de Seguridad. Se utiliza una plantilla siguiendo los criterios EFQM.

Los integrantes del grupo de auditores internos: RRMM, Docencia, RRHH, Calidad, Cuidados

Se realiza revisión documentada del Servicio/Unidad: Historia Clínica, actas de reuniones, registros, plan formativo, además de, almacenes de fungible, medicamentos, equipamiento, carros de parada.

Observación directa con especial atención al cumplimiento en seguridad, como: higiene de manos, identificación inequívoca, fases de la medicación.

Se entrevista a los profesionales presentes el día de la auditoría para conocer el nivel de implicación y conocimiento de los objetivos pactados con la Dirección, indicadores, protocolos, formación recibida, acogida.

Los pacientes, consideramos que deben estar empoderados y para ello han de estar informados de su proceso y formar parte activa de él.

El informe se presenta a los responsables de la Unidad y se le proponen las acciones de mejora detectadas. Pasado un año se realiza una evaluación del cumplimiento y eficacia de las acciones propuestas.

Resultados

En las unidades observadas la eficacia en relación a la seguridad, la información a los profesionales, el trabajo en equipo y la gestión de los recursos, han mejorado.

Fomento de la Cultura de Seguridad en el Hospital

Conclusiones

Las RS/AI son eficaces para conocer el nivel de implicación. En las unidades observadas la eficacia en relación a la seguridad, la información a los profesionales, el trabajo en equipo y la gestión de los recursos, han mejorado.

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN PEDIATRÍA

AUTORES

MARTA MARTIN MARQUES¹; M ALBUJAR FONT²; A DE DIOS LOPEZ³; E MATEO ZAPATA⁴; E CASTELLARNAU FIGUERAS⁵; L CANADELL VILARRASA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

A raíz de diferentes notificaciones de incidentes relacionados con la medicación y de la puesta en marcha de la prescripción electrónica en el Servicio de Pediatría es importante estandarizar la preparación y administración de medicamentos, especialmente en una población tan diversa y susceptible de errores como es la población pediátrica.

Objetivos

Simplificar y estandarizar el proceso de preparación y administración de bombas de infusión continua (BIC) de medicación y de fármacos de uso común en situaciones de urgencia vital.

Material y métodos

Se crea un equipo multidisciplinar que revisa los protocolos de pediatría, seleccionando aquellos fármacos necesarios para administrar en BIC y los fármacos de uso en urgencia vital. Se revisan las dosis a administrar según el grupo poblacional (neonato/pediatría) y el peso, la vía de administración más adecuada, la preparación del fármaco (necesidad de reconstitución y/o dilución, suero de reconstitución y/o dilución, concentración final) y la posología habitual de uso para poder determinar la cantidad de fármaco a administrar y la velocidad de administración. Todos los datos, se introducen en el programa informático que se utiliza en la Unidad de Curas Intensivas de Neonatos y de Pediatría (UCIN y UCIP). También se crean protocolos de tratamiento para situaciones de urgencia vital en los que se engloban los distintos fármacos que pueden requerirse en estas situaciones.

Resultados

En la UCIP, se establecen 5 rangos de peso (desde < 5 kg hasta >30 kg) en los fármacos que se administran en BIC y se elaboran consejos de preparación y administración para 67 fármacos. En la UCIN, se establecen 10 rangos (desde < 500 g hasta >3500g) y se elaboran consejos de preparación y administración para 51 fármacos.

Para cada fármaco se especifica el diluyente a utilizar y el volumen necesario, el volumen de fármaco y la velocidad a administrar. En algunos fármacos usados en las BIC se han establecido diferentes concentraciones para un mismo fármaco y peso, en caso de restricción hídrica se usan más concentradas y más diluidas si presentan inestabilidad hemodinámica. Además, las BIC tienen un volumen final estandarizado, en la UCIN es de 25 ml y en el caso de la UCIP, de 50 mL.

En los fármacos de urgencia vital, se indica el diluyente a utilizar y el volumen necesario, el volumen de fármaco, vía de administración y la velocidad a administrar. Se diferencia la forma de preparación de los fármacos entre UCIN y UCIP debido a la diferencia de peso de los pacientes.

También se crean 4 protocolos en el programa informático: RCP neonatos, RCP pediatría, Intubación neonatos e Intubación pediatría. Estos protocolos engloban distintos fármacos y los consejos pertinentes de cada fármaco.

Conclusiones

La estandarización y protocolización de la prescripción, preparación y administración de fármacos utilizados en el área de pediatría mejora la seguridad de estos procesos al reducir el factor de error humano y facilita trabajar de forma más rápida en situaciones de urgencia vital.

UN NUEVO MIEMBRO EN EL EQUIPO DE COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UCI, EL ENFERMERO RESPONSABLE DE CALIDAD Y SEGURIDAD

AUTORES

Maria Luz Alcaraz Escribano¹; M Baeza Mirete²; JE Martínez Abril³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. UCI¹; Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca²; Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca³.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), son lugares con una alta tecnificación donde se atienden pacientes con un profundo grado de complejidad por lo que se hace necesario una gran labor organizativa ante los continuos avances y la evolución tanto de los materiales, los cuidados y los tratamientos que se incorporan. El control de la calidad de los cuidados y de la seguridad del paciente in situ son un eje fundamental para llegar a la excelencia.

En una UCI de tercer nivel con 39 camas divididas en 5 secciones con una alta rotación de la plantilla de enfermería, se vio la necesidad de incorporar a un profesional enfermero a las labores de control de los indicadores de calidad y seguridad del paciente.

Objetivos

Describir el perfil profesional y las tareas realizadas por el enfermero responsable de calidad y seguridad desde su implantación.

Material y métodos

La figura del responsable de calidad y seguridad se incorpora tras el compromiso en el pacto de gestión de mejorar en estos campos. La plantilla de enfermería queda compuesta por una supervisora de área, un supervisor de recursos materiales, un responsable de calidad y seguridad, un responsable de servicios informáticos, 5 jefes de turno, 100 enfermeras y 52 auxiliares. La figura del Enfermero Responsable de Calidad y Seguridad cuenta con formación específica y un amplio campo de conocimientos.

Resultados

Desde su incorporación en Octubre de 2017 se han realizado mejoras en los registros de enfermería en la gráfica electrónica (ICCA), las mediciones de los indicadores de calidad que se realizan cada tres meses han arrojado datos de mejora. Se han iniciado Rondas de Seguridad en conjunto con la dirección del hospital y la jefatura de servicio, llevando a mejorar los indicadores de seguridad del paciente. Se han puesto en marcha 7 nuevos manuales aprobados por la Comisión de Cuidados llevando a una homogeneización del trabajo (ventilación mecánica invasiva, paciente con ECMO, acogida, higiene sin agua, pronación, traslado intrahospitalario). Además se ha colaborado en la actualización de 2 protocolos hospitalarios (catéter venoso central de acceso periférico y paciente con dolor). Se han ejecutado 4 ciclos de mejora (carro de parada, registros de enfermería, administración de medicación oral y registros de auxiliares de enfermería).

Conclusiones

Las mejoras en los Indicadores de Calidad y Seguridad del paciente crítico nos lleva a manifestar la necesidad de la figura del Enfermero Responsable de Calidad y Seguridad en las Unidades de Cuidados Intensivos. Esta figura además sirve como referente ante la consulta de dudas del personal de enfermería y detecta posibles áreas de mejora y formación.

GESTIÓN DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

AUTORES

BELÉN ARANDA SÁNCHEZ¹; M GARCIA BOUSO²; ME AINSA ABÓS³; S GONZÁLEZ GONZALO⁴; L CLOTAS SANCHO⁵; J FERRÉ GRAS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

TARRAGONA-7.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Para la mejora continua de la calidad, a nivel territorial del Camp de Tarragona se usa un sistema de Notificación de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente (TPSC_Cloud), que permite identificar las áreas críticas e implantar acciones de mejora.

Objetivos

Garantizar una gestión adecuada de los incidentes notificados para mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

Material y métodos

Estudio descriptivo observacional, en el que se analizan los incidentes notificados por los profesionales del equipo de atención primaria Tarragona-7, en el aplicativo TPSC_Cloud durante 2 años (2017-2018), con un total de 156 incidentes.

Resultados

Para identificar el riesgo y las áreas críticas, se analizan los incidentes notificados, obteniendo los siguientes resultados:

-Riesgo (según la gravedad del incidente y la probabilidad de que ocurra): Extremo (0,55%), Alto (4,25%), Moderado (39,55%), Bajo (50,6%), Muy bajo (5,05%)

-Áreas críticas e incidencias detectadas:

Laboratorio (30,7%): Error de peticiones externas manuales, incorrecta recogida y/o etiquetaje de muestras, preparación incorrecta del paciente, error de identificación del paciente.

Vacunas (27,2%): Error registro de vacunas, intervalos mínimos no respetados, error en la administración de vacuna indicada, error de dosis pendientes calculadas por el aplicativo informático, ruptura de cadena de frío.

Continuidad asistencial atención primaria - especializada (25,4%): prescripción de tratamiento sin receta oficial, ausencia de informes clínicos en la historia del paciente, error de identificación del paciente, retraso en diagnóstico clínico de gravedad.

Uso del medicamento (6,4%): fármacos caducados, dosis incorrecta en la administración de medicación, error identificación y/o conservación de fármacos.

Procedimientos administrativos (4,2%): error de citación.

Atención urgente (4%): maletín y carro de paros sin sello de seguridad.

Material clínico (2,1%): material caducado.

Para minimizar riesgos y mejorar la seguridad del paciente, se implantan las siguientes acciones de mejora:

-Feed-back al resto de profesionales de los incidentes notificados y recordatorio de los procedimientos afectados (sesiones informativas vía e-mail)

- Implantación de circuitos internos.

- Utilización de aplicaciones informáticas con listados de verificación de manera proactiva.

- Revisión y actualización de los procedimientos territoriales y su implantación en el centro.

- Se remiten los incidentes de origen externo a la Unidad Territorial de Seguridad del Paciente para su resolución.

Conclusiones

El registro y análisis de los incidentes notificados es una herramienta útil para identificar las áreas críticas en el equipo, implantando acciones de mejora que han minimizado errores, todo ello permite un avance en la cultura de seguridad del paciente y la mejora de la calidad asistencial.

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN LA GESTIÓN PRE-ANALÍTICA DE LAS MUESTRAS DE QUIRÓFANO

AUTORES

MAITE RODRÍGUEZ MURUGARREN¹; C GORDO LUIS²; J LABIANO TURRILLAS³.

CENTRO DE TRABAJO

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La etapa pre-analítica es un proceso de riesgo para la seguridad del paciente. La identificación incorrecta del paciente y/o de la muestra, los retrasos en el traslado de la muestra o los errores en la recepción de laboratorio, pueden tener consecuencias graves, tales como diagnósticos y tratamientos inadecuados.

Objetivos

Aumentar la seguridad en el proceso pre-analítico de muestras procedentes de quirófano.

Material y métodos

Se llevó a cabo un proyecto de mejora durante el periodo comprendido entre marzo de 2018 y mayo de 2019, utilizando como metodología el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Los servicios implicados en el proyecto fueron el Área Quirúrgica y Laboratorio (Bioquímica, Microbiología, Hematología y Anatomía Patológica).

Se constituyó un equipo formado por profesionales expertos en el proceso a estudio y en metodología de Calidad. En cada fase del proceso, se identificaron los posibles errores, causas y efectos. Siguiendo la metodología AMFE, se calculó el índice de Prioridad de Riesgo que es el resultado del producto de la frecuencia, por la gravedad y por la detectabilidad. Este código numérico permitió priorizar la urgencia de la intervención, así como el orden de las acciones correctoras.

Posterior al AMFE se llevó a cabo una evaluación de las acciones de mejora para comprobar su efectividad.

Resultados

Se identificaron 7 fases del proceso y se determinaron 14 posibles fallos de los cuáles se priorizaron la identificación incorrecta del paciente y de la muestra. Entre las acciones de mejora realizadas cabe destacar la formación dirigida a los profesionales implicados en la que se incidió en los procedimientos sobre identificación correcta. La asistencia a la formación fue de un 52,31 % y 40 % de profesionales de quirófano y laboratorio respectivamente. Tras la formación, se realizó observación directa del proceso de identificación durante la extracción de las muestras en quirófano y en la recepción de laboratorio. En ambos casos, la identificación se realizó de forma correcta en más del 96% de los casos auditados. Como medidas de mejora adicionales, cabe mencionar la implantación de un check list para verificar el correcto etiquetado de las muestras al finalizar la cirugía y la informatización de la solicitud de biopsia. También requiere mención el impulso realizado para aumentar la notificación de incidentes y eventos relacionados. Desde la implantación de las mejoras mencionadas, no se tiene constancia de que se hayan producido errores en el proceso.

Conclusiones

La metodología AMFE ha demostrado ser de utilidad para la detección e implantación de mejoras en un proceso de riesgo. Por este motivo, consideramos que puede ser aplicado en otras áreas del centro.

MODELO DE ATENCIÓN A LOS PROFESIONALES SANITARIOS DESPUÉS DE LOS IRSP EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

Sara_Guila Fidel Kinori¹; N Villa Batllori²; I Bravo Polo³; M Espuga Jordana⁴; M Martínez Jimenez⁵; C Alvarez Lorenzo⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Vall d'Hebron

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los Pilares de la Seguridad (OMS, 2018), que buscan reducir la frecuencia y gravedad de los incidentes de Seguridad (IRSP), incluye la atención adecuada a las llamadas Víctimas de estos acontecimientos: las Primeras Víctimas (los pacientes y sus familias), los profesionales de la sanidad (y sus equipos), como Segundas Víctimas y las organizaciones, también afectadas e identificadas como Terceras Víctimas. La atención adecuada de los afectados, genera dinámicas de interacción que favorecen la recuperación de todos los afectados. El Hospital Universitario Vall d'Hebron, de Barcelona, hospital de referencia en la sanidad catalana y española, ha implementado un modelo de gestión centrado en los procesos y donde la Seguridad del Paciente es una línea transversal en todos ellos. Dentro de estas estrategias, se incluye la atención adecuada a los afectados directos de los IRSP, primeras y segundas víctimas.

Objetivos

- 1.-describir el modelo de atención a los profesionales afectados después de un IRSP
- 2.-presentar las acciones que se están desarrollando para impulsar el modelo en la Organización

Material y métodos

La Comisión de Seguridad delega en la Sub-comisión ASEVI, a el Programa de Atención a las Víctimas de Seguridad (AVÍS), bajo el lema "Demana ajuda, et fem costat" (Pide ayuda, te apoyamos).

Se planificaron 5 estrategias para el desarrollo del programa, durante el período 2018-19.

Resultados

Cinco acciones consecutivas e interrelacionadas: Subcomisión ASEVI, Sensibilización, Formación, Apoyo a los Equipos, Programa AVÍS, se implementaron desde la Gestión por Procesos para ofrecer la mejor estrategia de apoyo a los Afectados por los IRSP.

La Subcomisión ASEVI: Subcomisión que depende de la Comisión de Seguridad y que incluye representantes de la Comisión de Seguridad, de la Unidad de Riesgos laborales, de la Atención al Usuario, del personal asistencial, del Servicio de Psiquiatría y de la Asesoría Jurídica

Sensibilización y difusión Con el apoyo del Departamento de Comunicación e Imagen, se realizó el diseño de la comunicación institucional, junto a la presentación del programa en sesiones informativas, en horarios que faciliten la asistencia del personal.

Formación: se favoreció la realización de un curso on-line y se prevee la realización de talleres presenciales para formación en buenas prácticas de apoyo emocional.

Apoyo a los Equipos

Programa AVÍS programa al que pueden acceder los profesionales afectados por los IRSP, cuando y a pesar del apoyo institucional recibido, se mantiene el nivel de impacto emocional. Se realiza el acceso voluntario al servicio, ofreciendo apoyo jurídico, psicosocial y psicológico especializados

Conclusiones

La subcomisión ASEVI, creada en el año 2018, pero subsidiaria de una experiencia previa (2015-17), ha favorecido diseñar y extender a toda la organización un modelo de atención a los profesionales afectados post IRSP, que es congruente con el modelo de Gestión por Procesos y que pivota sobre los Referentes de Seguridad y de la Subcomisión ASEVI.

MANEJO Y CONSERVACIÓN DE NITROGLICERINA SUBLINGUAL EN PACIENTE CARDIÓPATA

AUTORES

NURIA BEATRIZ LLAMAS SANDINO¹; AB ESTEBAN GALLEGOS²; S HERNANDEZ MERCHAN³; P RIUS FORTEA⁴; S PASCUAL SANCHEZ⁵; ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRO SALUD VALDEZARZA SUR¹; SERVICIOS CENTRALES SERMAS²; CENTRO SALUD VALDEZARZA SUR³; CENTRO SALUD VALDEZARZA SUR⁴; CENTRO DE SALUD ANDRES MELLADO⁵; ⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La incidencia de enfermedad coronaria (EC) sigue un ritmo decreciente en los países desarrollados, aunque el envejecimiento progresivo de la población y la inmigración hacen suponer que el número absoluto de episodios coronarios y, por lo tanto, la prevalencia de EC aumentará ligeramente en un futuro próximo.

La tasa de mortalidad por EC ha descendido en las últimas cuatro décadas en los países desarrollados, pero sigue siendo la causa de aproximadamente un tercio de todas las muertes de sujetos de edad >35 años.

Se ha observado un descenso progresivo de la mortalidad influido por un adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular, mejoras en el tratamiento farmacológico-quirúrgico y medidas de prevención secundaria tras un evento coronario.

Tanto al alta hospitalaria como en consultas de A. Primaria, los pacientes con historia de c. isquémica y sus familias deben recibir información acerca de cómo reconocer los síntomas más característicos del IAM y los pasos prácticos a seguir, por si sobreviniera sospecha, en un futuro, de síndrome coronario agudo (SCA).

Algunos estudios reflejan que existen conocimientos insuficientes sobre la posición correcta de aplicación de la NTG, número de veces de uso ante dolor y/o tiempo de intervalo entre tomas, así como muchos pacientes, no disponen del fármaco ni saben los motivos por los que deben acudir a urgencias.

Una adecuada información sobre el uso, conservación y utilización de la nitroglicerina sublingual, evitará eventos adversos y problemas de seguridad en nuestros pacientes

Objetivos

PRINCIPAL

- Describir el grado de conocimiento de los pacientes del C.S. Valdezarza Sur con prescripción activa a nitroglicerina sublingual sobre manejo y conservación de este fármaco

SECUNDARIOS

- Medir la frecuencia de uso en nuestros pacientes de la NTG SL en los últimos 6 meses
- Describir los motivos de la utilización por los pacientes en los últimos 6 meses
- Determinar grado de renovación de la medicación por los usuarios

Material y métodos

Estudio descriptivo, observacional transversal

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Población adscrita al C.S. Valdezarza Sur mayor 14 años con presencia de alguno de los siguientes diagnósticos

K74 Isquemia cardíaca con angina

K75 Infarto agudo de miocardio

K76 Isquemia cardíaca sin angina

Prescripción activa de NTG sl o similar en Historia Clínica de AP Madrid (CN.: 663240, 739524, 099204 ó 663227), a fecha 5 de febrero 2019.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Deterioro cognitivo

TAMAÑO MUESTRAL:

- El estudio se realizará sobre toda la población del C.S. Valdezarza. Se captarán todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión

CAPTACIÓN

Búsqueda en consulta web de CIPAS (Código Individual) .PRESCRIPCIÓN CN contiene 663240, 739524, 099204, 663227.

ELABORACIÓN CUESTIONARIO con VARIABLES UNIVERSALES, PRINCIPALES Y SECUNDARIAS, en torno a manejo y conservación de la nitroglicerina.

TRABAJO APROBADO POR COMISION LOCAL INVESTIGACIÓN DANO

Resultados

En desarrollo explotación datos del cuestionario

Conclusiones

A espera de resultados

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.RESULTADOS AL AÑO DE IMPLEMENTACION

AUTORES

JUAN GONZALEZ MAESTRE¹; A BOHORQUEZ LOPEZ²; JA MERINO PEREZ³; E GORDILLO ESCOBAR⁴;
M BARRIENTOS MORAN⁵; FJ FREYTAS DIAZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL QUIRONSALUD INFANTA LUISA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En nuestra comunidad y dentro del Sistema Sanitario Público se establece en el año 2013 un Programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos (PIRASOA) con resultados espectaculares en términos de disminución de las infecciones relacionadas con la actividad asistencial, de las resistencias bacterianas multirresistentes y de la prescripción antibiótica, unida a la mejora en la calidad de la misma. En 2018 nuestro hospital es pionero en la implantación de este tipo de programa en el ámbito de la salud privada.

Objetivos

Optimizar el uso de antimicrobianos y mejorar la calidad de la prescripción de nuestro Hospital para disminuir las resistencias bacterianas, mejorando la eficacia, el consumo de antibióticos, la eficiencia y la seguridad del paciente en las infecciones relacionadas con la actividad sanitaria.

Material y métodos

Durante el año 2018 se ha confeccionado el plan local de PIRASOA de nuestro hospital, siendo aprobado por la Dirección General de PIRASOA en nuestra comunidad autónoma. Se han creado dos grupos de trabajo, diferenciados para los dos ejes del programa: IRAS y PROA, siendo la Dirección Médica la responsable de velar por la calidad asistencial del plan local PIRASOA.

Centrándonos en el objetivo de este trabajo, el equipo PROA de cada centro tiene la función de realizar el estudio de la calidad en la prescripción. Los PROA incluyen estudios periódicos de la calidad de la prescripción de antibióticos mediante las asesorías a los Servicios hospitalarios implicados.

Resultados

En los últimos 12 meses de 2018 hemos reducido las dosis diarias definidas (DDD/1000 estancias) de los antibióticos tan importantes como Carbapenems, Cefalosporinas de 3^a, 4^a generación, quinolonas piperacilina tazobactan y antifúngicos.

En los últimos 12 meses hemos reducido el gasto en antibióticos y antifúngicos en más de 7500 €

Conclusiones

- 1.- Desde la intervención con el programa PIRASOA han disminuido las DDD de antibióticos por 1000 estancias como Carbapenems, Glucopéptidos, Quinolonas y Penicilinas de tercera y cuarta generación.
- 2.- Los gastos en antibióticos y antifúngicos han disminuidos desde nuestra intervención con el PROA de PIRASOA, demostrando la eficiencia del programa.
- 3.- Con la puesta en funcionamiento de este plan hemos mejorado la seguridad del paciente elevando la calidad en la prescripción médica antibiótica, y poniendo las bases para la disminución de resistencias bacterianas en las IRAS.

ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE FLEBITIS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA

AUTORES

MONTSERRAT CANTERO CANO¹; RM GARCIA- PENCHE SANCHEZ²; N GARRIDO RUIZ³; A CRUZ OLIVERAS⁴; MN CASTRO LOSADA⁵; E GONZALEZ MARIN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El uso de vías venosas por parte de enfermería (E) en pacientes ingresados en un hospital requiere de experiencia y formación por parte de los profesionales. Con la finalidad de reducir las complicaciones derivadas de la inserción de catéteres venosos(CV),se planteó averiguar los conocimientos que tienen las enfermeras/os del Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC) sobre la identificación de flebitis(F) en pacientes portadores de CV a través de un cuestionario(C) anónimo. La información obtenida se utilizó para fines del estudio y los datos fueron tratados siguiendo el Reglamento General de Protección de Datos,(UE) 2016/679 y se contó con la aprobación del comité de ética de investigación del centro.

Objetivos

1- Averiguar el nivel de conocimiento sobre (F) de (E).2- Conocer si disponían de formación previa, así como la influencia de la misma.3- Revisar el conocimiento de los profesionales sobre la escala visual de Flebitis (EVF) y establecer las necesidades formativas de (E) al respecto.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal observacional sobre los conocimientos que tiene (E) sobre la detección de (F) en pacientes ingresados portadores de (CV). Para ello se realizó una encuesta anónima a las enfermeras (excluyendo consultas externas) con 5 preguntas de respuesta múltiple sobre conocimientos, asignando una puntuación que podía ir de -4 a 10 (siendo una de ellas una pregunta sobre imágenes), así como varias en las que se recogieron variables sociodemográficas (edad, antigüedad, tipo de contrato, turno y área de trabajo). Con ellos se generó una base de datos de Excell (Office 365 en su última versión 2019) con la que se realizó el análisis estadístico. Se realizó comparación de muestras entre dos grupos (formación vs no formación) considerando p significativa>0.05, tras el uso de los estadísticos de t Student, Ji cuadrado y porcentajes.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 122 sujetos cuya media de edad fue de 41 años ($\pm 13,5$) y con una antigüedad de 17,2 ($\pm 14,7$). Un 68,5% tenían un contrato fijo y el 34,5% temporal. La puntuación media obtenida en el test fue de 7,02 ($\pm 2,67$). Un 46,37% refirió tener formación previa y sólo un 20,5% conocer la (EVF). El grupo con formación previa obtuvo mejores resultados en el test siendo significativamente relevantes ($p=0,01$), así como mostraron un mayor conocimiento de la (EVF) ($p=0,0098$), pudiendo ser la edad una variable de confusión, siendo más alta en el grupo con formación previa ($p=0,0022$). El 95% de los encuestados consideraban necesario realizar formación sobre (F)

Conclusiones

1- El conocimiento sobre (F) es mejorable.2- La formación previa conlleva un mejor nivel de respuestas y un mayor conocimiento de la (EVF). 3- Los enfermeros/as más expertos mostraron tener más conocimientos sobre (F), siendo el grupo con formación previa significativamente mayor en edad.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

AUTORES

SONIA GISPERT HERRERO¹; LA PUERTA BRAVO²; JE RIVERA ALBIOL³; SE FRADEJAS MOSCHINO⁴; AN CASQUERO GOMEZ⁵; MO ESCOBAR NAVARRO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL SOCIOSANITARIO MUTUAM GÜELL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La seguridad de los pacientes es un aspecto clave de la atención y un elemento básico para la calidad asistencial. Tenemos que partir de la concepción que los profesionales son falibles y tienen que ser los sistemas los que tienen que estar preparados para evitar la aparición de problemas de seguridad como pueden ser los errores de medicación.

Objetivos

El objetivo principal ha sido aumentar la seguridad en el manejo de la medicación en el hospital y disminuir los errores de medicación. Como objetivo secundario, realizar formación a los profesionales en temas de seguridad al paciente.

Material y métodos

Estudio descriptivo prospectivo comparativo llevado a cabo durante los años 2017-2018 en un hospital sociosanitario de 167 camas, gestionado por el Grupo Mutuam.

El proyecto se ha llevado a cabo en 3 fases. Una fase inicial de revisión de documentación disponible y análisis de los diferentes circuitos que comprenden los procesos de dispensación, preparación y administración de la medicación.

Una segunda fase (mayo-diciembre 2017) de recogida de datos utilizando los tres métodos de detección de errores de medicación (notificación voluntaria, revisión de historias clínicas y observación directa).

Al finalizar la segunda fase se implementaron una serie de acciones para mejorar la seguridad del paciente y finalmente en una tercera fase (mayo-diciembre 2018) se analizaron nuevamente los errores de medicación utilizando los tres métodos de detección para comprobar que las medidas implantadas habían sido efectivas.

Resultados

Los errores de medicación notificados de manera voluntaria durante la primera fase fueron 582 y durante la segunda fase 869. En cuanto a la clasificación del error observamos una reducción significativa de los errores de administración a paciente incorrecto, del 5.97% al 1.72%. Los resultados de la gravedad del error fueron también mejores en el segundo periodo ya que no se registró ningún error que llegara al paciente y que requiriera algún tipo de monitorización (gravedad D).

En la realización de las auditorías de las Historias Clínicas, uno de los aspectos que incluía el estudio era la trazabilidad entre la orden médica y el curso clínico, como resultado en el año 2017 se obtuvo un 78% de historias correctamente cumplimentadas y en el año 2018 un 80%.

En la observación directa, durante el proceso de preparación de la medicación por parte del equipo de enfermería en el año 2017 el 77.27% de la medicación preparada estaba correctamente identificada y en el año 2018 se consiguió llegar al 100%.

Conclusiones

- Se ha introducido la cultura de seguridad del paciente en el Hospital, estableciendo un ambiente no punitivo y fomentando el flujo de comunicación entre todos los profesionales
- Desarrollo del programa de notificación, análisis y prevención de los errores de medicación.
- Disminución significativa del número de errores de administración a paciente incorrecto.
- Creación de la Comisión de seguridad en el medicamento.

¿ES NECESARIA LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES EN CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES?

AUTORES

Pilar Baxarías Gascón¹; A Palomino Martínez²; L López Duesa³; D Ávila Alcántara⁴; E Martínez Camps⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Fundación Puigvert.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El 2009 se llevó a cabo una encuesta para conocer el nivel de conocimientos e interés de los profesionales respecto a la Cultura de la Seguridad de los Pacientes. Tras los resultados de la encuesta se inició la formación acerca del tema. Para realizar el seguimiento se decidió repetir la encuesta cada 5 años

Objetivos

1) Evaluar a) los conocimientos en calidad y seguridad de los profesionales b) su interés por el tema 2) Evaluar la percepción de los profesionales de a) la seguridad con la cual creen realizar su trabajo b) la seguridad que les proporcionan sus propios conocimientos para realizar su trabajo

Material y métodos

Previo pilotaje para su validación, se utilizó un cuestionario anónimo de tipo abierto y estructurado en 2 bloques A y B. El bloque A 10 preguntas, intenta averiguar si la metodología de la calidad está sistematizada en el trabajo diario. El bloque B 11 preguntas, pretende captar la percepción que tienen los profesionales del nivel de calidad con que llevan a cabo su trabajo

La recogida de datos se realiza cada 5 años en Mayo. El cuestionario lo responden los profesionales del staf durante una de las sesiones de su Servicio. Para mantener el anonimato de los servicios se identifican como A,B,C,D,E,F,G, y H Los resultados se analizan globalmente y por servicios comparándolos con los de los años anteriores. La formación comprende diversas acciones: sesiones generales, de servicio, formación veraniega a través de la intranet, concursos, talleres acreditados, campaña de la seguridad, etc

Resultados

Descriptivos

El nº de cuestionarios recogidos en el 2009, 2014 y 2019 fue de: 90, 96 y 105 respectivamente.

La participación global fue del 97,8% en el 2009, 81,36% en 2014 y del 82,6% en el 2019

La renovación global de la plantilla fue del 20% en 2014 y 40% en el 2019

1a) El conocimiento global de la metodología para evaluar la calidad y seguridad fue del 68% en el 2019 con un descenso del 20% respecto al 2014. Los Servicios A y F disminuyeron un 54 y 38% respectivamente, coincidiendo con los que más renovaron sus plantillas 48 y 44% respectivamente

1b) El interés de los profesionales por los temas de calidad durante el 2009, 2014 y 2019 fue del 65, 70 y 68% respectivamente. En el 2019 los Servicios G y H manifestaron un interés por el tema del 100%

2a) La percepción de los profesionales respecto a la seguridad de su trabajo con los pacientes en el 2009, 2014 y 2019 fue del 88, 80 y 72% respectivamente. En el 2019 el Servicio B registró el valor más bajo de todos los tiempos 52%

2b) La percepción de los profesionales acerca de la seguridad que sus conocimientos les proporcionan fue del 76% en el 2019, muy superior a la de los años anteriores. Los Servicios C, D, F y G aumentaron su percepción respecto al 2014 aunque sin recuperar el resultado obtenido en el 2009

Conclusiones

1) Es necesario realizar formación en calidad y seguridad periódicamente a los profesionales .

2) Los recambios generacionales en los servicios ocasionan cambios importantes en su nivel de conocimientos.

EL RETO DE LA VERIFICACIÓN DE FÁRMACOS EN QUIRONSAJUD

AUTORES

LORETO GARCÍA FERNANDEZ¹; I MARTINEZ RODRIGUEZ²; R NIETO MATE³; P GANDÚ ZORITA⁴.

CENTRO DE TRABAJO

OFICINA CORPORATIVA QUIRONSAJUD.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La implantación del sistema de verificación farmacéutica ha supuesto un reto en Quirónsalud. La entrada en vigor del Reglamento Delegado 2016/161, relativas a los dispositivos de seguridad de los envases de los medicamentos de uso humano, ha supuesto el diseño y desarrollo de una metodología específica que se ha implantado en todos los hospitales Quirónsalud. Esta legislación tiene como finalidad identificar y evitar la utilización de medicamentos que hayan podido ser manipulados o falsificados, defendiendo la seguridad de los pacientes.

Objetivos

Diseñar, desarrollar e implantar un sistema de verificación de fármacos en los hospitales Quirónsalud de España dando cumplimiento a la legislación vigente y con el reto de tenerlo implantado y en funcionamiento el día de su entrada en vigor, 9 de febrero de 2019. Esto ha supuesto, mantener la coordinación con todos los estamentos implicados: fabricantes de medicación, Servicio Estatal de Verificación Farmacéutica y Agencia Estatal del Medicamento y Producto Sanitario.

Material y métodos

Se creó un grupo multidisciplinar en el que se ha contado con los responsables de compras y almacenes, calidad, departamento legal y sistemas informáticos, con colaboración de los farmacéuticos del grupo. Cada responsable se ha focalizado en una función establecida, comunicando periódicamente al grupo de trabajo su progreso y reaccionando ágilmente al avance del proyecto.

Los hitos que se han ido superando han sido el análisis de la legislación, revisión de los dispositivos de seguridad, selección de los equipos de lectura necesarios, desarrollo de un software propio (VFARM) para lectura y envío de información al SEVEM, distribución y formación de los responsables de recepción de medicamentos en los hospitales y creación de un procedimiento de actuación con respecto a los medicamentos válidos para dispensación y aquellos que puedan generar sospecha de manipulación o fraude.

Resultados

La implantación del sistema de verificación farmacéutica ha sido exitosa. Se realiza revisión visual de los precintos físicos presentes en los medicamentos y se ha creado un software con conexión directa a SEVEM que cumple la lectura de los códigos impresos por los fabricantes.

Se están leyendo diariamente los códigos de todos los medicamentos y se comunican con SEVEM para verificarlos y revisar la legalidad de los medicamentos.

Conclusiones

El buen desempeño del proyecto se ha debido a la comunicación entre todas las partes implicadas no solo dentro de Quirónsalud sino también con las reuniones y comunicaciones con estamentos externos.

Este sistema nos permite cumplir la legislación y además identificar medicamentos con sospecha de manipulación o fraude y su comunicación tanto con fabricantes como con SEVEM para estudiar cada caso.

Se nos ha abierto una posibilidad de aumentar la utilidad de esta metodología para aprovechar funcionalidades logísticas y de control de las entradas en los almacenes hospitalarios.

PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y REDUCCIÓN DEL DELIRIO EN LA UCI MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS PACIENTES

AUTORES

MARIA DEL CARMEN PAZOS JARDON¹; R CABADAS AVIÓN²; MA MUÑOZ MELLA³.

CENTRO DE TRABAJO
HOSPITAL POVISA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

EL DELIRIO es un trastorno frecuente en la UCI. Su incidencia llega a alcanzar el 80% pero es una entidad infradiagnosticada. Los profesionales mantienen una lucha diaria por la vida de los pacientes, priorizando el cuidado de aquellos elementos que la ponen en riesgo. Este enfoque "fisiológico" descuida el aspecto 'psicológico'. Es una obligación de los profesionales mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, preocupándonos por su bienestar y situándolo al nivel de importancia del cuidado 'fisiológico'. Este proyecto se ha desarrollado para el control de factores cuya implicación en el delirio está demostrada.

Objetivos

Obj. primario: aumentar la seguridad de los pacientes reduciendo la incidencia de delirio en UCI con el control de los factores desencadenantes.

Obj. secundarios: mejorar la calidad de vida de todos los pacientes en base a la reducción de la incidencia del dolor, a una movilización precoz y a un adecuado bienestar durante su estancia.

Material y métodos

Se diseña un proyecto multidisciplinar en el que participan equipos de la UCI y servicios de apoyo. Va dirigido a todos los pacientes ingresados en la UCI aunque no tengan factores de riesgo ni desarrollen delirio durante su ingreso.

Se diseñan proyectos individualizados en cada una de las áreas de actuación:

1. Identificación de pacientes con delirio.
2. Prevención del delirio en pacientes de alto riesgo.
3. Monitorización del delirio.
4. Control del Dolor y pautas analgésicas.
5. Implementación de sedación dinámica.
6. Favorecer la movilidad de los pacientes.
7. Respeto a los Ciclos Sueño-Vigilia.
8. Orientación y conexión con el entorno.
9. Encuesta de satisfacción al alta al paciente y/o familia.

Resultados

Se incluyen en el proyecto 1318 pacientes de junio de 2017 hasta febrero de 2019. De ellos, 169 han desarrollado delirio, lo que supone una incidencia del 12,82%.

- 1: Descenso progresivo en la tasa de incidencia de delirio desde la implementación del proyecto en relación con la influencia de las medidas implantadas.
- 2: La incidencia de dolor severo es muy baja al tratarse de una unidad que busca activamente el dolor y que establece como protocolo que el paciente ingresado deberá tener pautados fármacos analgésicos (exigiendo justificación escrita en la historia clínica si el médico considera que la pauta de dichos fármacos no es necesaria).
- 3: Incidencia de pacientes con nivel de sedación inadecuada. El protocolo de sedación dinámica nos permite mantener al paciente en los niveles de sedación pautados en cada momento.
- 4: La tasa de pacientes con CMEC se reduce logrando tasas menores del 7% a partir del 6º mes.
- 5: CMEC ajustada a protocolo: busca valorar rigurosamente los pacientes con indicación de CMEC.
- 6: La valoración del grado de satisfacción a través de la encuesta al alta nos indica una excelente opinión de nuestros pacientes hacia el trabajo implementado.

Conclusiones

El abordaje multidisciplinar con proyectos en cada una de las áreas de actuación obtiene una reducción muy significativa del DELIRIO en nuestra UCI.

RADIODIAGNÓSTICO Y CULTURA DE SEGURIDAD, ¿UN MATRIMONIO IMPOSIBLE?

AUTORES

María Centeno Regueira¹; FM Tardáguila Montero²; V Quintela Porro³; MA García Abreu⁴; MA Muñoz Mella⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Povisa.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los servicios de radiología han quedado tradicionalmente al margen de la política de Gestión de Riesgos. Sin embargo, son servicios donde acude un gran número de pacientes/día en condiciones clínicas muy diversas, que confluyen en un mismo lugar para realizar pruebas muy diferentes. Esta complejidad justifica la implantación de un sistema de control de riesgos.

Objetivos

Diseñar, implantar y evaluar los beneficios para la seguridad de los pacientes con la introducción de una política de gestión de riesgos en el servicio de Radiología.

Material y métodos

Se pone en marcha una comisión de Riesgos formada por representantes de todos los estamentos del servicio.

Se inicia un registro de incidentes y se comienza una política proactiva de comunicación de efectos adversos mediante SiNASP.

El abordaje del riesgo clínico se realiza desde una doble perspectiva, una proactiva poniendo barreras que impidan la ocurrencia de incidentes y otra reactiva como respuesta a incidentes ocurridos.

Identificamos, mediante la herramienta AMFE, un total de 35 riesgos potenciales que pueden ocurrir desde la solicitud de una prueba hasta la emisión de un informe.

Con este Mapa de Riesgos se calcularon los IPR de cada uno de ellos. De estos se seleccionaron ocho por tener un IPR más elevado, en función de presentar mayor probabilidad, gravedad o detectabilidad.

Simultáneamente se pone en marcha un plan de formación en Control de Riesgos dirigido a todos los profesionales del servicio.

Resultados

Evaluación Reactiva: Durante un periodo de 1 año se registraron 64 SiNASP, de los cuales el 79% llegaron al paciente produciendo algún daño el 7%. Se llevaron a cabo dos análisis Causa-Raíz (ACR) con implantación de acciones correctoras de carácter urgente.

Evaluación Proactiva: De los riesgos seleccionados se introdujeron 38 acciones de mejora, de las cuales se implantaron 31.

Tras la implantación se reponderaron los riesgos y se calculó de nuevo los IPR que pasaron de 1830 a 1015 puntos (disminución de 815 puntos). Con lo que la probabilidad de un evento adverso asociado a los nueve riesgos descritos se redujo un 44,5%.

Conclusiones

La implantación de un programa de gestión de riesgos en un servicio de radiodiagnóstico es fundamental para reducir los incidentes. La formación de un equipo multidisciplinar con representación de todos los estamentos del Servicio es básico para poder implantar una cultura de seguridad que incluya a todos los trabajadores.

Un programa de gestión de riesgos supone un esfuerzo sobreañadido a nuestra práctica habitual. Sin embargo, los resultados muestran un claro beneficio para

los pacientes, que justifica este trabajo adicional.

La aplicabilidad de nuestro método a cualquier otro servicio de radiodiagnóstico es total.

Un programa de gestión de riesgos no es solo un producto de los trabajadores del servicio de Radiología, es también necesario una implicación multidisciplinar con la colaboración de otros servicios, sobre todo los departamento de Calidad e Informática del hospital.

RELACIÓN ENTRE CULTURA DE SEGURIDAD, ANTIGÜEDAD LABORAL Y NOTIFICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

AUTORES

Sònia Jiménez Hernández¹; A Antolín Santaliestra²; MJ Bertran Luengo³; M Perea Gainza⁴; D Ciurana Reyes⁵; E Bragulat Baur⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Área de Urgencias. Hospital Clínic¹; Área de Urgencias. Hospital Clínic²; Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínic³; Área de Urgencias. Hospital Clínic⁴; Área de Urgencias. Hospital Clínic⁵; Área de Urgencias. Hospital Clínic⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La evaluación de la cultura de seguridad del paciente (SP) es necesaria para comprender actitudes y comportamientos de los profesionales en relación con la SP. Sin embargo, hay que tener en cuenta la interacción entre factores organizacionales e individuales para una mejor comprensión de las dinámicas de equipo y las actitudes individuales en relación con la cultura de SP.

Objetivos

Analizar la asociación entre la valoración del grado de SP, la antigüedad laboral en la organización y la participación en la notificación, en un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

Material y métodos

Estudio comparativo mediante la encuesta autocumplimentada Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al castellano. La encuesta informa sobre la percepción relativa a 12 dimensiones de la cultura de SP y se distribuyó la última semana de noviembre de 2018. El análisis se ha realizado según la metodología AHRQ. Además, se han descrito las características sociodemográficas de los encuestados y se ha realizado un análisis comparativo en función del número de notificaciones realizadas por el profesional durante el año anterior y su antigüedad en la organización.

Resultados

Se obtuvieron 149 encuestas, recogiendo información sobre la antigüedad en la organización en 99: 55 (55,5%) más de 5 años y 44 (44,5%) menos de 5 años. Los profesionales con mayor antigüedad con más frecuencia habían realizado alguna notificación durante el último año (50,0 vs 21,2, $p=0,001$) y habían realizado más de 5 notificaciones (14,3 vs 2,0, $p=0,024$). La puntuación del clima de SP fue inferior entre los profesionales de mayor antigüedad: 6,32 +/- 1,7 vs 7,21 +/- 1,2, $p < 0,005$. La Percepción global de seguridad y Las acciones de supervisión, fueron una debilidad en el grupo de profesionales de mayor antigüedad. Trabajo en equipo en la unidad, fue una fortaleza en el grupo de profesionales de menor antigüedad. Entre los profesionales de mayor antigüedad fueron varias las dimensiones con mayor porcentaje de respuestas negativas: Percepción global de seguridad (54 vs 34,1, $p < 0,0005$), Apoyo de la gerencia del hospital en la SP (38,1 vs 24,5, $p < 0,005$), Dotación de personal (75,6 vs 65,9, $p = 0,01$), Trabajo en equipo entre unidades (45,4 vs 25, $p < 0,0005$) y Trabajo en equipo en la unidad (24,4 vs 12,5, $p=0,0005$). Entre los trabajadores de menor antigüedad la dimensión con mayor porcentaje de respuestas negativas fue Franqueza en la comunicación (27,5 vs 13,5, $p < 0,0005$).

Conclusiones

Los profesionales con mayor antigüedad en nuestra organización perciben un peor clima de SP y son más críticos en relación con diferentes aspectos y dimensiones de la cultura de SP. Sin embargo, a la vez, son los profesionales que más notifican. Esto parece indicar que los profesionales de nuestra organización se vuelven más críticos, pero también más implicados con todo aquello que atañe a la SP.

VARIACIÓN TEMPORAL EN LAS DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

AUTORES

Sònia Hernández¹; A Antolín Santaliestra²; E García Nogueira³; I Cordero Torres⁴; A García Pavesio⁵; Y Arce Llavadies⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Área de Urgencias. Hospital Clínic

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La cultura de seguridad del paciente (SP) de los profesionales de una organización, es un elemento fundamental en las prácticas encaminadas a mejorar la calidad asistencial. Además, su evaluación y la comunicación de resultados es un objetivo específico dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.

Objetivos

Analizar los cambios que han tenido lugar en la percepción de las diferentes dimensiones de la cultura de SP entre los profesionales de un servicio de urgencias a lo largo de la última década.

Material y métodos

Estudio comparativo mediante la encuesta autocumplimentada Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano. La encuesta se distribuyó en cuatro momentos: noviembre 2009, noviembre de 2012, diciembre de 2015 y noviembre de 2018. La encuesta informa sobre la percepción en 12 dimensiones. El análisis se ha realizado según la metodología AHRQ: RESPUESTAS POSITIVAS (porcentaje de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo y respuestas negativas a preguntas en negativo) y RESPUESTAS NEGATIVAS (respuestas negativas a preguntas en positivo y respuestas positivas a preguntas en negativo) que se han traducido a porcentajes por cada pregunta, teniendo en cuenta el número total de respuestas para cada pregunta. Se han establecido los porcentajes de respuestas positivas y negativas para las 12 dimensiones que se configuran mediante la agrupación (sumatorio) de todas las preguntas que configuran una dimensión. Se definió FORTALEZA aquella dimensión con más de un 75% de respuestas positivas y DEBILIDAD (o posibilidad de mejora) aquella con más de un 50% de respuestas negativas.

Resultados

Realización de 571 encuestas. Las características de los profesionales encuestados son comparables socio-profesionalmente, con excepción de la antigüedad, ya que en el último periodo se registraron más profesionales con más de 5 años de antigüedad en la organización. Todas las dimensiones aumentaron en respuestas positivas, significativamente. "Trabajo en equipo en la unidad" casi consigue la definición de fortaleza (68.9%, 66.8%, 69.5%, 70%). "Percepción global de seguridad" volvió a ser casi una debilidad en el último periodo (55.7%, 44.1% y 32%, 46%, $p < 0,0001$). "Dotación de personal" (53%, 56.8%, 63%, 71%), fue debilidad en los cuatro. La calificación global de seguridad mejoró (4.9 +/- 0.13 vs 6.2 +/- 0.12 vs 6.5 +/- 0.16, 6.7 +/- 1.5, $p < 0,0001$). El 50% de profesionales puntuaron el nivel de seguridad por encima de 5.5 en 2009, de 6.5 en 2012 y 7 en 2015 y 2018.

Conclusiones

La cultura de SP en nuestra organización ha presentado variaciones a lo largo del tiempo en diferentes dimensiones. Sin embargo, algunas de ellas se mantienen como fortalezas (trabajo en equipo en la unidad) o debilidades (dotación de personal). Estos cambios permitirán elaborar estrategias específicas con el objetivo de mejorar la SP en nuestra organización.

APLICACIÓN DE LA MATRIZ DE RIESGOS EN EL PROCESO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.

AUTORES

JAUME MOLERO SAVALL¹; S MARIN²; A ROSELLÓ³; D JURADO⁴; G GRUPO DE TRABAJO DE DETERMINACIÓN DE RIESGOS (MARR)⁵; A VIDAL MILLA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La norma ISO 9001:2015 establece que la organización debe determinar los riesgos y oportunidades que a abordar al planificar el sistema de gestión de la calidad, integrándolas en sus procesos y evaluando su eficacia. Por otra parte la Directiva 2013/59/EURATOM requiere para las prácticas radioterapéuticas que el preceptivo programa de garantía de calidad incluya un estudio del riesgo del proceso asistencial.

Objetivos

Establecer el perfil de riesgo asociado al proceso radioterapéutico: posibles sucesos iniciadores, barreras establecidas y los reductores de probabilidad y gravedad incorporados. Clasificar el nivel de estos riesgos en las diferentes etapas de proceso. Establecer la priorización de los riesgos a afrontar mediante acciones de mejora. Compartir el análisis de los diferentes centros homólogos de la Institución para enriquecer y armonizar las acciones a emprender.

Material y métodos

Se ha aplicado la metodología de la matriz de riesgos, recomendada por las sociedades científicas y organismos implicados. Tiene origen en el proyecto MARR adaptado a las características de la práctica del tratamiento oncológico con aceleradores lineales: un modelo de 11 etapas con 125 sucesos iniciadores, 101 barreras, 48 reductores de frecuencia y 30 reductores de consecuencias. Proporciona el perfil de riesgo en 4 niveles: muy alto (RMA), alto (RA), medio (RM) y bajo (RB). Ofrece la comparación con un perfil genérico de referencia y prioriza las acciones a emprender. La determinación se realizó en cada centro mediante un equipo multidisciplinar y los resultados y el análisis se puso en común entre los diferentes centros de la Institución.

Resultados

Para la práctica asistencial de tratamiento con acelerador lineal se abarcó desde la prescripción del tratamiento, planificación, dosimetría clínica, puesta en tratamiento, aceptación, mantenimiento y control de calidad de los equipos. En el conjunto de la Institución se han analizado 341 sucesos iniciadores y se ha determinado que, con los controles actuales, el 56% representan un RB y el 43% RM, un 1% (4 sucesos) representan un RA, no estableciéndose ningún RMA. El 25% de los sucesos considerados corresponden a la aceptación y puesta en servicio del equipo de irradiación, 25% a la ejecución del tratamiento diario y 10% al inicio y posicionamiento para el tratamiento diario y la adquisición de los datos anatómicos del paciente, el resto se distribuye entre las otras etapas.

Conclusiones

Se ha establecido el perfil de riesgo del proceso asistencial de oncología radioterápica en nuestra Institución. Las actividades desarrolladas suponen un nivel de riesgo medio y bajo. Los resultados, comparables con la referencia, implican una práctica asistencial segura. Han sido detectados pocos sucesos iniciadores de riesgo alto para los que se han establecido e implantado acciones de mejora para su control. La visión corporativa y transversal del análisis ha permitido compartir, consensuar y estandarizar elementos de control y seguridad de aplicación en los diferentes centros.

FOTOSENSIBILIDAD POR MEDICAMENTOS, UN PASO PARA LA PREVENCIÓN

AUTORES

V LERMA-GAUDE¹; I PÉREZ-ALPUENTE².

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE¹

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La prevención de reacciones de fotosensibilidad inducidas por medicamentos requiere informar y sensibilizar a los pacientes sobre ello. La gran cantidad de medicamentos implicados y la constante comercialización de nuevos medicamentos dificultan el conocimiento actualizado. Por ello, se hace necesario disponer de una herramienta que permita conocer con rapidez y agilidad los medicamentos que pueden causar reacciones de fotosensibilidad, así como las medidas de prevención.

Objetivos

Identificar los medicamentos y principios activos (PA) relacionados con reacciones de fotosensibilidad y establecer recomendaciones para su prevención.

Material y métodos

Ámbito: hospital tercer nivel. Se identificaron los medicamentos de dispensación hospitalaria a pacientes no ingresados que incluyen la fotosensibilidad en el apartado "Reacciones adversas" de su ficha técnica (FT). Se revisaron los envases de los medicamentos para identificar aquellos que incluyen el pictograma de fotosensibilidad. Se revisaron las recomendaciones para la prevención: específicas y generales, en FT y en Pub Med. Variables estudiadas: nº y proporción de medicamentos fotosensibilizantes, nº y proporción de PA fotosensibilizantes, distribución de PA fotosensibilizantes por frecuencia de aparición (muy frecuente: $\geq 1/10$, frecuente: entre 1/10 y 1/100, poco frecuente: entre 1/100 y 1/1.000, rara: entre 1/1.000 y 1/10.000 y frecuencia desconocida), nº de medicamentos con pictograma de fotosensibilidad. En una segunda fase se identificaron aquellos otros PA que no son de dispensación hospitalaria y que incluyen la fotosensibilidad como reacción adversa (FT, IBM Micromedex[®]). Análisis estadístico: Minitab 16.

Resultados

Se revisaron las fichas técnicas de 285 medicamentos de dispensación hospitalaria que incluyeron 157 PA. Se identificaron 55 (19,3%) medicamentos fotosensibilizantes, que correspondían a 29 PA (18,5%). La distribución de PA por frecuencia de aparición fue de 17,2% muy frecuente, 27,6% frecuente, 34,5% poco frecuente, 6,9% rara y 13,8% frecuencia desconocida. En cuanto a las recomendaciones de prevención sólo se ha identificado una específica, con alectinib evitar exposición prolongada al sol al menos 7 días después de suspender el tratamiento. El resto de recomendaciones halladas han sido generales. El pictograma de fotosensibilidad en el envase sólo se identificó en un medicamento. En la segunda fase del estudio se han identificado un total de 152 PA que pueden producir fotosensibilidad.

Conclusiones

Se ha obtenido una revisión actualizada de medicamentos y PA que pueden causar reacciones de fotosensibilidad y de recomendaciones para su prevención. Consideramos que debido al importante nº de medicamentos identificados, nos puede ayudar para informar y sensibilizar a los pacientes. La ausencia del pictograma de fotosensibilidad en los envases, que dejó de ser obligatorio con Real Decreto 686/2013 entendemos que no contribuye a la prevención.

EL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RIESGOS EN UN PROCESO ASISTENCIAL

AUTORES

JAUME MOLERO SAVALL¹; JE DELGADO²; S FLAQUER³; A VELASCO⁴; G GRUPO DE TRABAJO DE DETERMINACIÓN DE RIESGOS (AMFE)⁵; A VIDAL MILLA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las unidades asistenciales de oncología radioterápica de nuestra Institución poseen la certificación de calidad según la norma ISO 9001:2015. De acuerdo a la norma, el sistema de gestión de la calidad debe incorporar la determinación de los riesgos asociados al proceso y la planificación de las acciones a emprender para afrontarlos.

Objetivos

Abordar el análisis de los riesgos asociados al proceso asistencial de oncología radioterápica en las áreas correspondientes a actividades de enfermería y de gestión de pacientes. Priorizar los sucesos que requieren el establecimiento de acciones de mejora y establecer un plan de control del proceso. Compartir el análisis de los diferentes centros de la Institución y extender sus conclusiones.

Material y métodos

El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) es un método bien establecido para la determinación de riesgos y para prevenir y/o minimizar errores. Formando parte del sistema de gestión de la calidad de nuestra Institución, este método semi-cuantitativo se ha utilizado para cuantificar el riesgo y priorizar las acciones a emprender. Para su aplicación, se han formado sendos grupos de trabajo en cada centro pertenecientes a las áreas de enfermería y de gestión de pacientes. Tras una sesión de formación específica, se han analizado las actividades desarrolladas en estas áreas y los fallos potenciales se han definido a partir de las ideas aportadas por los profesionales. Para cada fallo potencial se ha evaluado el Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) mediante la multiplicación de los factores de Gravedad (G), Ocurrencia (O) y Detección (D). La determinación se realizó en cada centro y los resultados y análisis se extendieron corporativamente.

Resultados

Se han sometido a consideración 6 actividades de enfermería y 10 actividades de gestión de pacientes. Se han identificado 30 modos de fallo potenciales, en el área de enfermería y 25 en la de gestión de pacientes. La determinación de riesgos se ha introducido en la aplicación corporativa desarrollada para el registro y seguimiento de las acciones de mejora en la que se definen las tablas de valoración de los factores G, O y D y el nivel de prioridad para establecer acciones. Se han establecido 12 y 15 nuevas acciones, respectivamente, para minimizar el riesgo. Para cada acción se ha fijado un responsable y se ha establecido un plazo para la evaluación de su eficacia.

Conclusiones

La metodología AMFE ha permitido determinar los riesgos de los procesos de enfermería y gestión de pacientes y priorizar acciones de mejora para afrontar los más destacados. El ejercicio de análisis ha supuesto una revisión de los controles establecidos y la validación de la seguridad de la actividad asistencial de oncología radioterápica. La implicación de los profesionales en su desarrollo ha significado la toma de conciencia acerca de la seguridad del paciente y sus responsabilidades.

INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

AUTORES

Àngels Larrabeiti Castillo¹; A Ibañez Jimenez²; J Villar Marqués³; X Garcia Balda⁴; M Arbide Quinteros⁵; T Valencia Garcia⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Atención Primaria de Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà¹; CAP Torroella de Montgrí²; CAP La Bisbal d'Empordà³; Hospital Palamós⁴; CAP Palafrugell⁵; CAP La Bisbal d'Empordà⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La empresa se une en 2006 a la alianza de la Seguridad de Pacientes (SdP). En 2009 hospital y sociosanitario crean el Núcleo de Seguridad (NdS), activación de indicadores, implantación de protocolos, consolidación de líneas colaborativas de la OMS, activación Sistema de notificación de efectos adversos y el estudio casos centinelas. En 2012 se consolida el proyecto estableciendo objetivos y plan de mejora.

En el Cuadro de mandos aparece los indicadores de SdP, visibles a los profesionales. En 2015 se inicia la formación de SdP en los profesionales de las 4 Áreas Básicas de Salud (ABS) de atención primaria (AP). La higiene de manos y la esterilización son las primeras líneas a trabajar, así como el plan de formación a las nuevas incorporaciones de cualquier colectivo, consiste en sesiones formativas, cursos virtuales y presenciales.

La SdP también es responsabilidad de l'AP.

Objetivos

General:

- Fomentar la SdP en la AP (profesionales y población)

Específicos:

- Crear un grupo de referentes en SdP de las 4 ABS
- Realizar formación continuada en SdP a los profesionales de AP
- Establecer medidas necesarias para prevenir errores
- Incluir en el Cuadro de Mandos los indicadores de SdP de la AP

Material y métodos

Creado un grupo multidisciplinar:

- representantes (médicos y enfermeras) de cada ABS: gestores de las notificaciones (TPSC Cloud)
- director ABS, miembro del NdS: recoge las incidencias del carro de paros y mochilas de urgencias
- enfermera adjunta de AP: aporta la información de higiene de manos y las incidencias de esterilización
- referente de calidad: realiza la gestión de la formación y elabora cuadro de mandos
- administrativa: realiza las actas y colabora en el proceso de trabajo del grupo

Determinados indicadores:

- higiene de manos: litros de solución alcohólica consumidos
- esterilización: incidencias de material, personal y mantenimiento
- carro de paros y mochilas: nº de candado, de no revisión de la hoja de check-list y de caducidad de material y medicamentos
- TPSC Cloud: nº de notificaciones

Se realizan reuniones cada dos meses para revisión notificaciones TPSC Cloud. Informes de resultados cada tres meses y cada miembro elabora informes de seguimiento con los referentes del tema.

Se realizan sesiones informativas a las ABS

El miembro de AP en el NdS y el referente de calidad gestionan la resolución de incidencias transversales con los otros niveles asistenciales

El Cuadro de Mandos es visible a todo profesional y se actualiza cada tres meses

Resultados

- Creado Cuadro de Mandos de SdP en AP
- Establecida dinámica de reuniones
- Se trabajan incidencias con otros niveles asistenciales.
- Se ha hecho formación de higiene de manos a la población
- Detrás de cada línea estratégica hay un grupo de referentes formados y motivados

Conclusiones

- Se ha instaurado la cultura de SdP en la AP.
- Crear grupo de referentes ha sido determinante para el proyecto
- Notificar incidentes es la línea más compleja y de difícil cumplimiento
- Queda mucho por hacer. y ser consciente es ya una mejora

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PRESCRIPCIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

AUTORES

Angélica Pocino Campayo¹; A Andreu Crespo²; M Ballester Roca³; L Garcia Gimenez⁴; F Sala Piñol⁵; L Vilaró Jaques⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Germans Trias i Pujol

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La prescripción incorrecta de medicamentos es fuente de errores de medicación. La subcomisión de prevención de errores de medicación del hospital, a partir del análisis de los errores notificados, detectó que la causa más frecuente son los errores de prescripción. Éstos se producen, en muchos casos por desconocimiento del programa de prescripción electrónica y de su impacto en la administración de medicación.

Objetivos

1. Analizar los errores notificados en el sistema de notificación voluntaria del Servicio de Farmacia.
2. Elaborar e implementar una guía para la prescripción segura de medicamentos, destinada a los médicos y residentes de las diferentes especialidades.
3. Realizar un estudio piloto para verificar la comprensión de la guía antes de su implementación.

Material y métodos

Se analizaron los errores de prescripción notificados en la base de datos del Servicio de Farmacia en 2018 clasificándolos en dos grupos: errores que llegan al paciente y los que no. Se analizaron únicamente aquellos que llegan al paciente, la gravedad del daño según la clasificación del Instituto para el uso seguro del medicamento y la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, y el motivo de error.

Tomando como modelo la guía inglesa Supporting junior doctors in safe prescribing del Royal College of Physicians, un equipo multidisciplinario diseñó una guía de prescripción segura con 5 capítulos: horarios, vías de administración, dosis, transiciones asistenciales, situaciones especiales y otros.

Se realizó un estudio piloto con 10 residentes de diferentes años y especialidades seleccionados aleatoriamente. Antes y después de conocer y leer la guía se les realizó un test con 32 preguntas sobre como prescribir y se compararon los resultados. Se calculó el porcentaje de mejora y sus aportaciones se incorporaron a la guía.

La estrategia de difusión consistió en: correos a las direcciones asistenciales y mandos intermedios, noticia en la intranet del hospital, posters informativos en los servicios prescriptores y formación a residentes y profesionales de nueva incorporación.

Resultados

El 77,6 % (n 163) de los errores de medicación notificados eran de prescripción. El 41,7% (n 68) llegaron al paciente. El error no causó daño en el 95,5% de los casos (n 65), y en el 4,5% (n 3) el error causó daño temporal al paciente y precisó tratamiento o intervención. Ninguno tuvo consecuencias fatales.

Se redactó la Guía, creando un código QR para su descarga en dispositivos móviles.

En la prueba piloto de conocimientos el porcentaje de mejora fue del 12%. Los mejores resultados (entre 50%-80% de mejora) se obtuvieron en conceptos de horarios y dosis.

Conclusiones

La Guía de prescripción segura facilitará la mejora de la prescripción en todas las áreas del hospital y permitirá, en un futuro, reducir el número de errores relacionados con la prescripción favoreciendo la seguridad del paciente. Los comentarios de mejora detectados en la redacción de la guía se trasladarán a los gestores del programa.

SEGURIDAD TAMBIÉN EN LA TECNOLOGÍA

AUTORES

Albert Alum Bou¹; M Figa Martel²; F German Rebull³; L Juana Mas⁴; J Puigvert Marine⁵; M Torres Berrocal⁶.

CENTRO DE TRABAJO

DAP Girona¹; UTIC Girona²; DAP Girona³; Infraestructuras⁴; DEF Girona⁵; DAP Girona⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El uso de equipamiento de electromedicina para el diagnóstico y seguimiento en la atención de nuestros pacientes se ha generalizado. Des de la Dirección de Atención Primaria debemos garantizar que todos los centros dispongan de los aparatos necesarios, que éstos funcionen adecuadamente y que los resultados que nos den sean fiables. Para ello hemos desarrollado una aplicación desde la que se pueden gestionar de manera colaborativa entre diferentes departamentos los activos de electromedicina.

Objetivos

Mejora de la calidad asistencial y seguridad de los pacientes y profesionales.

Gestión eficiente de los activos de electromedicina.

Gestión de las certificaciones bajo los criterios ECRI de los activos.

Poder valorar las necesidades para hacer una planificación de compras de manera equitativa.

Material y métodos

A finales del año 2016 se desarrolla una aplicación informática en la que trabajan de forma colaborativa la dirección económico financiera, el departamento de infraestructuras, la empresa de mantenimiento y los responsables de cada centro de atención primaria. Con esta aplicación se centralizan los datos en un único inventario, descentralizando la información de cada uno de los equipos de atención primaria, para que estos puedan gestionar sus activos eficientemente.

La información queda organizada en la aplicación de forma que cada equipo puede visualizar el listado de material que consta inventariado en los diferentes centros con nº de activo fijo, nº de inventario, descripción del aparato, marca, modelo y nº de serie. También se puede asignar la ubicación se pueden insertar fotos del aparato. El aplicativo permite la creación de una etiqueta identificativa en la que sale el nº de activo, la descripción del material y el nº de serie.

Durante el año 2017 se revisa sistemáticamente el inventario de electromedicina para actualizar el registro existente y en enero de 2018 se implementa el uso de la nueva aplicación. Disponemos de un registro informatizado de todas las intervenciones (correctivas o preventivas) que se realizan en cada uno de los activos, con un sistema de notificaciones que permite comunicar altas, bajas o modificación de datos en el caso de que se detecte algún error en el activo.

Resultados

Durante 4 años el indicador de calidad relacionado con la certificación de los aparatos de electromedicina había sido considerado “no evaluable” debido a que se desconocía el denominador exacto de cada centro. El año 2018 hemos podido evaluarlo en todos y cada uno de los centros de salud.

Conclusiones

Aunque es una aplicación dinámica, en la que estamos incorporando mejoras, todos los actores que intervienen en este aplicativo han manifestado gran satisfacción con el uso y el resultado obtenido. Gracias a esta aplicación podemos realizar una atención más segura a nuestros pacientes.

Aunque ha supuesto una mejora de la información y la comunicación entre departamentos, todavía no está desarrollada del todo la potencialidad de la herramienta.

BENCHMARKING ESTRATÉGICO APLICADO A LA GESTIÓN DE RIESGOS

AUTORES

Nuria Marañón Hermoso¹; I Martínez Rodríguez²; L García Fernández³.

CENTRO DE TRABAJO

Oficinas Corporativas Quirónsalud.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Reducir la variación en el rendimiento y los resultados a través del benchmarking y la estandarización de las mejores prácticas es una de las prioridades del World Economic Forum. Porter, apunta que para construir una ventaja competitiva las actividades de la empresa deben alinearse con su estrategia. Ambas reflexiones definen el Benchmarking estratégico: proceso para la decisión de las mejores prácticas en relación con las estrategias para alcanzar los objetivos organizacionales.

Quirónsalud, con 45 hospitales e integrado con el Grupo Helios, con 87, constituye el marco perfecto para realizar un benchmarking estratégico para una mejor gestión de los riesgos

Objetivos

Evaluar el grado de cumplimiento de las líneas estratégicas de la Estrategia de Seguridad del Paciente

Identificar desviaciones respecto a las metas establecidas en la estrategia y adoptar medidas

Permitir benchmarking interno y externo entre hospitales

Difundir y estandarizar las mejores prácticas

Material y métodos

Para crear la Estrategia de Seguridad del Paciente se analiza el contexto de la organización mediante un DAFO. Se identifican 17 riesgos, en los que se basan los objetivos e indicadores corporativos.

Se definen los indicadores, incluidos los basados en el CMBD y los EIQI's, que son la adaptación nacional del sistema de medición del Grupo Helios.

En 2016 se inicia la implantación de estos objetivos, la recogida de datos automatizada integrándose en un cuadro de mandos único. Anualmente, la Dirección Corporativa plantea los objetivos para el próximo ejercicio y acuerda con cada hospital las áreas prioritarias de mejora. Trimestralmente se realiza un benchmarking de los resultados: comparación del resultado de un indicador con la meta establecida por centro y con el estándar del Grupo.

Resultados

Los resultados positivos en los indicadores de Seguridad del Paciente de los últimos años revelan el avance conseguido en la implantación de un cuadro de mando integral.

Desde 2016 se abordan proyectos corporativos con un impacto positivo. Los porcentajes de abordaje y cumplimiento de los indicadores han experimentado un crecimiento progresivo: en 2017 un 86,7% y un 73,2% respectivamente; en 2018 un 88% y un 75%.

Ejemplos de % de abordaje 2018:

Evaluar riesgo de caída pacientes hospitalizados >82%

% LVQs en cirugía programada >97%

% pacientes ingresados con registro de 5ª constante > 95%

% intervenciones por fractura de cadera a las 48h tras ingreso >90%

Conclusiones

Un cuadro de mando único permite analizar los indicadores en diferentes escalas temporales y visualizar su evolución/desempeño.

Establece análisis comparados entre hospitales identificando buenas prácticas.

Los hospitales perciben el benchmarking como un método para evidenciar el trabajo realizado, promover el compromiso con la Estrategia y vencer la resistencia al cambio.

El benchmarking estratégico mejora la eficacia en la gestión de riesgos e introduce la competencia, que es la mayor fuerza para que nuestro Sistema Sanitario minimice los riesgos e impulse mejoras en la calidad.

IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS

AUTORES

CONSUELO GARCIA TORMO¹; JC MARTIN SANTOS²; E SALAZAR BERNAL³; R ARAGONES MANZANARES⁴; JC GAVILAN CARRASCO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Implantación de un sistema de Alerta Temprana (AT) para detectar precozmente signos de deterioro fisiológico, estandarizar la respuesta y anticiparnos a la aparición de eventos críticos.

Objetivos

1. Proporcionar una herramienta estandarizada, para la evaluación de los signos fisiológicos del paciente, puntuando los resultados obtenidos y clasificando su situación clínica en una determinada categoría.
2. Establecer la frecuencia de observación según la puntuación obtenida.
3. Establecer sistema de comunicación con el equipo médico.
4. Establecer criterios de exclusión.
5. Evaluación.

Material y métodos

Se creó un grupo de trabajo con personal de las especialidades de Urgencias, Intensivos y M. Interna.

Se establecieron los parámetros fisiológicos a monitorizar:

- Frecuencia respiratoria.
- Frecuencia cardíaca.
- Tensión arterial.
- Temperatura.
- Saturación Oxígeno.
- Estado de consciencia.
- Necesidad de Oxígeno

Se estableció la puntuación para cada parámetro, indicativo de la magnitud de la alteración fisiológica, y se diseñó la herramienta para el registro y cálculo de la puntuación.

Se establecen las actuaciones según la puntuación obtenida:

1. BLANCA 0-2: observación diaria
2. VERDE 3-4: observación cada cuatro horas.
3. NARANJA. 5-6 o 3 en un solo parámetro: revisión médica antes de 30 minutos.
4. ROJA. 7: Actuación inmediata del especialista de Intensivos.

Se elaboró el procedimiento de actuación, y durante 1 mes se pilotó en hospitalización.

Se realizó formación de 106 personas implicadas, y difusión entre los profesionales.

En 2017 se construye el indicador "Implantación protocolo alerta temprana" del cuadro de mando de calidad evaluándose el registro y actuaciones en la revisión trimestral de historias clínicas.

Resultados

En Febrero de 2109 se realiza un estudio observacional retrospectivo de 106 pacientes del año 2018 para valorar la eficacia del protocolo.

- Pacientes ingresados en UCI desde planta de hospitalización, por empeoramiento clínico y activación de AT (48 pacientes). El 83,3% (40 pacientes) evolucionaron a mejoría clínica y fueron dados de alta a planta de hospitalización y posteriormente a domicilio.
- Análisis de mortalidad de pacientes fallecidos en planta hospitalización: El 98,2% (58 pacientes) fallecieron como consecuencia de la evolución natural de una enfermedad irreversible.

El 1,7% (1 paciente) falleció por presentar un episodio de Parada cardiorrespiratoria. No se aplicó adecuadamente el procedimiento de AT.

Conclusiones

El Sistema de detección de signos de Alerta Temprana estandariza la frecuencia de la monitorización de parámetros fisiológicos, permite la detección precoz del deterioro clínico y establece un sistema eficaz de comunicación entre los profesionales, mejorando la seguridad clínica.

La aplicación adecuada del procedimiento ha identificado en un año 40 pacientes con deterioro clínico, instaurándose medidas de monitorización y tratamiento precoz, evitando la aparición de eventos críticos

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN EN ASPECTOS CRÍTICOS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL Y DEL LABORATORIO

AUTORES

Ángel Salas García¹; E González Lao²; E Guillén Campuzano³.

CENTRO DE TRABAJO

Fundació pel Control de Qualitat dels Laboratoris Clínics¹; Grupo ACMS²; CATLAB³.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los resultados emitidos por el laboratorio condicionan la toma de decisión clínica tanto en el diagnóstico, monitorización y pronóstico del estado de salud de los pacientes.

La cultura de seguridad del paciente es un aspecto clave para minimizar los riesgos y errores que pueden suceder, siendo participe de la misma todos los grupos multidisciplinares.

Objetivos

Analizar la satisfacción de los profesionales respecto a diferentes aspectos críticos del Laboratorio Clínico.

Material y métodos

Se realiza una encuesta descriptiva a través de los Formularios de Google, en tres hospitales del área de Barcelona.

Se contemplan los datos de los participantes y preguntas relacionadas con los siguientes temas: liderazgo, política y procedimientos, personal, comunicación y notificación de incidentes.

Resultados

Se han obtenido 239 respuestas que representan el 43,69% de un total de 547 posibles participantes.

Se exponen los resultados de las preguntas más relevantes:

SECCIÓN A: LISTADOS DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD

Se producen errores en la identificación del paciente. ¿Con qué frecuencia?

Resultados

En dos de los tres hospitales más de un 20% de los profesionales del hospital indican que existen errores de identificación en las solicitudes analíticas, siendo corroborado por los profesionales encuestados de los laboratorios.

SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

¿Con qué frecuencia tiene dificultad para visualizar resultados del Laboratorio de Urgencias en su hospital (HCIS, Gestor Clínic, ProH)?

Resultados

En uno de los centros, tanto el laboratorio como el hospital, indica que hay en más de un 50% de errores en la integración y visualización de informes de laboratorio.

SECCIÓN C: TRABAJO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

¿Conocen los clínicos los tiempos de respuesta de las pruebas de Laboratorio de Urgencias?

Resultado: Existe una percepción compartida en que aproximadamente un 30% de los encuestados desconoce el tiempo de respuesta.

SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO

¿Se notifican los valores críticos por parte de su Laboratorio?

Resultado: Los resultados son positivos en todos los casos.

SECCIÓN E: LIDERAZGO

¿Recibe formación en Seguridad del Paciente en su servicio?

Resultado: Se evidencia que existe una carencia de implicación en temas de formación de Seguridad del Paciente en los laboratorios.

SECCIÓN F: SU SERVICIO

Considera que la calidad de su servicio es:

Resultado: La mayoría de encuestados considera que la calidad de su servicio es buena.

Conclusiones

Es recomendable realizar cuestionarios que nos permitan valorar la percepción, educación e implicación de los profesionales. Los resultados obtenidos muestran la necesidad de integrar en aspectos de Seguridad del Paciente a todos los servicios relacionados con el hospital.

El personal encuestado evidencia la necesidad de trabajar en ciertos aspectos críticos como la identificación errónea de paciente y la visualización de informes.

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS ¿SISTEMAS PROPIOS O ESTANDARIZADOS?

AUTORES

Fco. Javier Cuevas Ortega¹; M Duch Lapeyra²; A Luque González³; D Martínez Claret⁴; S Murciano Sancho⁵; X Sanz Salvador⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SCIAS - Hospital de Barcelona

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Una de las herramientas clave en Seguridad Clínica, que permite aprender de los errores y evitar su recurrencia, son los sistemas de notificación y gestión de incidentes y eventos adversos. En la actualidad, las diferentes Comunidades Autónomas disponen de sistemas de notificación estandarizados utilizados tanto a nivel hospitalario como en AP. Algunos ejemplos de ellos son el SiNASP (desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para su utilización en los centros del SNS), TPSC-Cloud (implantado en hospitales y CAP de Cataluña y Asturias), Avizor (de la ACS de la Junta de Andalucía) o SiNEA (Comunidad Valenciana).

Objetivos

El objetivo principal del grupo de trabajo fue valorar, tras los primeros seis meses de puesta en marcha de un sistema de notificación propio, si el hecho de disponer de un sistema propio adaptado a la realidad y necesidades del centro facilita y aumenta la notificación de incidentes y eventos adversos respecto a los sistemas estandarizados de notificación.

Material y métodos

En primer lugar, se diseñó un sistema de notificación de incidentes (dentro del cual también se incluyen los conflictos) teniendo en cuenta las características diferenciales del centro, diseñándose de manera que la notificación se realizara dentro del mismo entorno informático en el que se trabaja habitualmente. Tras su implantación en noviembre de 2018, se ha realizado una revisión de los resultados obtenidos comparándolos con los últimos resultados publicados de los sistemas SiNASP (2014-2015), TPSC-Cloud (2017) y AVIZOR (2017).

Resultados

SISTEMA PROPIO: Se han notificado un total de 2.629 incidentes, de los cuales un 16,9% se han considerado inevitables. De todos ellos un 75,2% se consideraron de severidad mínima, un 19,9% media y un 0,6% severidad máxima, descartándose un 4,3% al considerarlos no incidente. De todos ellos, un 51,6% llegaron al paciente. SiNASP: En el periodo 2014-2015 se notificaron 5.004 incidentes de 71 hospitales de 9 CCAA. El 74% se consideraron de severidad mínima, un 23% media y un 3% severidad máxima. El 52,7% de ellos llegaron al paciente. TPSC-CLOUD: En el periodo 2017 se han recibido 6.478 notificaciones de hospitales de la XHUP y consorcios de Cataluña. El 60,4% se consideraron de severidad mínima, un 12,6% media y un 1% severidad máxima. El 26% de ellos llegaron al paciente. AVIZOR: En el periodo 2017 se han recibido 4.208 notificaciones de 904 centros o unidades. El 50% no provocaron daño y el 25% un daño leve. El 40% fueron considerados de riesgo alto o extremo si llegaron al paciente.

Conclusiones

Tras analizar los resultados podemos observar que, independientemente de la similitud en cuanto a severidad o tipología, el hecho de disponer de un sistema propio adaptado, sencillo y ágil, incorporado al mismo programa informático de trabajo habitual y con una fuerte cultura de notificación entre el personal puede aumentar la notificación de incidentes y, con ello, aumentar la seguridad disminuyendo tanto los errores como su recurrencia.

NUEVO SISTEMA DE REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UN ÁMBITO HOSPITALARIO.

AUTORES

Xavier Sanz Salvador¹; N Alguersuari Tortajada²; J Cuevas Ortega³; D Martínez Claret⁴; M Gómez Pérez⁵; C Humet-Cienfuegos Jovellanos⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital de Barcelona

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La seguridad del paciente y la ausencia de errores es una prioridad en la atención sanitaria. La incidencia de Eventos Adversos (EA) es de aproximadamente 14 por cada 1000 estancias hospitalarias. Por cada uno de estos EA se producen múltiples Incidentes que no llegan a provocar daño. Los Sistemas de Registro de Incidentes (SRI) son programas que permiten la recogida de todos ellos. En España hay diversos SRI (SINASP, TPSC-Cloud, SINEA, AVIZOR), aunque la notificación no supera el 10% estimado.

Objetivos

Crear un SRI, en un hospital privado urbano de 3er nivel y 300 camas, que mantenga todas las características específicas de los mismos, válido para Incidentes que afecten al paciente, acompañantes o personal sanitario, y que mejore el porcentaje de notificación respecto a los demás SRI.

Material y métodos

Se unificaron criterios y contenidos con las comisiones y grupos de trabajo que trabajan en aspectos de seguridad asistencial. El servicio de Informática realizó un programa adaptado e integrado en la misma historia clínica electrónica del paciente respetando aspectos de confidencialidad y que posibilita la notificación por parte del personal hospitalario, no anónimo y con distintos filtros en función de la asignación de sus funciones. No precisa un aprendizaje previo específico y es válido para las reclamaciones. Permite la notificación directa e inmediata a todas las comisiones y grupos de trabajo, lo que posibilita el oportuno análisis y gestión del Incidente, y se ha creado un Grupo específico para valorar aquellos que no tienen una asignación concreta.

Resultados

Se inició en noviembre de 2018. En los primeros 4 meses se registraron 1773 incidentes. Se localizaron principalmente en las unidades de hospitalización (1273), área de exploraciones complementarias (69) y Admisiones (73). Los usuarios que más notificaron fueron Enfermería (972), supervisoras (268) y técnicos de farmacia (168). Un total de 284 usuarios distintos realizaron al menos un registro. Un 55% correspondían a medicación, 11% a caídas, 9% a conflictos, 9% a úlceras y el 16% a otros incidentes. Un 82% se consideró evitable. 1499 son Incidentes que no ocasionaron daño al paciente, 183 EA leves y 3 EA graves (sin ninguna muerte).

En este periodo el hospital tuvo 27194 estancias, lo que se correspondería con un número aproximado de 380 EA (en relación a la incidencia estimada) sin tener en cuenta si la cultura de seguridad del centro disminuye su aparición. Los 186 EA registrados suponen una notificación de casi el 50% de los EA estimados.

Conclusiones

El hospital ha instaurado un SRI con características diferenciales respecto a los existentes. Hay un elevado porcentaje de notificación (5 veces superior respecto a otros SRI) gracias a la sensibilización del personal sanitario y a la propia facilidad de registro del programa. El SRI ofrece a las comisiones y grupos de trabajo la posibilidad de conocer y dar una respuesta a los Incidentes para mejorar la seguridad global del paciente y del entorno sanitario.

IMPLANTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES

MARIA CLARA PAREJA FUNES¹; JF MURCIA PAYÁ²; JF ALBALADEJO PÉREZ³; F SOLER PAREDES⁴; N ALARCÓN SIMARRO⁵; F VERA ESCOLAR⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las Rondas de Seguridad (RS) constituyen una herramienta estratégica para involucrar a los profesionales sanitarios en la preocupación por la seguridad de los pacientes.

Objetivos

Verificar el seguimiento de prácticas asistenciales seguras en un servicio de medicina intensiva (SMI) a través del cumplimiento de unos ítems seleccionados mediante la implantación de RS. Analizar la evolución del grado de cumplimiento, detectar las causas del menor cumplimiento y analizar el compromiso del personal del SMI en las RS.

Material y métodos

Estudio descriptivo sobre la implantación de RS bimestrales en un SMI, evaluando, mediante observación directa, el cumplimiento de una serie de ítems previamente consensuados. El grupo responsable de realizar las RS estaba compuesto por el enfermero y el auxiliar de enfermería encargados del turno, los responsables del Sistema de Gestión de Calidad del SMI y al menos un miembro de la Dirección del hospital. Las RS se realizaban sin previo aviso al personal del SMI, en turno de mañana, y sobre al menos 9 pacientes ingresados, elegidos de forma aleatoria.

Resultados

Desde su implantación en diciembre de 2018 se han realizado RS cada dos meses. El 86% de los indicadores obtuvieron un cumplimiento superior al 50%. Siempre han alcanzado un cumplimiento del 100%: notificación de alergias, ajuste de alarmas, profilaxis de la trombosis venosa profunda, cuidados de la vía aérea artificial, y elevación de la cabecera y barandillas de la cama. Han mejorado hasta un 100%: cuidados del catéter venoso central y sistemas de infusión, fijación de sondas y drenajes. Han empeorado desde un 100%: identificación de pacientes con pulsera (80%) y del personal con tarjeta identificativa (70%), indicación de aislamiento (80%) y adecuación de las medidas para prevenir UPP (60%). La indicación de medidas de contención ha disminuido desde un 90% a un 60%.

Conclusiones

Las RS se han implantado exitosamente en el SMI. El grado de cumplimiento global ha mejorado, superando el 50% en todos los ítems. El empeoramiento observado en la identificación de pacientes se ha atribuido a la interferencia de la pulsera con la inserción de catéteres vasculares; la no identificación con tarjeta de algunos profesionales no ha sido justificable, al igual que la no actualización de la indicación de aislamiento y la aplicación de las medidas de contención, recibiendo todas ellas una llamada de atención. El empeoramiento en la adecuación de las medidas para prevención de UPP se ha debido al reciente cambio en la escala de valoración de dicho riesgo. Las RS han sido bien acogidas por el personal del SMI que siempre se ha mostrado colaborador y receptivo a la retroalimentación de la información. A corto plazo nos planteamos, incorporar a las RS nuevos ítems y poner especial atención en remontar los resultados de aquellos cuyo cumplimiento ha empeorado.

DISMINUCIÓN DE LA HEMÓLISIS EN LAS MUESTRAS PROCEDENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL

AUTORES

JOSÉ ANTONIO GÓMEZ-FERNÁNDEZ¹; B PERAL-BELCHIOR²; I VÁZQUEZ-RICO³; F BARRERO-ALOR⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La hemólisis es un importante factor de interferencia para los resultados del laboratorio y la principal causa de interferencia endógena de las muestras. Las consecuencias son, a menudo, resultados erróneos en el análisis, rechazo de la muestra o repetición de pruebas, con el consiguiente perjuicio tanto económico como en la calidad y rapidez de respuesta del Laboratorio. Entre las causas más frecuentes están: Mala praxis en el momento de la extracción y vacío excesivo de los tubos.

Uno de los servicios con mayor índice hemolítico en nuestro hospital, es la puerta de urgencias, por ello, evaluamos los efectos de una intervención educativa, a la vez, que la puesta en marcha de un nuevo tubo con menor vacío.

Objetivos

Disminuir el índice hemolítico relacionado con la preanalítica en el servicio de urgencias de nuestro hospital

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal donde se han comparado los resultados de hemólisis de los Tubos BD Vacutainer® SSTTM II Advance vs Tubo de plasma con separador mecánico BD Vacutainer® Barricor 13x100 y vacío reducido 3,5 mL. Paralelamente, hemos incluido una serie de revisiones de nuestros procesos de extracción, previa auditoría y mediante sesiones de formación, adecuándolas a las recomendaciones actuales de las sociedades científicas.

Se ha medido el índice hemolítico (IHEM) durante el período comprendido entre el 1 de Octubre al 30 de Noviembre del 2017 cuando se usaba el tubo convencional y 1 de Octubre al 30 de Noviembre del 2018 tras intervención y con el nuevo tubo de las muestras procedentes del servicio de urgencias, durante ambos períodos. Para ello, se realizó una consulta a nuestro sistema informático (Infinity) y su posterior análisis. Los resultados se distribuyeron en tres tramos: < 100; 101-299; > 300, sobre un total de 7.696 muestras en 2017 y 7.809 en 2018.

Resultados

- El índice total de hemólisis (IHEM >100) medido durante el 2017 fue del 12,8% , tras las intervenciones realizadas en 2018 fue del 1,65%
- Por tanto, en el periodo de 2018 se redujo el porcentaje de muestras hemolizadas en más de 12 puntos porcentuales respecto a 2017.
- Se pasó de 985 muestras hemolizadas (>100) antes de intervención a 129

Conclusiones

Se ha obtenido una reducción significativa del índice hemolítico aunque es difícil saber cuanta de esta disminución es debida al cambio del contenedor y cuanto a las medidas educativas.

- Esta reducción, sin duda, repercute en la seguridad del paciente y en una mejor calidad de nuestros resultados, evitando pruebas innecesarias y mejorando los tiempos de respuesta tan necesarios en el servicio de urgencias.

MAPA DE RIESGOS DE UNA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

AUTORES

Ángel Salas García¹; E González Lao².

CENTRO DE TRABAJO

Fundació pel Control de Qualitat dels Laboratoris Clínics¹; Grupo ACMS².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La validación de los sistemas computerizados basada en el enfoque de la gestión de riesgos, debería considerarse un aspecto esencial dentro de la gestión de la calidad de las organizaciones.

Los proveedores de herramientas para la gestión de la calidad en el ámbito sanitario deben de proporcionar apoyo para poder analizar los riesgos inherentes al sistema y las correctas herramientas para una gestión adecuada y segura de los datos.

Objetivos

Establecer un mapa de procesos de nuestra herramienta del sistema de gestión de la calidad para nuestro sistema certificado en base a la norma ISO 9001:2015.

Validación del software de calidad mediante un análisis de riesgos para estudiar los principales puntos críticos y establecer oportunidades de mejora, en nuestro mapa de riesgos.

Material y métodos

Se desarrolla un mapa de procesos para todo el software de calidad establecido para implantar el sistema de gestión de la calidad. Se establecen procesos estratégicos y seguimiento, clave y de soporte.

A continuación, se realiza el análisis de riesgos mediante la herramienta de la matriz de riesgos-impacto. Para realizar un correcto análisis de los riesgos se preparan dos grupos multidisciplinares para el proceso.

La matriz de riesgos es una herramienta preventiva y proactiva que nos permite identificar riesgos, evaluarlos en función de la probabilidad de ocurrencia y el impacto con el paciente, tratarlos y controlarlos con oportunidades de mejora o acciones, y monitorizarlos en el tiempo para evaluar la mitigación de los riesgos.

La evaluación de los riesgos identificados se ha valorado mediante una escala del 1 al 5 para la gravedad (siendo 5 la de mayor impacto) y la estimación de la frecuencia en la que el riesgo puede suceder (siendo 5 la opción de mayor frecuencia). En aquellos riesgos que la multiplicación de las variables gravedad y frecuencia sea superiores a 15 (riesgos críticos), se han establecido oportunidades y acciones inmediatas para reducir el riesgo.

Resultados

Se han identificado 30 riesgos de los cuáles 8 se han considerado críticos.

Los riesgos identificados como críticos están distribuidos entre los procesos:

- PROCESO ESTRATÉGICO-SEGUIMIENTO: No evaluación del software de calidad por el proveedor
- PROCESO CLAVE: Problemas en la generación de indicadores, usuario erróneo o con permisos incorrectos, trazabilidad en la lectura de documentación, gestión incorrecta en la trazabilidad documental y salida de datos incorrecta.
- PROCESO SOPORTE: Falta de detección de las incidencias desde el soporte informático.

Conclusiones

El mapa de riesgos nos ha permitido detectar modos de fallo en el software y mejorarlo.

Los sistemas de intercambio o de registro de información de los sistemas de la calidad, deben de ser validados.

El análisis de riesgos en los sistemas de la calidad, permite dar una visión de los aspectos a mejorar en los procesos del mapa establecido, y evaluar los puntos críticos.

ANÁLISIS TRANSVERSAL DEL PROCESO DE DISPENSACIÓN A PACIENTE EXTERNO EN TRES SERVICIOS DE FARMACIA SEGÚN METODOLOGÍA LEAN

AUTORES

CARMEN BLEDA PÉREZ¹; M VAL LEÓN²; C MUÑOZ SANCHEZ³; E FORT CASAMARTINA⁴; J PRATS JIMENEZ⁵; F SOLER ROTLLANT⁶.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

A lo largo de los años los Servicios de Farmacia Hospitalarios Oncohematológicos han experimentado un aumento progresivo y significativo tanto en la actividad como en la complejidad de la atención y dispensación de tratamientos ambulatorios en el ámbito de paciente externo, generando diferentes incidencias en el proceso diario y haciendo necesaria una intensa revisión de los procedimientos hasta el momento vigentes. La Dirección Transversal del hospital propuso llevar a cabo un análisis del proceso de tres Servicios de Farmacia de la misma institución, mediante metodología LEAN

Objetivos

Analizar detalladamente todas las actividades y roles implicados en el proceso de atención y dispensación ambulatoria a paciente externo, para detectar carencias existentes. Identificar áreas de mejora en todos los subprocesos y mejorar globalmente el proceso de atención y dispensación a través de la metodología Lean.

Material y métodos

En septiembre del 2018 se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar con personal de los tres Servicios de Farmacia implicados. El grupo estaba compuesto por: un director transversal de las tres farmacias, 1 coordinador de calidad, 1 coordinador de auditoría interna, 1 farmacéutico y 1 técnico responsable de cada centro. El grupo fue conducido por un asesor externo experto en metodología LEAN. Se llevaron a cabo desde septiembre hasta diciembre un total de 7 reuniones de una duración de 7 horas cada una. Se revisaron de forma detallada todos los subprocesos englobados en el área de atención y dispensación a paciente externo: acogida del paciente, validación de la prescripción médica, dispensación del tratamiento, seguimiento y adherencia al tratamiento, conservación de la medicación y educación sanitaria del paciente sobre el tratamiento prescrito. Se analizaron ineficiencias y posibles acciones de mejora con valor añadido al proceso, para después definir la causa/raíz.

Resultados

Tras el análisis se originaron entre todos los centros un total de 79 acciones de mejora, 33, 27 y 19 respectivamente. Se realizó un plan de acción para reducir las ineficiencias en todos los procesos del área ambulatoria. En uno de los centros ya se han empezado a aplicar algunas acciones que no requerían recursos, como corregir el espacio insuficiente para la ubicación de la medicación con otro armario, añadir más sillas en la sala de espera y la dispensación de medicación con fármacos de bajo impacto económico para más de un mes. El resto de acciones de mejora se implantaran progresivamente entre el 2019-2020.

Conclusiones

Trabajar con una metodología de calidad (Lean) nos ha permitido compartir realidades diferentes en escenarios distintos, manteniendo una mente abierta a un cambio positivo y necesario para seguir buscando soluciones a la mejora continua que garantice la máxima seguridad del paciente y una calidad de excelencia en la atención. La presencia de un asesor externo ha facilitado la implicación por parte del personal y la dirección de los centros en posibles futuros cambios

ENFERMERAS EXPERTAS EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA DISFAGIA ORO FARÍNGEA (DOF)

AUTORES

M. Dolors Martínez Claret¹; X Sanz Salvador²; M Clemente Presas³; M Carreras Serrat⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital de Barcelona.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La prevalencia de disfagia en pacientes hospitalizados puede oscilar entre 13% y 15%, aumenta significativamente en pacientes geriátricos y se acerca al 80% si padecen demencias. En el 80% de los casos la alteración es orofaríngea. Ante la disfagia orofaríngea (DOF) es básico la detección precoz, la instauración de medidas preventivas y tratar a estos pacientes de forma individualizada y multidisciplinar. Para ello, las intervenciones de enfermería y los grupos de trabajo liderados por enfermeras, que en nuestro hospital se han mostrado eficientes en la mejora de la seguridad asistencial, son esenciales.

Objetivos

Determinar la prevalencia de DOF, disponer de un protocolo específico y dimensionar los recursos humanos (enfermeras) con formación específica satisfactoria para su aplicación.

Material y métodos

Se realizó una determinación basal de la prevalencia de DOF en adultos ingresados en unidades hospitalarias (excluidas obstetricia y cirugía de corta estancia). Para el diagnóstico de DOF se utilizó el test EAT-10.

El criterio usado para detectar los pacientes con test positivo que necesitarían la atención de una enfermera experta, fue la solicitud de interconsultas a otros profesionales sanitarios por motivos que podrían ser asumidos por enfermeras con formación específica.

Se crearon un Comité Multidisciplinar que elaboró un protocolo, y un Grupo de Trabajo de Enfermería que recibió formación para asumir el diagnóstico, valoraciones específicas, la indicación de medidas preventivas, la educación sanitaria y el seguimiento. El número de enfermeras necesario para el grupo se determinó en base a las altas hospitalarias del año 2018, la prevalencia de DOF y las cargas de trabajo asumidas por otros grupos similares en nuestro centro.

Resultados

Se incluyeron 176 pacientes, observándose una prevalencia global del 22 % y, en especial, en unidades médicas del 33%.

De todos los pacientes diagnosticados de DOF, se valoró como necesaria la atención de una enfermera experta en el 20,5% de los casos. En el año 2018, hubo 8.763 altas con lo que podríamos deducir que hasta 1870 pacientes serían diagnosticados de DOF y 372 necesitarían valoraciones específicas. De acuerdo con las cargas de trabajo de los grupos de enfermería se consensuó la inclusión de 12 enfermeras en el grupo, pues supondría alrededor de 155 diagnósticos y de 30 valoraciones específicas anuales por enfermera. El 100% de estas enfermeras recibieron formación específica con una satisfacción de 10 en una escala de Likert del 0 al 10.

Conclusiones

La prevalencia observada justifica la elaboración de un protocolo específico para la atención de los pacientes con DOF y la creación de un comité multidisciplinar y un grupo de trabajo de enfermería.

Se determinó el número de enfermeras necesarias para dar una atención específica a los pacientes detectados de DOF de acuerdo con las cargas de los grupos de trabajo de enfermeras.

Todas las enfermeras del grupo recibieron formación específica con un alto grado de satisfacción.

APORTACIÓN DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PROA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES

Pedro Miguel Juiz González¹; S Méndez Lage²; B Bardán García³; AM Fernández López⁴; JA Agulla Budiño⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Arquitecto Marcide.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En los últimos años ha habido un aumento de las resistencias antimicrobianas. La población residente en centros sociosanitarios (CSS) tiene un mayor riesgo de estar colonizado o padecer infecciones por microorganismos resistentes. Esta resistencia antimicrobiana es una grave amenaza para la seguridad del paciente y para la salud pública.

Los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) han demostrado eficacia a la hora de disminuir las resistencias, el gasto farmacéutico, el número de estancias hospitalarias y los efectos adversos y comorbilidades derivados del uso de antimicrobianos de espectro ampliado.

Estos programas tienen por objetivos básicos a) mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones; b) minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos (incluidas las resistencias); y c) garantizar la utilización de tratamientos coste-efectivos. Deben establecer un programa formativo continuado y evaluable en el uso de antibióticos, y realizar guías o protocolos locales de profilaxis, tratamiento empírico y tratamiento dirigido.

En nuestro hospital se implementó el programa PROA en 2015, dirigido al ámbito hospitalario con resultados positivos desde su implantación, y ésta sería también un arma útil de trabajo en CSS.

Objetivos

Implementar PROA en los CSS adscritos a nuestra área sanitaria. Papel del servicio de microbiología.

Material y métodos

Se realizaron estadísticas de resistencias antimicrobianas específicas en todas las muestras enviadas al laboratorio de microbiología procedentes de CSS de nuestra área durante el año 2018.

Se llevaron a cabo reuniones con los CSS para conocer su situación basal, poner en su conocimiento la experiencia del programa PROA hospitalario y definir un marco de colaboración a la hora de realizar acciones de mejora y actividades formativas.

Resultados

Se objetivó una mayor incidencia de microorganismos resistentes a los antibióticos estudiados en los CSS que en el ámbito hospitalario y de atención primaria (H/AP): 19,73% E. coli BLEE CSS vs. 8,11% H/AP, 68,18% S. aureus MRSA CSS vs. 16% H/AP.

Entre abril y junio de 2019 se realizaron reuniones con el personal sanitario y directivo de los diferentes centros. Se les proporcionaron las estadísticas obtenidas y se acordó:

Realizar conjuntamente una guía de prevención de infecciones en CSS y actividades formativas.

Realizar reuniones con la dirección del área sanitaria para crear un marco de trabajo común entre los responsables del PROA hospitalario y los representantes de los CSS.

Conclusiones

Permite conocer la situación y evolución epidemiológica en cuanto a gérmenes resistentes en CSS de nuestra área.

Permite un mejor uso de los antibióticos.

Mejora la coordinación entre CSS, profesionales implicados en el PROA y la dirección.

Mejora el seguimiento de procesos, gestión del riesgo y seguridad del paciente.

MODELO DE UNIDAD DE CORTA ESTANCIA HOSPITALARIA PARA PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS DE BAJA INTENSIDAD DE CURAS DE ENFERMERÍA

AUTORES

Marc Sales-Coll¹; M Gutiérrez San Miguel-Guilera²; S Mendoza-García³; D López-Torres⁴; JA Hueto-Madri⁵; J Martínez-Pérez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Vall d'Hebron Hospital Campus

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

VH ha implementado un modelo de gestión de unidad hospitalaria para pacientes post-operados de todos los servicios quirúrgicos centrada en la recuperación del paciente a partir de una vía clínica post-quirúrgica y agrupados en baja complejidad de curas asegurando el alta hospitalaria en un intervalo de una a tres noches. Este modelo viene definido por un plan de cuidados y un proceso de recuperación estandarizado para cada paciente que asegura un control permanente de su evolución.

La necesidad surge del proceso quirúrgico al identificar que su actividad diaria quedaba menguada a causa de la poca rotación de camas en hospital y la poca capacidad para aumentar esta rotación. El Hospital general dispone de 19 quirófanos de alta tecnología, pero no pueden activarse todos simultáneamente debido a la baja capacidad de hospitalización. Muchos partes quirúrgicos no podían rentabilizar los quirófanos debido a la falta de drenaje post-quirúrgico.

Objetivos

Aumentar la calidad asistencial de los pacientes post-quirúrgicos

Aumentar la capacidad quirúrgica

Facilitar el drenaje quirúrgico reduciendo tiempo del traslado desde la URPA a Planta

Reducir los pacientes post-quirúrgicos "ectópicos" en todo el hospital

Material y métodos

Se planteó la necesidad de una unidad de alta rotación de camas que pudiese concentrar a todos los pacientes con un patrón de recuperación máximo de 3 noches. Se trabajó con cada servicio quirúrgico para estandarizar la vía clínica, se creó un equipo pluridisciplinar que trabajó los cuidados del paciente con una continuidad asistencial en los turnos de enfermería que asegurase una asistencia y educación sanitaria óptimas.

La unidad cuenta con 25 camas y con 3 equipos de enfermería en 3 turnos que abre los lunes y cierra los sábados a mediodía con el 100% de pacientes altados. Los pacientes que no siguen el patrón de vía clínica y no podrán ser altados en el día previsto, son trasladados a la planta de larga estancia del servicio quirúrgico en cuestión.

El drenaje post-quirúrgico desde URPA del bloque quirúrgico es instantáneo desde la autorización de salida. El traslado es de aprox. 4 minutos. Esta situación ha revertido en una mejora del proceso de traslado seguro, la agilidad en la admisión a planta y la estancia mínima de recuperación del paciente en URPA.

Resultados

Máxima ocupación de camas: índice del 95% sobre 125 pernoctaciones disponibles, con rotación de 2,25 pacientes por cama semanal. Reducción progresiva de los pacientes ectópicos de todos los servicios en sus plantas de larga estancia hospitalaria. Reducción del tiempo de espera de cama en URPA para drenaje en bloque quirúrgico. Aumento de la capacidad quirúrgica del 5% mensual. Índice del 97% de altas antes de las 12h del mediodía y 100% de prealtas desde el momento que el paciente entra en la planta.

Conclusiones

La estandarización del proceso de enfermería asegura una capacidad de camas de alta rotación que permite aumentar la actividad quirúrgica ganando en seguridad de paciente y eficiencia de los recursos.

ENTRENAR PARA EVITAR RIESGOS EN EL PACIENTE: SIMULACIÓN INTERPROFESIONAL EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORES

Angélica Pocino Campayo¹; M Raurell Torreda²; JA Sarria Guerrero³; A Riera Mestre⁴; O Capdevila Pons⁵; F Mitjavila Villeró⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Germans Trias i Pujol¹; Hospital de Bellvitge²; Hospital de Bellvitge³; Hospital de Bellvitge⁴; Hospital de Bellvitge⁵; Hospital de Bellvitge⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Para garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes son necesarios nuevos modelos de entrenamiento de los profesionales sanitarios, como lo es la simulación clínica. La simulación es una técnica docente basada en la creación de escenarios clínicos controlados y seguros que imitan la realidad, de esta forma los alumnos identifican puntos fuertes y débiles de su preparación, y en un feedback posterior, al acabar el escenario clínico, los profesores detectan aspectos de mejora en su aprendizaje. La discusión sobre lo actuado permite al estudiante una reflexión sobre sus decisiones y su modo de actuar durante el escenario clínico propuesto. El principal beneficio en simulación clínica es no dañar, es decir; evitar errores mediante el entrenamiento de situaciones clínicas futuras y así mejorar la formación de los profesionales.

Objetivos

1. Promover la utilización de la simulación clínica interprofesional en ciencias de la salud, durante la formación de grado de enfermería y de medicina.
2. Adquirir habilidades y conocimientos en un ambiente controlado y seguro, sin riesgo para el paciente.
3. Favorecer la participación, el aprendizaje, la comunicación y el trabajo en equipo entre los estudiantes de enfermería y medicina, con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes durante las prácticas de grado o en la inserción laboral como profesionales noveles.

Material y métodos

Se formaron 4 grupos de 6 estudiantes cada uno de 2º grado de enfermería y 3º grado de medicina. Cada grupo realizó dos sesiones de simulación en el laboratorio de la facultad de ciencias de la salud de una universidad.

Se diseñaron dos escenarios clínicos sobre un paciente con crisis asmática que acude a urgencias. En cada escenario se dispuso de: analíticas, gasometrías, radiografías, medicación, monitorización completa y un muñeco de simulación de alta fidelidad.

Durante las sesiones se realizó una filmación de la actuación de los estudiantes durante el desarrollo del escenario clínico, y posteriormente se entrevistó a estudiantes y profesores.

Resultados

Se realizó un vídeo estructurado en tres partes: Presentación de la asignatura, desarrollo del escenario de simulación (Briefing, simulación, debriefing), entrevistas a los alumnos y profesores con las siguientes preguntas:

- ¿En qué consiste esta asignatura?
- ¿Utilidad de esta asignatura?
- ¿Qué comporta a los alumnos la simulación interprofesional?
- ¿Qué metodología se utiliza?
- ¿Qué te ha aportado tu práctica clínica?
- ¿Qué has aprendido en esta asignatura?

<https://vimeo.com/326752979>. La simulación interprofesional en tres minutos.

Conclusiones

La adquisición de habilidades y conocimientos en escenarios clínicos, en un ambiente controlado y seguro, prepara a futuros profesionales a trabajar en entornos reales con mayor seguridad y calidad.

El entrenamiento es fundamental para adquirir habilidades técnicas y no técnicas y trabajar en equipos multidisciplinares, disminuyendo la probabilidad de error y aumentando la seguridad del paciente.

INCIDENTES DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE SE ASOCIAN CON EL DAÑO Y EL DAÑO POTENCIAL

AUTORES

María Dolores Conejos Miquel¹; LM Parra Ramírez²; G Garzón González³; A Cañada Dorado⁴; N Domínguez Pérez⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Asistencial de Atención Primaria¹; Residente Preventiva Hospital Puerta de Hierro²; Gerencia Asistencial de Atención Primaria³; Gerencia Asistencial de Atención Primaria⁴; Gerencia Asistencial de Atención Primaria⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Seguridad de Paciente es la ausencia de daño innecesario o de daño potencial asociado a la atención sanitaria. Ambos muestran dónde están los fallos de nuestro sistema y qué tenemos que mejorar para evitar daños innecesarios a los pacientes. Nuestro sistema de notificación permite conocer los factores que se asocian al daño

Objetivos

Describir los factores asociados al daño y potencial daño de los incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) notificados en Atención Primaria en 2018

Material y métodos

Estudio descriptivo observacional transversal. Se analizan todas las notificaciones realizadas por los profesionales de Atención Primaria en función del daño, potencial daño o ausencia de daño, tanto de forma global como por los distintos factores que intervienen

Resultados

Se han notificado 1979 EM y 1447 IS en 2018. En la mayoría de las notificaciones no se produjo daño al paciente (66.2% EM y 41.9% IS). El 6,2% de los EM y el 17.6% de los IS produjeron algún tipo de daño y en el 27,5% de los EM y el 40.5% de los IS se detectó daño potencial.

1-Con respecto a los IS: el lugar donde ocurrió el IS ($p=0.035$), el tipo de IS ($p< 0.01$) y la probabilidad de repetición ($p< 0.01$) fueron factores asociados significativamente con daño o daño potencial. No se encontró asociación entre la detectabilidad del incidente y el daño ($p=0.172$).

-La mitad de los IS ocurridos en residencias de la 3ª edad tuvieron daño sobre el paciente y el 42,1% de los IS ocurridos en los CS se relacionaron con daño potencial.

-El 44,4% de los accidentes del paciente tuvieron daño como consecuencia.

-En el 54% de los IS con mayor probabilidad de repetición se detectó daño potencial.

2-Con respecto a los EM: el lugar donde ocurrió el incidente ($p=0.035$), el tipo de error de medicación ($p>0.01$), la causa del EM ($p< 0.01$) y la etapa del error ($p< 0.01$) fueron factores asociados significativamente con el daño.

-48% de los EM con daño ocurrieron en el domicilio del paciente.

-En el 22% de los EM por técnica de administración incorrecta se produjo daño; y los EM de preparación (46.4%), cumplimiento (51,5%) y monitorización (65%) presentaron mayor frecuencia de daño potencial.

-44.7% de los EM con daño ocurrieron por falta de conocimiento o formación.

-La mitad de los EM relacionados con la administración del medicamento por parte del paciente tuvieron daño. Las etapas relacionadas con daño potencial fueron las de fabricación (75%), autorización (56,3%) y comunicación entre profesionales (56,8%).

-Los errores de medicación debidos al paciente (EMP) (aquellos que ocurren en el domicilio del paciente o en la fase de administración por el paciente) representaron el 29% de los EM y el 57.7% de los EM con daño ($p< 0.01$). Dentro de los EMP con daño, la causa más frecuente son los problemas en la interpretación de la prescripción (26%)

Conclusiones

El análisis permite centrar los esfuerzos de prevención en las residencias, en aquellas situaciones con mayor probabilidad de repetición y en las que el paciente es parte activa (accidentes y EM)

PLAN DE ANALISIS DE RIESGOS Y CONTROL DE INFECCIONES ANTE OBRAS EN CENTROS SANITARIOS

AUTORES

MANUEL SANCHEZ SANCHEZ¹; F RUIZ DOMINGUEZ².

CENTRO DE TRABAJO

VITHAS HOSPITAL VIRGEN DEL MAR.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El mantenimiento en condiciones óptimas de las instalaciones sanitarias es un factor esencial para evitar riesgos y garantizar la calidad asistencial de las prestaciones sanitarias. La realización de obras o reformas en una organización sanitaria en funcionamiento implica riesgos para los pacientes atendidos y también puede implicar riesgos para profesionales y visitas. Entre dichos riesgos se incluyen aspectos relacionados con la calidad del aire, control de la infección, suministros básicos, ruido, vibración, gestión de los materiales y residuos peligrosos provenientes de la obra, mantenimiento de los servicios de emergencias (salidas de evaluación, por ejemplo) y cualquier otro riesgo que pueda afectar a la atención y a los servicios prestados

Objetivos

El objetivo principal del plan es servir de guía y proporcionar recomendaciones dirigidas a limitar los riesgos de los pacientes, familiares y profesionales durante la realización de cualquier tipo de obra o remodelación en una instalación sanitaria.

Como objetivos secundarios se pretende regular la creación de un comité de obras, la planificación de obras, y la información y concienciación a todo el personal.

Material y métodos

El proceso definido en el Plan consta de:

1. Regulación para la creación de una COMISIÓN DE OBRAS.

- Todas las fases donde haya un riesgo, como por ejemplo aspergillus u otras esporas de hongos, estarán bajo la supervisión de la Comisión de Obras desde la planificación hasta la post-obra.

2. Realización de una EVALUACIÓN PREVIA AL INICIO DE LA OBRA.

- Creación de una MATRIZ para la categorización de la obra y planteamiento de acciones específicas.

Área Riesgo Paciente Tipo Proyecto Construcción

	Tipo A	Tipo B	Tipo C	Tipo D
Bajo Riesgo	I	II	II	III / IV
Medio Riesgo	I	II	III	IV
Alto Riesgo	I	II	III / IV	IV
Muy Alto Riesgo	II	III / IV	III / IV	IV

3. Planteamiento de MEDIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS:

- Precauciones generales.

- Precauciones específicas obras Clase I, clase II, clase III y clase IV.

- Precauciones ante obras exteriores.

4. Definición del proceso Comunicación y Educación al personal y subcontratas.

5. Control del proceso y seguimiento.

Resultados

- N° de incidencias en controles de bioseguridad ambiental = 0%.

- N° de incidencias en controles de legionela = 0%.

- Reducción del riesgo paciente, y consiguiente la disminución de la morbi-mortalidad.

- Ahorro de tiempo y de recursos.

- Control del polvo y protección del sistema de ventilación.

- Control de la legionela.
- Mantenimiento de adecuados niveles de limpieza.
- Educación de trabajadores, personal y pacientes.
- Disminución de perjuicios a los trabajadores.

Conclusiones

La aplicación del Plan nos ha supuesto una clara mejora de la seguridad de los pacientes, trabajadores y familiares, debido que sienta las bases para la coordinación de todos los colectivos involucrados en un proceso de obra.

PLAN PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES “NO HACER” EN UN SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

AUTORES

BERTA Gómez-Tato¹; MD Martín-Rodríguez²; MT Otero-Barrós³; C Durán-Parrondo⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección Gral. Evaluación Asistencial y Garantías. SERGAS .Servicios centrales..

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La búsqueda de la eficiencia y la calidad en la práctica de los profesionales en el ámbito sanitario es una prioridad de todos los sistemas de salud. La estrategia 2020 establece la necesidad de establecer medidas de mejora de la eficiencia del sistema para mejorar la fiabilidad de los servicios reduciendo la variabilidad y mejorando la coordinación de los mismos.

Diferentes sociedades científicas, han identificado más de 150 recomendaciones de actuaciones que los profesionales no deben realizar en la práctica asistencial, que se han denominado “Recomendaciones No Hacer”.

Objetivos

Disminuir la utilización de intervenciones innecesarias que aportan poco valor (aquellas que no han demostrado su eficacia, o su efectividad es dudosa o no son coste efectivas en base a la evidencia científica).

Material y métodos

En 2018 revisión de las recomendaciones ‘No Hacer’. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar de 55 profesionales de 7 especialidades con la intención de realizar un análisis de la situación en relación a la implantación de las recomendaciones NO hacer. Para ello se diseñó una matriz de priorización con 65 recomendaciones, en base a cuatro criterios: prevalencia, nivel de acuerdo con la recomendación, impacto en la seguridad del paciente y factibilidad de implantación. Cada criterio tiene un peso relativo sobre 12 puntos. Clasificación de las recomendaciones “No Hacer” en tres grupos en base a la priorización resultante (alta, media y baja).

En 2019 se organiza un taller en el que participan los 55 profesionales, con el objetivo de analizar las recomendaciones priorizadas, seleccionando aquellas que en la primera priorización obtuvieron una valoración mayor o igual a 9 (33).

Trabajamos en tres grupos multidisciplinarios utilizando una matriz de priorización utilizando criterios de factibilidad de implantación y la capacidad de medir su impacto.

Resultados

Todos los participantes coinciden en la necesidad de implantar las recomendaciones ‘No Hacer’ y medir el impacto. De las 65 recomendaciones 33 tuvieron la máxima puntuación y se seleccionaron para la segunda priorización: 12 fueron seleccionadas como prioritarias para su implantación y 6 se valoraron con prioridad media. Todas ellas se valoraron como difíciles para la medición del impacto. Algunas recomendaciones necesitan ser revisadas, al no estar actualizadas. Este trabajo ha servido para establecer el plan de trabajo 2019-2020, con el objetivo de implantar, en una primera fase, dos recomendaciones ‘No Hacer’ en los servicios/unidades que se adhieran al proyecto de forma voluntaria.

Conclusiones

Este proyecto implica un cambio de cultura en la organización. Es un proyecto a largo plazo. Necesita una estrategia potente de comunicación y sensibilización a los profesionales y usuarios del sistema. Es imprescindible la participación y el consenso de los profesionales, la implicación de todos los integrantes de cada servicio/unidad y el liderazgo de la dirección del centro y de los mandos intermedios.

PROYECTO MULTIDISCIPLINAR PARA POTENCIAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

ANA ISABEL PLANO SÁNCHEZ¹; T RUBIO ALFONSO²; J VICENTE HERRERO³; B GONZÁLEZ DE CANGAS⁴; MS GARCIA PÉREZ⁵; JP BERROS FOMBELLA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL COMARCAL DE JARRIO

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La polimedición es cada vez más frecuente en las personas mayores asociándose a una prescripción inapropiada de medicamentos y mayor aparición de efectos adversos. Se estima que un tercio de los ancianos que toman al menos 5 medicamentos sufrirán un efecto adverso al año siendo éstos y los pacientes con patología crónica los más susceptibles de sufrirlas. Por esto, es necesario llevar a cabo una prescripción prudente estableciendo estrategias de deprescripción para potenciar la seguridad del paciente.

Objetivos

fomentar el uso racional del medicamento y mejorar la seguridad del paciente realizando sesiones formativas a los facultativos de primaria y hospitalaria estableciendo una serie de propuestas.

Material y métodos

Periodo de estudio junio 2018 -marzo 2019. Selección de estrategias de trabajo específicas, seleccionando las áreas más susceptibles de mejora. El contenido de las sesiones incluyó: información farmacoterapéutica englobando aspectos clínicos, de seguridad y evidencia clínica de las propuestas a seguir aportando listados de pacientes a cada facultativo para su revisión.

Propuestas:

Deprescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBPs). Como apoyo se elaboraron trípticos informativos para los pacientes sobre su uso adecuado.

Valoración de los pacientes mayores de 65 años con elevada carga anticolinérgica (2 o más fármacos de alta potencia anticolinérgica). Reevaluación de los fármacos para la incontinencia urinaria así como el uso concomitante de éstos con absorbentes.

Para medir los resultados se procedió a la revisión de los pacientes por parte del farmacéutico así como la evolución de los indicadores de prescripción con los datos de la aplicación informática.

Resultados

Los resultados obtenidos 7 meses después del inicio del estudio fueron los siguientes:

La prevalencia de uso de IBPs en junio 2018 fue de 152 vs 148 en marzo 2019, lo que supuso un 3,85% menos de prescripción con respecto al año anterior.

Con respecto a los fármacos para la incontinencia, su consumo ha ido creciendo a lo largo de los últimos años. Después de nuestra intervención, en marzo 2019 se observa una reducción de 105 envases con respecto a julio 2018. De los 153 pacientes que utilizaban concomitante estos fármacos con absorbentes, se suspendió el tratamiento farmacológico según las recomendaciones a 46 de ellos (30%). En relación con la valoración de los pacientes con elevada carga anticolinérgica se enviaron para revisar 30 pacientes ajustándose el tratamiento a 10 pacientes (33,3%).

Conclusiones

Los resultados muestran una tendencia a disminuir la prescripción tanto de IBPs como de fármacos para la incontinencia. Se ha logrado modificar el tratamiento a 56 pacientes según nuestras recomendaciones. Podemos concluir por tanto, que las estrategias implantadas son un refuerzo para promover el uso racional del medicamento y la seguridad del paciente pero es necesario analizar los resultados a largo plazo para poder obtener datos más concluyentes.

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN.

AUTORES

MARIA LUISA IBARRA MIRA¹; MJ JIMENEZ CEREZO²; MP GOYACHE GOÑI³; JM CARO TELLER⁴; JM FERRARI PIQUERO⁵; JL BERNAL SOBRINO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El uso de herramientas tecnológicas en el ámbito sanitario, se ha convertido en una estrategia muy utilizada para mejorar la seguridad del paciente. Dentro de este marco, se encuentran los Sistemas Automatizados de Dispensación (SAD). La valoración positiva de las enfermeras favorecerá la implementación en la práctica habitual de los SAD. El impacto de los SAD en la seguridad del paciente y en las condiciones de trabajo del personal de enfermería no es muy conocido, ya que pese a ser una herramienta muy implantada en Centros Sanitarios, la literatura no aporta muchos trabajos que traten estos aspectos.

Objetivos

Evaluar la participación de farmacéuticos en la formación al personal de enfermería en el manejo de Sistemas Automatizados de Dispensación (SAD) en cuanto al efecto sobre su satisfacción y percepción del impacto del uso de SAD en la seguridad del paciente.

Material y métodos

Se realizó un estudio pre/post intervención comparando la formación únicamente a cargo de personal técnico externo (grupo de control) con un modelo proactivo en el que además participaron farmacéuticos del Servicio de Farmacia que expusieron conceptos teóricos y realizaron ejercicios simulados de práctica clínica con pacientes virtuales (grupo intervención).

La población de estudio fueron las enfermeras de 8 unidades de hospitalización de Medicina Interna.

Para evaluar la satisfacción se utilizó un cuestionario previamente validado y, para evaluar la percepción de seguridad, otro específicamente elaborado para este estudio. Los ítems se valoraron con una escala tipo Likert de 7 puntos. Ambos cuestionarios fueron cumplimentados antes de la formación y un mes después.

Las variables cuantitativas, expresadas en medias y desviaciones estándar se compararon mediante la prueba T-Student y las cualitativas, expresadas en frecuencias y porcentajes, mediante la χ^2 y la corrección exacta de Fisher.

Resultados

Respecto a la puntuación en ambos cuestionarios previo a la formación no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

La formación proactiva mejoró la percepción del grupo de intervención sobre seguridad en todas las cuestiones (reducción del tiempo de manejo: 3,57 vs. 2,83, menor riesgo: 3,21 vs. 2,05, mejor conservación: 2,47 vs 1,73, necesidad de formación presencial: 1,79 vs 1,34 y mayor seguridad: 2,81 vs. 1,93, en todos los casos $p < 0,05$) y, sobre satisfacción, en la mayor parte de ellas (6/10).

La formación tradicional, en cambio, mejoró la percepción en el grupo de control en una cuestión de seguridad, empeoró en otra (menor tiempo: 3,41 vs. 2,59, y menor riesgo: 2,34 vs. 3,06, respectivamente; en ambas $p < 0,05$) y no varió en las tres restantes ($p > 0,05$), mientras que sobre la percepción de satisfacción apenas causó impacto (2/10; $p < 0,05$).

Conclusiones

La formación proactiva mejoró claramente la percepción en la seguridad del paciente por el uso de SAD. La satisfacción también aumentó aunque de forma menos clara.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: EL FENÓMENO “CORING” APARECE EN LAS UNIDADES DE NEONATOLOGÍA

AUTORES

Erika Sanchez Ortiz¹; M Izco Urroz²; JM Rodriguez Miguélez³; E Varon Ramirez⁴; M De Lamo Camino⁵; R Cortes Albuixech⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clinic- Sede Maternidad

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) son uno de los ámbitos hospitalarios más expuestos a la comisión de errores de tratamiento. Entre ellos, los errores de medicación (EM) forman parte de una realidad emergente que ha llamado la atención de profesionales y administraciones sanitarias. Además, en los últimos años se ha sumado otro fenómeno que ha empezado a aparecer en las UCIN, durante la preparación de medicación, el “efecto Coring”. Consiste en la fragmentación de micropartículas de goma de la tapa del vial quedando suspendidas en la dilución a administrar.

Actualmente no existe bibliografía que reporte consecuencias de la inyección de micropartículas en Neonatología, mientras que en la población adulta se han descrito granulomas pulmonares, embolización en microcirculación cerebral y muerte, tras su administración inadvertida.

Objetivos

Evitar cualquier riesgo de infusión de micropartículas de goma, tanto por vía endovenosa como endotraqueal, en las Unidades Neonatales

Material y métodos

La Comisión de Seguridad del Paciente Neonatal (CSPN), formada por un equipo multidisciplinar de la unidad, alertó de la presencia de micropartículas en una jeringa en la que se cargaba un antibiótico. La técnica se realizó como habitualmente, con jeringa desechable unida a una aguja 19G, con punta biselada, para perforar el tapón de goma. Después de retirar la aguja del vial se observó un pequeño fragmento gris, del mismo color que el tapón, en el fondo del vial. Se procedió a repetir la acción con cinco viales diferentes y se advirtió el mismo incidente. Finalmente, se administró la gentamicina de otro lote diferente, no visualizándose ese fenómeno. La CSPN contactó con el Servicio de Farmacia y con el fabricante.

Resultados

Conjuntamente, la CSPN y Farmacia decidieron emplear agujas de carga más pequeñas (21G), además de colocar filtro de 0,2 micras en todas las vías por donde se va a administrar medicación endovenosa.

El fabricante concluyó el informe: “la aguja empleada 19G no es la correcta. Usar una aguja mayor de la adecuada supone riesgo de cortar el tapón y que se desprendan fragmentos que caigan en el vial”. Esta advertencia del tamaño adecuado de aguja no figura en ficha técnica del preparado.

Conclusiones

Debido al aumento de casos de este efecto, decidimos contactar con empresas que suministran agujas de carga y nos dieron la solución a nuestro problema. Agujas 18G 40 mm punta roma con filtro de 0,5 micras BD®, para evitar la administración de estas micropartículas.

MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES MEDIANTE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

PATRICIA PALOMERA RUFO¹; F LUACES VIDAL²; E PAIS RODRIGUEZ³; C DIAZ SÁNCHEZ⁴; I MARTÍNEZ GONZÁLEZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

VITHAS HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE AMÉRICA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El desarrollo de la seguridad del paciente cada error o incidente supone una oportunidad para identificar y corregir factores contribuyentes. Habilitar un sistema para la notificación de incidentes de seguridad del paciente permitirá su análisis para la mejora.

Objetivos

- Mejorar el volumen y la calidad de la notificación de incidentes de seguridad
- Consolidar la metodología de análisis de los incidentes de seguridad

Material y métodos

El seguimiento de los incidentes se realiza con carácter mensual en el Comité de Dirección y cuando corresponde en las Comisiones Clínicas. Durante el año 2017, el hospital recibió 192 notificaciones. El 20,65% suponían quejas trasladadas por el personal. Se tomaron las siguientes medidas para mejorar la calidad de las mismas:

- Sensibilización sobre qué y porqué notificar
- Grupos de trabajo para el análisis de incidentes o procesos
- Comunicados internos con ejemplos y medidas adoptadas

Atendiendo al tipo de incidente, se decidió revisar el proceso de “Dispensación de medicación a unidades de hospitalización”, realizado en dosis unitarias con soporte de carros de medicación.

Se analizaron 144 peticiones de medicación dispensada fuera del circuito de carros de medicación, registrándose los siguientes datos:

- Un 66% se concentran en horarios administración de medicación (8.00-8.30/16.00-17.00/17:30)
- Un 12.5% se corresponde con sueros glucosalino con CLK
- Un 14,58% a envases multidosis.

Utilizando el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) se cuantificaron los riesgos de cada uno de los modos de fallo identificados utilizando el índice de priorización del riesgo (IPR) del proceso.

Aunque no ocasionó daños, se inició un análisis causa raíz (ACR) de un error en la “Administración de hemoderivados” para identificar los factores contribuyentes a su aparición.

Resultados

El volumen de notificaciones aumentó un 23,44%, de 192 notificaciones recibidas en 2017 a 257 notificaciones en 2018, mejorando la calidad de las notificaciones (1,17% de quejas en 2018 frente al 20,65% de 2017).

- En el análisis AMFE del proceso de “Dispensación de medicación a unidades de hospitalización” se hallaron 5 puntos críticos con alto INPR para los que se definieron 5 mejoras. Las dispensaciones fuera del circuito bajaron un 69,44% respecto a los datos de partida.
- El análisis ACR del incidente en la “Administración de hemoderivados” identificó 4 causas subyacentes, definiéndose 5 acciones para la mejora del proceso.

Conclusiones

- La notificación de incidentes de seguridad supone un indicador de mejora en la cultura de seguridad del hospital.
- La utilización de metodologías para la reducción de riesgos como AMFE y ACR permiten detectar riesgos para la seguridad del paciente en el proceso.
- El análisis de los incidentes de seguridad desde la Dirección es clave para la implicación de todos los estamentos del hospital.

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES

AUTORES

LAURA FERNANDEZ PEREZ¹; I POSADA LOPEZ²; S ANTELO GONZALEZ³; M ROBLES LOPEZ⁴; J SANTOS FLOREZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los daños ocasionados por la asistencia sanitaria son un problema de salud pública de gran magnitud y trascendencia, que genera cada año miles de muertes y problemas de salud evitables con importantes costes sociales y económicos asociados. La cultura de seguridad(CS) elimina o reduce estos incidentes, de ahí la necesidad de promover prácticas seguras y proporcionar un entorno favorable de Seguridad del Paciente(SP)

Objetivos

PRINCIPAL

Evaluar la constitución y consolidación de un Grupo de Seguridad de profesionales de enfermería que fomenta los cuidados seguros, el entrenamiento en gestión de riesgos y la potenciación de la participación activa de los profesionales en CS

ESPECÍFICOS

- Solventar/disminuir eventos adversos mediante el diseño y perfeccionamiento de estrategias de implantación
- Organizar y estandarizar una intervención formativa con los profesionales de la Unidad
- Analizar el conocimiento, percepción y los cambios conductuales
- Evaluar el grado de satisfacción tras intervención formativa

Material y métodos

CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE SEGURIDAD

Surge desde "Bacteriemia Zero"(2009), posteriormente se perfecciona y amplía el método de implantación de cuidados y es responsable de:

- Fomento la formación en cuidados seguros
- Entrenamiento de equipos de gestión de riesgos
- Comunicación y aprendizaje de incidentes
- Informar de datos de evaluación
- Supervisión proyecto
- Potenciar la participación activa en las mejoras propuestas

ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO, PERCEPCIÓN Y CAMBIOS CONDUCTUALES

Cuestionario Ad hoc pre y post- intervención formativa: 15 ítems

"Ronda de seguridad" medición cambios conductuales: Check- list

ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN

Cuestionario estandarizado una vez realizada la intervención formativa

Resultados

CONSTITUCIÓN GRUPO DE SEGURIDAD

Actualmente se superan con éxito los resultados en las tasas de bacteriemia asociadas a catéter venoso central y brotes por bacterias multirresistentes

ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO, PERCEPCIÓN Y CAMBIOS CONDUCTUALES

Pre-intervención:

Debilidades

- 39% piensan que la complejidad de la asistencia ayuda a evitar daños
- 68% piensan que si realizáramos asistencia con mayor cuidado y atención no cometeríamos errores

- 32% desconoce el concepto “evento centinela”
- 57% piensan que la nomenclatura de notificación SIS-NOT es común en todas las comunidades
- 3,5% desconocen cuál es la base del ciclo de mejora

Fortalezas

- 92% saben cuál es la meta de la reducción de eventos adversos
- 86% conocen los principios fundamentales de la bioética
- 93% conocen cuáles son las Prácticas Seguras del Plan de Seguridad del SNS

Post-Intervención

Cambios conductuales: mejoras significativas en las debilidades detectadas

SATISFACCIÓN

Todos los ítems superan puntuación de 9 sobre 10

Conclusiones

La constitución del Grupo de Seguridad y su mantenimiento en el tiempo ha supuesto el fomento de los cuidados seguros, el entrenamiento en gestión de riesgos y la potenciación de la participación activa de los profesionales en CS

EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA (ETI)

AUTORES

FELIX ALVAREZ FERNANDEZ¹; N MOLDES LEMOS²; M MAGALLANES-BAS³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL POVISA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La Terapia Intravenosa (TIV) es el procedimiento que utiliza la vía venosa para la administración de sustancias líquidas al torrente sanguíneo con fines diagnóstico o curativo, a través de un catéter que se inserta en la luz de un vaso sanguíneo. En la clínica actual es imprescindible el uso de este recurso terapéutico. El manejo de los catéteres es responsabilidad de enfermería, especialmente de los ETI (Equipos de Terapia Intravenosa) con preparación práctica y teórica especificada en la inserción y cuidado de los accesos venosos. En el presente trabajo se realiza una descripción de la TIV, de los ETI, y de los dispositivos implantados por estos equipos.

Objetivos

Valorar el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería del Hospital Povisa acerca de los ETI y sus dispositivos. Analizar el perfil del profesional de enfermería que presenta mayor conocimiento e identificar las causas más frecuentes del desconocimiento de la venopunción ecoguiada.

Material y métodos

Estudio descriptivo. En el estudio se analizan las respuestas de 150 profesionales entre las unidades de Hospitalización Médica y Quirúrgica, Pediatría, Servicios Especiales como UCI, Quirófano, Hospital y Clínica de día, mediante una encuesta anónima validada por expertos en la materia.

Resultados

A la luz de los resultados obtenidos en este estudio se ha demostrado que el 81% (n=123) del personal desconoce las funciones de un ETI.

Con un 18,1% (n=27) de respuestas correctas han respondido que las funciones son, valorar, asesorar, e implantar los dispositivos. El perfil del enfermero/a con más conocimiento e interés sobre estos tiene una media de 32 años, no tiene hijos y afirma no haber tenido oportunidad de realizar una venopunción ecoguiada.

En cuanto al conocimiento de los dispositivos los resultados fueron favorables obteniendo un 73% (n=110) de aciertos en cuanto a la colocación del PICC y un 69,3% (n=73) en el Midline.

Conclusiones

Los resultados obtenidos han mostrado que la mayoría de la población de estudio desconoce que es un ETI.

han evidenciado que existe un gran interés por parte de los profesionales encuestados.

En lo que refiere a los dispositivos, los resultados han mostrado que el personal tiene un porcentaje alto de conocimientos sobre ellos.

En cuanto a la venopunción ecoguiada gran parte de la población muestral nunca la ha puesto en práctica, y la causa más frecuente es por no haber tenido oportunidad.

NUEVOS DIAGNÓSTICOS NO PRESENTES EN LA ADMISIÓN EN RAE-CMBD ARAGÓN 2017, ¿UNA FUENTE PARA ESTIMAR EVENTOS ADVERSOS?

AUTORES

Héctor López-Mendoza¹; C Aibar-Remón²; FE Arribas Monzón³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico U. Lozano Blesa¹; Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico U. Lozano Blesa²; Dirección General de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad de Aragón³.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Identificar procedimientos sin valor y limitar los daños relacionados con la atención sanitaria son objetivos fundamentales para mejorar la efectividad, la eficiencia y la seguridad del sistema sanitario. La identificación de los diagnósticos categorizados como POA-NO (por no estar presente en el momento del ingreso y aparecer durante el período de hospitalización) podría proporcionar información para estimar su frecuencia y los factores que contribuyen a su aparición.

Objetivos

- Identificar pacientes dados de alta con diagnósticos codificados según la CIE-10-ES y categorizados como POA-NO («No Present-On-Admission», no presentes al ingreso y que aparecen durante la hospitalización) en episodios incluidos en el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) que sean útiles para detectar eventos adversos (EA) relacionados con la asistencia sanitaria.
- Analizar su frecuencia y distribución en función de variables de edad y sexo.
- Plantear posibles estudios comparativos con otros sistemas de información utilizados en hospitales.

Material y métodos

Estudio exploratorio descriptivo del registro RAE-CMBD de los hospitales de Aragón durante 2017. Para valorar la relación con EA se realizó una aproximación de clasificación de los diagnósticos POA-NO según revisión bibliográfica en los grupos de infección, medicación, cirugía y procedimientos, cuidados y otros diagnósticos.

Resultados

El estudio incluyó a 10 301 pacientes (59,2% mujeres) con al menos un diagnóstico POA-NO (21 192 diagnósticos POA-NO, 10 749 altas hospitalarias), estimándose 122 diagnósticos POA-NO por cada 1000 altas y una mortalidad del 9,8%. En hombres, los diagnósticos POA-NO más frecuentes estuvieron relacionados con enfermedades circulatorias (12,7%) y en mujeres, con el embarazo y puerperio (30,0). Los grupos más numerosos de EA son los de cirugía y procedimientos (28,8%; 6 104 diagnósticos) e infección (17,4; 3 679). En ambos sexos se observó que el número de diagnósticos POA-NO por alta aumenta conforme aumenta la edad hasta los 75 años, para volver a disminuir en ancianos mayores.

Conclusiones

Nuestros hallazgos están en concordancia con otros estudios disponibles, aunque existen discrepancias según definiciones y metodología aplicadas. El análisis de los diagnósticos POA-NO puede ser un instrumento de utilidad para estimar la frecuencia y distribución de los EA en los hospitales.

Los POA-NO parecen presentar mayor capacidad de identificación de EA en enfermedades obstétricas en mujeres y circulatorias en ambos sexos, además de las relacionadas con procedimientos quirúrgicos. Son necesarios estudios comparativos con otras fuentes de datos para validar el registro RAE-CMBD en la detección de EA, incluyendo la sensibilidad y especificidad de los POA-NO como EA, y para comprobar la utilidad de los POA-NO para la vigilancia de los EA más habituales. Disponer de un registro preciso de diagnósticos POA-NO podría constituir un sistema complementario de vigilancia de EA.

IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO (SEGURIDAD DEL PACIENTE) EN UN LABORATORIO ACREDITADO POR LA NORMA ISO 15189

AUTORES

M^a Liboria López Yeste¹; X Martínez Ollé²; I Caballé Martín³.

CENTRO DE TRABAJO

CATLAB.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La última versión de la UNE-EN ISO 15189:2013 incorpora la gestión del riesgo como requisito y obliga al laboratorio a analizar las incidencias potenciales que puedan tener un impacto sobre los resultados analíticos.

Objetivos

Valorar la eficacia de la implantación del plan de acciones preventivas para la gestión del riesgo en el laboratorio.

Material y métodos

Las etapas de implantación de la Gestión del Riesgo mediante AMFE (Análisis Modal de Fallos y Errores) fueron:

- Formación: una sesión de introducción a la gestión del riesgo y otra más práctica, de cómo cumplimentar los formatos y cómo estimar el riesgo.
- Análisis del riesgo: identificación de los puntos más críticos y riesgos asociados.
- Estimación del riesgo: estimación de la frecuencia, gravedad y detectabilidad.
- Evaluación del riesgo: cálculo de la criticidad (cálculo del Índice de Prioridad del Riesgo o IPR) y priorización según los valores del IPR. Este índice valora el grado de riesgo de 1 a 1000.
- Plan de acciones preventivas: planificación e implantación de las acciones para disminuir el riesgo.
- Valoración de la implantación de las acciones.

Resultados

Los principales puntos críticos se detectaron en la fase preanalítica (relacionados con la petición, las muestras y con la identificación de paciente), seguida de la fase analítica (reconstitución de controles y calibradores, toma de muestra o reactivo por el analizador, configuración de alarmas, entrada manual de datos, analítica incorrecta por petición incorrecta o incompleta, interferencias, tiempos de incubación) y de la posanalítica (transcripción manual de resultados).

Se detectó un promedio por área de 8 puntos críticos en la fase preanalítica, de 2,9 en la analítica y de 1,5 en la posanalítica.

El número de acciones preventivas iniciadas fue de 67. Determinaron mejoras en la documentación (catálogo, instrucciones de trabajo, informe, formatos), revisión de circuitos (transporte al laboratorio y distribución de muestras dentro del laboratorio), formación de personal interno (circuitos, sistemática, documentación) y externo (solicitud, contenedor, extracción e identificación de la muestra), nuevas conexiones de analizadores al SIL, creación de nuevas pruebas, análisis de la influencia del tubo neumático en las muestras, revisión de reglas automáticas de gestión de pruebas, alertas de los equipos, incorporación de nuevos lectores de código de barras, revisión de procedimientos y eliminación de algunas transcripciones manuales.

Conclusiones

La estimación subjetiva que facilita el AMFE coincide con el registro de incidencias y no conformidades en señalar la fase preanalítica cómo la más significativa cómo fuente de errores en el laboratorio.

Si bien la implantación de la gestión del riesgo ha representado un esfuerzo adicional para todos los profesionales del laboratorio, ha sido una herramienta muy útil de mejora, al motivar la implementación de diferentes acciones preventivas que inciden directamente en la seguridad del paciente.

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA NUTRICIONAL ESPECIALIZADA EN EL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES

M Dolores Martín-Rodríguez¹; EM Menor-Fernández²; ML Cordero-Lorenzana³; MT Otero-Barrós⁴; B Gómez-Tato⁵; C Durán-Parrondo⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección Gral. Evaluación Asistencial y Garantías. SERGAS. Servicios Centrales¹; Complejo Hospitalario Universitario de Vigo²; Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña³; Subdirección Gral. Evaluación Asistencial y Garantías. SERGAS. Servicios Centrales⁴; Subdirección Gral. Evaluación Asistencial y Garantías. SERGAS. Servicios Centrales⁵; Subdirección Gral. Evaluación Asistencial y Garantías. SERGAS. Servicios Centrales⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La malnutrición es un problema conocido en los pacientes hospitalizados, especialmente en los pacientes críticos, con una prevalencia que oscila entre el 30% y el 60%, siendo más elevada en el paciente grave, debido a la alteración del metabolismo de los diferentes sustratos y al déficit de nutrientes. La malnutrición es un factor de riesgo independiente de la morbilidad, con aumento de la tasa de infecciones, de estancias en la unidad de cuidados críticos y en el hospital, días de ventilación mecánica, dificultad para la cicatrización de heridas y aumento de la mortalidad.

Objetivos

Disminuir la variabilidad en la valoración del riesgo de malnutrición y optimizar la Terapia Nutricional Especializada (TNE) en el paciente crítico en un Servicio Público de Salud.

Material y métodos

En febrero de 2018 se crea un grupo de trabajo multidisciplinar (12 profesionales: intensivistas, anestesiólogos, endocrinólogo, farmacéuticos, enfermeros, auxiliares de enfermería), coordinado por la Subdirección General con competencias en calidad. Elaboración de plan de trabajo. Revisión de la evidencia científica. Análisis de la situación en los hospitales del Servicio de Salud. Sistematización de los procedimientos de cribado y valoración nutricional, cálculo de requerimientos energético-proteicos, indicación de la TNE, seguimiento y optimización de la TNE, transición de la TNE y continuidad de cuidados. Herramientas de ayuda al profesional. En 2019: revisión externa por líderes nacionales en TNE en paciente crítico. Diseño de registro. Elaboración de materiales formativos/informativos: curso presencial coordinadores y curso básico online. Elaboración del plan de implantación y seguimiento 2019-2020. Implantación.

Resultados

Publicación del programa para la optimización de la terapia nutricional especializada en el paciente crítico "Desnutrición Zero". Creación de un registro informático para el seguimiento de la implantación y evaluación de los indicadores establecidos para monitorizar la efectividad del programa (registro mínimo obligatorio y registro completo 2 meses/año). Realización de curso presencial de coordinadores (22 alumnos). Diseño curso básico online para profesionales de unidades de cuidados críticos. Constitución de equipos de coordinación del programa en las áreas sanitarias de la Comunidad e implantación del Plan. Inclusión de la implantación como objetivo de calidad en el acuerdo de gestión de las áreas sanitarias 2019.

Conclusiones

El programa de optimización de la TNE en el paciente crítico permite una valoración del riesgo de malnutrición y el tratamiento homogéneo de los pacientes críticos con riesgo en todos los centros del Servicio de Salud. La formación de profesionales y la constitución de equipos de coordinación del programa son puntos clave para la sensibilización y la implantación efectiva del mismo. Las nuevas tecnologías son herramientas que facilitan el seguimiento y la evaluación de la efectividad del programa, la toma de decisiones y la continuidad asistencial.

SUPERVISIÓN DE UNIDAD: UNA RUTINA POR CALIDAD Y SEGURIDAD

AUTORES

MARIA GABRIELA SAIZ GARCIA¹; E GONZALEZ FERNANDEZ²; J GONZALEZ GOMEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN²;
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS³.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El trabajo en las Unidades de Hospitalización se desarrolla durante las 24 horas, de lunes a viernes, existiendo riesgos en la calidad, seguridad y continuidad de la atención derivados de la rotación del personal durante el día, habitualmente con tres turnos rotatorios de trabajo.

Es práctica habitual la sesión del cambio de turno, en la que el personal que finaliza el turno hace un traspaso de información al personal que se incorpora al nuevo turno. Esta información puede producirse de diferentes modos, habitualmente se realiza mediante comunicación oral apoyada en un resumen escrito con los aspectos más relevantes.

Sin embargo, el creciente volumen de trabajo derivado del incremento sustancial de la edad media de los pacientes y del porcentaje de personas con mayor nivel de dependencia, hace que la transmisión oral de turno a turno, aún incluyendo las incidencias y cambios más relevantes, puede ser insuficiente para mantener el adecuado seguimiento evolutivo de los pacientes.

Objetivos

Se plantearon los siguientes objetivos:

- 1.- Mejorar el seguimiento del estado de los pacientes
- 2.- Reducir los incidentes de seguridad por inadecuada transmisión de la información
- 3.- Asegurar el control de tareas en caso de ausencia de la Supervisora

Material y métodos

Se desplegaron diferentes protocolos de actuación:

- Procedimientos específicos del Técnico Auxiliar de Enfermería
- Procedimientos específicos de la Enfermera
- Gestión de la Farmacia en la Unidad
- Control de dietas
- Gestión de Almacén
- Peculiaridades del Sintrom
- Gestión del Alta de Hospitalización
- Reposición del Carro de curas
- Descripción de las funciones de la Supervisora
- Sistemática de seguimiento de cada paciente por parte de la supervisora en la primera hora de la mañana de cada día, lo que permite hacer una valoración individualizada de la situación de cada paciente
- Presentación personalizada por parte de la Supervisora a cada paciente, con objeto de establecer la mejor interlocución y confianza en la relación entre paciente y personal de la Unidad

Resultados

Se ha observado en los meses de aplicación:

- Reducción de incidentes de seguridad
- Cero roturas de stock
- Cero caducidades de medicamentos
- Mejor interacción con los pacientes
- Mayor satisfacción del personal eventual cuando se incorpora a la Unidad

Conclusiones

La existencia de protocolos escritos y conocidos mejora el desarrollo de las actividades asistenciales y reduce los riesgos de seguridad.

El control de la gestión de la Farmacia y Almacén en la Unidad Evitan roturas de stock y pérdidas por caducidad

El personal eventual encuentra mejores condiciones para desarrollar su trabajo en la Unidad cuando existen guías y protocolos documentados

Generar confianza con los pacientes y familiares es un objetivo que se debe cuidar de forma especial. El saludo inicial y el trato directo y accesible genera confort y confianza

NUEVO ENFOQUE CENTRADO EN PRÁCTICAS SEGURAS EN UNA UNIDAD FUNCIONAL EN AT. PRIMARIA

AUTORES

Gerardo Garzón González¹; A del Pino de la Fuente²; A Pérez Redondo³; M Alcázar González⁴; MT García Vázquez⁵; T Rincón del Toro⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid¹; Centro de Salud Marques de la Valdavia²; Dirección Asistencial Norte de Atención primaria³; Centro de Salud Rascafría⁴; Centro de Salud Algete⁵; Dirección Asistencial Norte de Atención primaria⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios de Atención Primaria (UF) (se dedicaba la mayor parte del trabajo a la gestión individualizada de notificaciones) se realizó una evaluación y reflexión sobre la sistemática de trabajo. Se encontró que solo 1/6 de los informes de incidentes notificados eran leídos y que de éstos sólo en un 10% se realizaba algún cambio sistémico en el centro de salud (CS). Tras esta evaluación se decidió cambiar el enfoque de la unidad centrando el trabajo en la mejora de la implantación en los CS de prácticas seguras ya definidas

Objetivos

Mejorar la implantación de prácticas seguras (PS) en los CS de la UF

Material y métodos

Se seleccionaron tres CS inicialmente. La intervención se basó en tres reuniones: una reunión central con los responsables de seguridad de sensibilización y dos reuniones con el CS una de reflexión y otra de trabajo. En las dos primeras se identificaban incidentes concretos y sobre ellos se reflexionaba sobre la alta frecuencia, gravedad, evitabilidad, ausencia de culpables, soluciones sistémicas y la forma de actuar ante un incidente. La segunda finalizaba con la elección de 2-3 PS para mejorar su implantación.

En la tercera reunión se repasaban una por una las recomendaciones de las PS seleccionadas y se valoraba su implantación en el centro o no; de no estarlo se analizaban los motivos y se planteaban acciones que el CS llevaría a cabo en las semanas siguientes

Las PS a escoger eran: 1. Mejorar la seguridad de la prescripción en situaciones con alto riesgo de producirse errores, 2. Inmunización segura, 3. Alertas de resultados críticos de pruebas diagnósticas, 4. Anticoagulación segura, 5. Mejorar las discrepancias entre la medicación real que toma el paciente y la registrada en historia, 6. Revisión de caducidades y del aparataje.

Resultados

Las acciones realizadas han sido:

Cambio del circuito interno de comunicación ante alertas radiológicas por resultados importantes

Puesta en marcha de un procedimiento de cita del resultado de citología con la matrona (aunque la paciente no acuda)

Se han repartido a todos los profesionales los valores críticos que activan una alerta de laboratorio.

Inclusión de los nuevos circuitos en el reglamento de régimen interno

Puesta en marcha de un procedimiento para citar a embarazadas e inmunodeprimidos en huecos no forzados

Colocación de carteles "registrar antes de vacunar"

Recordatorios periódicos "registrar antes de vacunar"

Inclusión de medicación de AH desde la primera visita y revisión oportunista de historias para incluir toda la medicación

Implantación de higiene de manos en extracciones

Separación las vacunas infantiles y de adulto en zonas diferentes de los expositores

Conclusiones

La nueva forma de trabajo de la UF ha generado un número importante de acciones que han mejorado la implantación de PS. Además ha habido una alta satisfacción de los CS y de la UF con el trabajo.

VALIDACIÓN DE UN CONJUNTO DE TRIGGER PARA LA IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN AT. PRIMARIA. PROYECTO “TRIGGER-PRIM”

AUTORES

Gerardo Garzón González¹; T Alonso Safont²; M Drake Canela³; MJ Toribio Vicente⁴; A Cañada Dorado⁵; MD Conejos Miquel⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid¹; Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid²; Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid³; Hospital Universitario Gregorio Marañón⁴; Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid⁵; Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El enfoque de la herramienta trigger se enmarca en la mejora de los servicios de salud. La finalidad es mejorar el conocimiento de eventos con daño que se producen por los fallos en la atención y, desde ese conocimiento, plantear acciones de mejora que eviten nuevos eventos adversos (EA) en el futuro. Actualmente el sistema de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación es prácticamente la única fuente de conocimiento de los EA en atención primaria (AP). La revisión de historias clínicas no es utilizada en AP como herramienta por su baja rentabilidad al ser la prevalencia de EA relativamente baja ($\approx 10\%$). El uso de la herramienta trigger en AP aumentaría la rentabilidad de identificar EA con un menor volumen de historias revisadas. Ante la inexistencia de estudios que definan un conjunto de trigger útil en AP ni de estudios de su validación para la identificación de EA se planteó validar esta herramienta para identificar EA en AP.

Objetivos

Estimar el rendimiento de un conjunto de triggers “TriggerPrim” para la identificación de EA en AP

Material y métodos

- Diseño: Estudio observacional transversal de validación de prueba diagnóstica.
- Sujetos: Población >18 años con historia clínica en AP en la Comunidad de Madrid que haya acudido en el año anterior. Tamaño muestral: 2.000 historias, seleccionadas por muestreo aleatorio.
- Variables: “TriggerPrim” si/no, presencia de cada trigger, presencia del EA, tipo de gravedad, evitabilidad y lugar. Edad y sexo del paciente. Fuente de datos: Historia clínica electrónica de AP, base de datos de tarjeta sanitaria, el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos). La identificación de los triggers se realizó de forma automatizada en HCE y los EA fueron identificados mediante revisión de HCE, realizadas por tres pares médico-enfermera previamente entrenados, con previo estudio de concordancia.
- Análisis: Se calculó la prevalencia del conjunto de triggers “TriggerPRIM” e IC95%. La sensibilidad, especificidad, valores predictivos y coeficientes de probabilidad del conjunto de triggers “TriggerPrim” se calculará con sus correspondientes IC95%; así como la prevalencia de EA y su distribución de frecuencias de su gravedad, evitabilidad y lugar.

Resultados

Se encuentran pendientes los primeros resultados en el periodo julio-septiembre 2019.

Conclusiones

Pendientes según los resultados

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS QUE APOYAN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

Andrea Pinilla Rello¹; JM Real Campaña²; A Escolano Pueyo³; A Magallón Martínez⁴; O Pereira Blanco⁵; MR Abad Sazatornil⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Miguel Servet

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La prescripción electrónica asistida (PEA) favorece la intervención farmacéutica al revisar y validar las prescripciones médicas con el fin de aumentar la seguridad y la calidad asistencial que recibe el paciente.

Objetivos

Analizar y valorar la aceptación de intervenciones farmacéuticas (IF) relacionadas con el tratamiento farmacológico del paciente durante el año 2018 en un Servicio de Urgencias.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF realizadas en 2018 en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel registradas en el módulo de PEA de Farmatools®. La PEA está implantada desde 21-noviembre-2017 en todos los pacientes de urgencias que se encuentran en observación/pendiente de ingreso. Las IF se realizaron después de revisar la prescripción y el perfil farmacoterapéutico del paciente. Variables: edad del paciente, grupo terapéutico implicado, motivo de IF, forma de comunicación y grado de aceptación. La valoración de la aceptación se registró en el programa Farmatools®, analizando los cambios relacionados con las intervenciones que se habían realizado en la prescripción.

Resultados

Durante el año 2018 se registraron 1311 IF, lo que supone una media de 3,6 IF/día siendo el 91,7% de las IF aceptadas por los facultativos (27 IF no valoradas). La mediana de edad de los pacientes a los que se realizaron IF fue 77,8 (18,0-100,0) años. La principal vía de comunicación con los facultativos fue escrita, en un 71,7% (aceptadas 92,2% (n=919)), verbal 17,2% (96,5% aceptadas (n=142)) y telefónica 11,1% (98,7% aceptadas (n=223)). Las IF se realizaron sobre 537 fármacos distintos y los grupos terapéuticos implicados con más frecuencia fueron insulinas (15,6%), estatinas (11,0%), hormonas tiroideas (7,1%), ARA II (6,9%), antiagregantes plaquetarios (5,2%) y heparinas de bajo peso molecular (4,1%). El principal motivo de IF fue conciliación (61,9%), destacando: tratamiento habitual no prescrito 52,1% (aceptadas 90,4% (n=418)), mantener dosis de domicilio 20,8% (aceptadas 82,4% (n=165)) y tratamiento habitual confundido 16,7% (aceptadas 87,2% (n=133)). El 30,1% de las IF eran sobre principios activos que había que conciliar en menos de 4h (aceptadas 90,2%, n=244) y el 64,6% en las primeras 24h (aceptadas 84,0%, n=524). Otros motivos de IF: modificación de dosis (9,8%), frecuencia de administración (4,2%) y forma farmacéutica (1,2%). La transcripción de órdenes médicas supuso el 9,1% de las IF y el 6,5% de las IF conllevó la suspensión del tratamiento por interacción, alergia o duplicidad terapéutica.

Conclusiones

El grado de aceptación de las IF en el servicio de urgencias muestra su contribución a la optimización de la PEA, aumentando la seguridad de paciente.

LA SEGURIDAD Y LOS ERRORES DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

M^a Dolores Martínez Patiño¹; M Drake Canela²; MJ Toribio Vicente³; N Domínguez Pérez⁴; J De Vicente Guijarro⁵; L Parra Ramírez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Dirección técnica de procesos y calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria¹; Dirección técnica de procesos y calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria²; Hospital General Universitario Gregorio Marañón³; Dirección técnica de procesos y calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria⁴; Hospital Universitario Ramón y Cajal⁵; Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los fallos en la identificación de pacientes (IP) conllevan un riesgo de complicaciones en la asistencia, que en el ámbito de la Atención Primaria (AP) pueden ser errores en la administración de fármacos, en realización y recepción de resultados de pruebas diagnósticas, en citaciones, anotaciones erróneas en historias clínicas con consecuencias diagnósticas y terapéuticas,...

La identificación adecuada es muy necesaria y hay que implantar medidas para garantizarla de forma proactiva.

Objetivos

- Analizar la frecuencia, momento de aparición y consecuencias para el paciente de los errores de identificación en el ámbito de AP
- Plantear acciones de mejoras

Material y métodos

Estudio descriptivo observacional de los incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) relacionados con la IP, notificados por profesionales de AP de una CCAA durante 2016 y 2017

Resultados

INCIDENTES DE SEGURIDAD

El 13% (341) de los IS notificados se relacionaron con errores en la identificación.

Analizando la magnitud del riesgo:

- se consideró una probabilidad de repetición elevada en el 71% de los IS,
- baja probabilidad de detección en el 9%,
- el 10% (34 casos) alcanzaron al paciente y un 5% (17) tuvo algún impacto (suspensión de procedimientos, monitorización para garantizar que no había daño o alcanza al paciente con posibilidad de daño),
- 1 caso (0,3% del total) presentó alta probabilidad de repetición, baja probabilidad de detección y causó impacto.

ERRORES DE MEDICACIÓN

El 2% (74) de los EM estaban relacionados con la IP. Durante la prescripción ocurrieron el 53% (39), durante la administración por profesionales sanitarios un 20% (15), en la comunicación entre profesionales un 12% (9), en la administración por el paciente un 8% (6) y en la dispensación un 7% (5).

El 12% (9) de los EM tuvo algún impacto, requiriendo monitorización, intervención u hospitalización; éstos se relacionaron con errores en administración de acenocumarol o confusión en el domicilio de fármacos de dos familiares.

ACCIONES DE MEJORA

Para minimizarlos, y a la vista de su magnitud, los dispositivos materiales (pulseras identificativas, identificación por lector de tarjeta sanitaria), no parecen una inversión coste-eficiente.

Cobra especial importancia sensibilizar a profesionales y potenciar medidas tales como: identificación documental, doble identificación verbal (nombre, apellidos, fecha nacimiento), confirmación con cuidadores en pacientes con algún deterioro y en niños, insistir a los pacientes sobre su propia implicación para evitar errores.

Se elabora una Recomendación de Seguridad (RS) para todos los CS (262), que recoge todo el proyecto, e incluye consejos para profesionales y pacientes; se difunde además un cartel informativo para los CS, con mensajes sensibilizadores para pacientes que les impliquen en la su propia seguridad.

Conclusiones

Los errores de IP son poco graves, pero son una causa frecuente de IS y EM. Se difunde una RS con estos resultados y propuesta de medidas para para minimizar su aparición y consecuencias.

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

AUTORES

Ramon Mir-Abellan¹; ML de la Puente-Martorell²; A Cruz-Antolin³; I Leon-Jiménez⁴; R Bayón-Diez⁵; A Falcó-Pegueroles⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Parc Sanitari Sant Joan de Déu¹; Parc Sanitari Sant Joan de Déu²; Parc Sanitari Sant Joan de Déu³; Hospital Universitari Vall Hebron⁴; Parc Sanitari Sant Joan de Déu⁵; Universitat de Barcelona⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La primera estrategia para mejorar la seguridad del paciente en las instituciones es conseguir una cultura de seguridad positiva entendida como la suma de valores, actitudes y patrones de conducta individuales y grupales que determinen el compromiso de la gestión de la seguridad, en la atención y cuidado del paciente. El medir esta cultura puede ser el inicio del ciclo de mejora de cada organización y especialmente en el ámbito de la Salud Mental cobra un especial interés.

Objetivos

- Describir la actitud de los profesionales y auxiliares de enfermería respecto a la cultura de seguridad en el ámbito de la Salud Mental.
- Comparar la cultura de seguridad de los profesionales y auxiliares de enfermería que trabajan en el ámbito de Salud Mental con los que lo hacen en el ámbito de un Hospital de Somática.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal. El total de profesionales y auxiliares de enfermería que participaron en este estudio fue de 313 sujetos dentro del ámbito de la Salud Mental. Para la recogida de datos se utilizó la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, formado por 42 preguntas que se agrupan en 12 dimensiones y cada una de estas engloba 3 o 4 ítems. El cuestionario incluye una calificación global (de 0 a 10) sobre la cultura de seguridad y una pregunta sobre el número de eventos notificados por escrito, además se añadieron algunas variables sociodemográficas y profesionales de interés en el estudio. Se consideró que una dimensión era una fortaleza si había más de un 75% de respuestas positivas y una oportunidad de mejora si había más de un 50% de respuestas negativas.

Resultados

La media a la pregunta sobre la calificación global de la seguridad del paciente se situó en un 6,93. El 40,57% (n=99) de los sujetos respondió no haber realizado ninguna declaración en sistema de declaración de incidentes en el último año. Las dimensiones "Trabajo en equipo en la unidad/servicio" y "Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad" se consideraron dimensiones fortaleza con el 86,98% y 79,92% de respuestas en positivo respectivamente. La dimensión "Dotación de personal", se consideró una dimensión oportunidad de mejora con el 53,16% de respuestas en negativo.

Conclusiones

El estudio ha proporcionado información sobre las actitudes positivas y negativas de los profesionales y auxiliares de enfermería que ejercen su labor asistencial en el ámbito de la Salud Mental y estos datos se han podido comparar con los obtenidos en otros estudios que se han llevado a cabo en diferentes ámbitos de trabajo (Quirófanos, Urgencias, Pediatría...), dónde se ha apostado desde las propias administraciones con una estrategia más fuerte en la puesta en marcha de Prácticas Seguras y en la Formación Continuada de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente.

EMPLEO DE CHALECOS INFORMATIVOS PARA EVITAR INTERRUPCIONES DURANTE EL MANEJO DE MEDICAMENTOS

AUTORES

VICTOR GARCIA ALVAREZ¹; S ESCOBAR JORQUERAS²; L MARTIN GONZALEZ³; S LOZANO MONCAYO⁴; E SENAU RAMIREZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL DE VILADECANS.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las interrupciones y distracciones durante la preparación y administración de medicamentos son un factor de riesgo muy importante cuando hablamos de errores de medicación y, según algunos estudios, cada interrupción mientras se preparan y administran los fármacos aumenta en un 13% el riesgo de cometer un error.

Objetivos

- Promover una preparación y administración segura de medicación.
- Disminuir los eventos adversos relacionados con el manejo de medicamentos.

Material y métodos

Durante 10 semanas se realizaron cortes mediante observación directa para contabilizar el número de interrupciones, en una unidad de hospitalización, durante la preparación y administración de medicación: 5 semanas en fase control y, posteriormente, 5 semanas en fase intervención (uso de chaleco informativo).

Se comparan los resultados entre ambas fases y se realiza valoración con los profesionales implicados y con pacientes/entorno para valorar la experiencia.

Resultados

Durante la fase intervención se observó una reducción del 32% de interrupciones. En relación al motivo, no se observaron diferencias siendo en su mayoría causadas por otros profesionales (79%). Ninguna interrupción fue atribuible a causa justificada.

Tanto los profesionales como los pacientes/entorno consideran las interrupciones un problema y valoraron positivamente la intervención. Asimismo, la "multitarea" (teléfono, timbres, etc.) destaca como el origen de muchas interrupciones.

Conclusiones

Se observa una alta tasa de interrupciones durante la preparación y administración de medicación principalmente por motivos no relacionados con el medicamento. El uso de chaleco como elemento de visibilidad puede ser efectivo pero estos deben formar parte de un plan más amplio que incluya otras intervenciones como sensibilización, tanto a profesionales como a pacientes/entorno, y cambios organizativos.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE ADECUADAS PRÁCTICAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN FARMACIA ONCO-HEMATOLÓGICA

AUTORES

Javier Rodríguez-Carracedo¹; I Rodríguez-Peñín²; L López-Sandomingo³.

CENTRO DE TRABAJO

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En el área de farmacia onco-hematológica se dispone de recomendaciones de seguridad del paciente y calidad asistencial contenidas en los documentos Recomendaciones de las Sociedades Españolas de Farmacia Hospitalaria, Enfermería Oncológica y Oncología Médica para la gestión segura de medicamentos antineoplásicos en pacientes con cáncer (documento SEFH/SEEO/SEOM) y Validación Farmacéutica de la Prescripción del Paciente Oncológico del grupo de farmacia oncológica (GEDEFO) de la SEFH. Nuestro Servicio de Farmacia está acreditado por la norma UNE EN ISO 9001:2015. La aplicación de los principios de gestión de la calidad conduce a la estandarización de los procesos, gestión de riesgos e implantación de acciones que promuevan la mejora continua.

Objetivos

Comprobar el grado de seguimiento de las recomendaciones sobre seguridad y calidad contenidas en los documentos SEFH/SEEO/SEOM y GEDEFO para obtener información que permita realizar actividades de planificación, control y mejora dentro del plan de calidad del servicio.

Material y métodos

Se realizó una selección de recomendaciones en función de su impacto sobre la seguridad y calidad del servicio, elaborándose una lista de comprobación. Las recomendaciones se agruparon por bloques temáticos para facilitar su revisión y análisis: formación; procedimientos asistenciales y validación; sistemas de soporte a la asistencia y fuentes de información; elaboración; paciente: información y derechos; gestión de la calidad; seguridad; plan de atención farmacéutica. El residente en formación en el área de farmacia onco-hematológica, al finalizar su periodo de rotación, y el farmacéutico especialista responsable, realizaron la verificación de la lista. Cuando se produjeron discrepancias, se seleccionó el resultado menos favorable. En cada área temática se establecieron medidas correctoras realizando una priorización en función de su facilidad de implantación y la repercusión en la seguridad del paciente.

Resultados

Apartados totales/superados: Formación: 3/1. Procedimientos asistenciales y validación: 12/7. Elaboración: 13/10. Sistemas de soporte a la asistencia y fuentes de información: 5/4. Paciente: información y derechos: 4/1. Gestión de calidad: 2/2. Seguridad: 7/6. Plan de atención farmacéutica: 7/2. Se propusieron medidas correctoras: desarrollo profesional continuo del personal de enfermería y residente en formación, conciliación del tratamiento crónico, información escrita sobre manejo de medicamentos peligrosos en domicilio, incorporación de bolsas de plástico transparente con cierre hermético para transporte de las unidades de quimioterapia y propuesta e implantación de la administración por código de barras.

Conclusiones

La elaboración y aplicación de la lista de comprobación ha permitido evaluar en profundidad la adecuación a las recomendaciones de calidad y seguridad y ha permitido diseñar medidas correctoras para su implantación y posterior evaluación, manteniendo el ciclo de mejora continua.

MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES, MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR

AUTORES

FÁTIMA VILELA VILAR¹; D GARCÍA AMADO²; M PANISELLO BERTOMEU³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL JUAN CARDONA¹; HOSPITAL JUAN CARDONA²; HOSPITAL COMARCAL DE AMPOSTA³.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Un notable porcentaje de los pacientes hospitalizados, desarrollan alguna infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS), siendo especialmente relevantes las causadas por microorganismos multirresistentes (MMR) que contribuyen a un aumento de la mortalidad, debido a las importantes limitaciones terapéuticas existentes. La prolongación de las estancias hospitalarias y el mayor consumo de recursos, derivados de las IRAS, conllevan un incremento del gasto sanitario.

Objetivos

El objetivo principal del proyecto es reducir el impacto de las infecciones nosocomiales, mediante el desarrollo e implantación de un protocolo de manejo de pacientes portadores de MMR que permita:

Identificar precozmente a los pacientes portadores de MMR.

Detectar y controlar los brotes nosocomiales causadas por MMR.

Disminuir las tasas de infecciones por MMR.

Adoptar las medidas necesarias para prevenir la transmisión de MMR.

Homogeneizar criterios de implementación de las medidas de prevención.

Material y métodos

Se trata de un proyecto de intervención en el que se pretenden definir las actuaciones a llevar a cabo para la detección, manejo y tratamiento de los pacientes portadores de MMR, con el fin de minimizar el impacto de las infecciones causadas por MMR. Fases:

I. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar.

II. Análisis de la situación inicial.

III. Revisión bibliográfica y búsqueda de evidencia científica.

IV. Elaboración de procedimientos de trabajo específicos para cada área.

V. Elaboración de la documentación definitiva del proyecto y aprobación por la Comisión de Vigilancia de la Infección Hospitalaria.

VI. Formación e información al personal.

VII. Evaluación y seguimiento periódico.

VIII. Feedback de los resultados.

Resultados

El grado de cumplimiento del protocolo de aislamiento se ha incrementado un 5,4%.

El grado de cumplimiento del protocolo de limpieza y se ha incrementado un 10,61% en Bloque quirúrgico, un 4,62% en áreas de alto riesgo y se mantiene en valores del 100% las áreas de riesgo medio y bajo.

La adhesión al protocolo de higiene de manos ha mejorado en “los 5 momentos”, resultando un incremento global de un 8,76%.

La tasa de Infección de Localización Quirúrgica global se ha reducido de un 1,12 % a un 0,51% (-45,53%). La mayor reducción se ha observado en Cirugía Contaminada y Limpia.

No se han evidenciado cambios significativos en la incidencia de infecciones asociadas a Catéter Venoso ni a Sonda Vesical.

El índice global de bacteriemias ha descendido de un 0,69% a un 0,45% (-34,93%), y las bacteriemias ocasionadas por MMR se ha reducido de un 0,54% a un 0,22% (-58,59%).

Conclusiones

La implantación del protocolo de manejo de pacientes portadores de MMR, ha mejorado los índices de adhesión y cumplimiento en todas las áreas de intervención; identificación y manejo de casos, aislamiento, limpieza y desinfección e higiene de manos. La evidencia más significativa de la eficacia del proyecto ha sido la reducción de las tasas de infección de localización quirúrgica y las bacteriemias.

ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

AUTORES

VICTÒRIA SABATÉ CINTAS¹; E BADIA PERICH²; A MARTÍNEZ NEJEM³; S SERRANO FARGAS⁴; N PRAT GIL⁵; JM BONET SIMÓ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORTE.
INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La calidad asistencial debe orientarse a la seguridad del paciente. En Atención Primaria (AP), nivel asistencial más utilizado por la población, existen escasos trabajos sobre sucesos adversos (SA). Desde el estudio APEAS del 2006, no existen nuevos estudios específicos en AP para valorar la evolución de la seguridad del paciente en este ámbito.

Objetivos

Identificar los sucesos adversos (SA) que se derivan de la asistencia en AP, incluyendo tanto incidentes (sin daño a paciente) como eventos adversos (con daño a paciente), así como las acciones derivadas de su análisis.

Material y métodos

Se implanta un sistema de notificación y gestión de SA en el territorio (4600 profesionales AP) que asiste a 1.500.000 hab. Nuestra organización gestiona por procesos y el sistema de notificación tiene puerta única y es accesible a cualquier profesional a través de la intranet. Roles definidos: notificador (cualquier profesional), gestor (director y responsable de calidad) y líder de proceso transversal. El gestor puede realizar el análisis en el mismo aplicativo (factores contribuyentes, causas, acciones de mejora). El notificador introduce el SA y hace seguimiento de todas las acciones que realizan los gestores. El líder tiene la visión global del proceso para valorar acciones globales. Se analizan cuantitativa y cualitativamente todos los sucesos adversos notificados, los análisis y acciones de mejora propuestas periódicamente.

Resultados

Periodo 2017-2018: 9639 sucesos adversos (SA) notificados, 97% incidentes y 3% eventos adversos.

Clasificación SA: 25% medicación, 20% coordinación entre niveles asistenciales, 20% gestión de la demanda, 15% atención urgente, 10% laboratorio, 10% otros.

Principales causas detectadas: Errores prescripción fármacos, errores preparación/administración vacunas. Carteras de servicio y criterios de derivación poco definidas. Falta comunicación entre profesionales diferentes niveles asistenciales. Errores circuitos internos programación. Errores identificación pacientes. Protocolos atención urgente poco específicos. Rupturas stock box urgencias. Mala preparación paciente para pruebas laboratorio.

Acciones implantadas: Receta electrónica, procedimiento uso interno medicamento, procedimiento vacunas. Revisión carteras de servicio y criterios de derivación 7 especialidades. Creación unidades funcionales transversales de seguridad al paciente con 5 hospitales. Creación visitas virtuales entre niveles asistenciales. Cambio modelo agendas asistenciales. Mejora identificación del paciente. Protocolos actuación urgencias. Procedimiento montaje y revisiones box urgencias. Mejora hojas informativas de pruebas.

Conclusiones

La frecuencia de SA en AP es baja y predominan los incidentes sin daño a paciente. Igual que en el estudio APEAS, los más frecuentes son los de medicación. Destacan los incidentes de coordinación, que facilitan análisis con otros niveles asistenciales. La notificación de SA mejora la cultura de seguridad al paciente en todos los procesos de la organización.

ABORDAJE CORPORATIVO DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE CRÓNICO

AUTORES

María Lourdes Ramirez Samaniego¹; L Martinez Rodriguez²; J Letona Aramburu³; M Bacigalupe Artacho⁴; R Gonzalez Linares⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Subdirección de Calidad - Dirección General de Osakidetza

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La gestión de la cronicidad, exige orientar el sistema sanitario tanto en términos de cuidar como de curar así como prevenir las hospitalizaciones innecesarias. Este cambio requiere: la participación de pacientes y cuidadores, invertir en tecnologías de la información, educar a los pacientes a gestionar su enfermedad, coordinación interprofesional, promover una medicina basada en la evidencia e integrar los cuidados de atención primaria, hospitalaria y del ámbito social.

La experiencia de estas personas es fundamental si queremos innovar y conseguir una organización sanitaria más orientada y en línea con las necesidades reales de los pacientes crónicos.

Objetivos

En el marco del sistema vasco integrado de salud, conocer la experiencia del paciente crónico, definida como la información que proporciona la persona sobre lo que le ha sucedido en la interacción continuada con los profesionales y los servicios sanitarios, su vivencia de dicha interacción y de los resultados de la misma.

Analizar la experiencia del paciente conjuntamente con indicadores de seguridad del paciente y de efectividad clínica, para evaluar la calidad de la atención de la que son objeto estos pacientes.

Material y métodos

Trabajo de campo Encuesta de carácter corporativo, a través de cuestionario IEXPAC para medir la experiencia de las personas con enfermedades crónicas sobre su relación con los profesionales sanitarios de Osakidetza en 3 niveles de atención (Salud mental, Media y Larga estancia y Atención Primaria).

Resultados

La experiencia de los pacientes en el entorno de la utilización de las nuevas tecnologías, impactan de forma negativa en el resultado global de la satisfacción de los mismos

La variabilidad en los resultados, es más apreciable cuando analizamos la encuestación de los crónicos en Atención Primaria, no objetivándose en los otros dos niveles asistenciales.

El año 2018 ha sido el primer año de encuestación con el IEXPAC de manera corporativa a pacientes crónicos y en tres ámbitos de actuación: Consultas de Medicina de familia, Red de salud mental y Hospitalización de media y larga estancia.

Conclusiones

Potenciar para próximas ediciones la fortaleza de la herramienta en cuanto a segmentación de la población de análisis, para poder obtener el máximo rendimiento de esta metodología (por tipo de patología crónica, por franjas de edad, por nivel de atención, etc.).

El análisis de los resultados obtenidos permite identificar áreas de mejora y priorizar líneas de actuación según la relevancia de las mismas.

Incorporar los resultados obtenidos en la planificación de los organizaciones facilitará la mejora continua de los servicios ofertados. Necesidad de reforzar la implicación y autogestión de la enfermedad por parte de los pacientes crónicos, así como la coordinación interprofesional y comunicación óptima entre profesionales y pacientes.

MAPA DE RIESGOS Y SNEA PARA LA MEJORA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS/URGENCIAS EN CENTROS AMBULATORIOS

AUTORES

NORMA GRAU BALCELLS¹; DJ MOYA ALCOCER²; J ORTNER SANCHO³; R MANZANERA LOPEZ⁴; C SAURÍ CASADELLA⁵.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En 2014 MC Mutual inició la puesta en marcha de una doble estrategia: Prevenir los riesgos y aprender de los errores. Para la estrategia preventiva se definieron los riesgos relacionados con la atención ambulatoria y se priorizaron siguiendo la metodología AMFE. Entre los priorizados estaba el manejo adecuado de las situaciones de emergencia/urgencia. En la estrategia reactiva se puso en marcha una plataforma de notificación de eventos adversos (SNEA), que ha recibido varias notificaciones relacionadas con respuestas inadecuadas en dichas situaciones.

Objetivos

Analizar el uso del mapa de riesgos y el SNEA como instrumentos de mejora en la respuesta ante situaciones de emergencia/urgencia para el paciente atendido en un centro asistencial de una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.

Material y métodos

Análisis del Mapa de Riesgos para el periodo 14-16 del proceso de atención ambulatoria, para detectar los riesgos con mayor Índice Priorización de Riesgos (IPR) que están relacionados con la actuación adecuada en caso de emergencia/urgencia. Paralelamente se analizan las notificaciones recibidas en la plataforma SNEA relacionadas con estas situaciones en los centros asistenciales. Finalmente se estudian las acciones de mejora implantadas tras el estudio del AMFE junto a las derivadas del análisis de los Eventos Adverso, y el impacto en el manejo de las mismas

Resultados

El AMFE en una primera revisión, destaca como riesgo extremo la realización de una RCP incorrecta, con un IPR de 279. Como acción de mejora se actualizó el procedimiento de revisión del carro de paros en los centros asistenciales, y se unificó la sistemática de revisión, también se integraron los útiles para emergencias y la medicación, en un único carro. Se han recibido 8 notificaciones de EA durante el periodo 15-18 relacionados con la atención de urgencias/emergencias. Se realiza análisis causal en todas ellas, en 2 casos de mayor gravedad se realiza a través de protocolo London en grupo de expertos. Se definen acciones de mejora específicas: aumento de la capacidad de las bombonas de oxígeno, incorporación de material y medicación para nebulizaciones, integración de medicación para el Síndrome Coronario Agudo, actualización del circuito interno de actuación, unificación de la sistemática y criterios de derivación y provisión de material específico para la conservación y transporte de una zona amputada. En la segunda revisión del Mapa de Riesgos por el mismo grupo de expertos, el proceso de atención urgente pasa de un IPR promedio de 194 (2015) a un IPR promedio de 147 (2018).

Conclusiones

El análisis del Mapa de Riesgos de Atención Ambulatoria junto al SNEA nos ha permitido intensificar las acciones de mejora implantadas en el área de atención de una emergencia o urgencia en un centro asistencial. La actualización y ampliación de protocolos específicos, planificación de simulacros de emergencia con asignación de roles, ha proporcionado seguridad al personal del centro, indispensable para atender una emergencia médica.

¿PARA QUÉ NOS SIRVEN LAS AUDITORÍAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?

AUTORES

CARME SAURI CASADELLA¹; M TORRES MAGAN²; N GRAU BALCELLS³; R MANZANERA LOPEZ⁴; D MOYA ALCO CER⁵; M PLANA ALMUNI⁶.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las auditorías de seguridad del paciente son una herramienta de evaluación del sistema de gestión del riesgo para el paciente en los centros de MC Mutual.

La mutua dispone de 90 centros de atención ambulatoria distribuidos por el territorio nacional, la estrategia de seguridad del paciente, dirigida a todos los centros, se centra en implantar y consolidar acciones destinadas a mejorar el riesgo de las actuaciones sanitarias y también a mejorar la cultura de los profesionales en los centros. La dispersión territorial es un factor a considerar en la implantación. Se diseñan auditorías orientadas a evaluar la implantación de las actuaciones diseñadas para los centros. Además se realiza videoconferencia previa a cada auditoría, donde se revisan aspectos de seguridad del paciente que creemos mejoran la comunicación y la cultura organizativa.

Objetivos

Evaluar el resultado de las auditorías de seguridad del paciente en los centros de atención ambulatoria en MC Mutual tras tres años de implantación

Material y métodos

Se realizan auditorías de seguridad del paciente en más de 60 centros ambulatorios de MC Mutual durante el periodo 2016-2018. Se diseña un formulario de 47 actuaciones destinadas a minimizar el riesgo en la atención ambulatoria. El Departamento de Auditoría Interna de la Mutua lleva a cabo estas auditorías.

De cada auditoría se obtiene un informe con las incidencias detectadas y se define un índice de criticidad para cada incidencia, en función de la gravedad y la frecuencia de aparición.

Se mide el índice de criticidad global y su evolución anual. Se diseñan acciones de mejora para resolver las incidencias y se mide el nivel de resolución global (incidencias que no se vuelven a detectar).

Resultados

Se han encontrado 117 incidencias en 62 centros auditados durante el periodo 2016-2018. Estas incidencias se agrupan en 39 tipologías diferentes, resultando un promedio de 2 incidentes por centro.

Las incidencias que tienen un índice de criticidad más elevado, son más frecuentes y más graves, están relacionadas con la revisión y control del equipamiento sanitario, y con las puertas de acceso a los centros.

El índice de resolución inmediata de las incidencias detectadas es del 90%. El índice de resolución global, incidencias que no se repiten en ningún centro, es del 78%

Se han puesto en marcha 30 acciones destinadas a mejorar la seguridad del paciente durante este periodo.

Conclusiones

Las auditorías de seguridad del paciente son un instrumento que permite evaluar el nivel de implantación de las estrategias planificadas. Este proceso de revisión identifica actuaciones que se consolidan, actuaciones que muestran mayor resistencia y permite modificar el foco en función de nuevos riesgos detectados.

El sistema ha de tener capacidad para resolver las incidencias como motor de mejora continua. También, incorporarle un índice de criticidad a las incidencias ayuda a priorizar actuaciones y recursos sobre aspectos clave para la seguridad de la atención.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

AUTORES

SUSANA GONZÁLEZ MARTÍNEZ¹; D MEDINA DÍAZ²; S GARCÍA DÍAZ³; P REDONDO LÓPEZ⁴; M CARRASCO RIVERA⁵; S MAYORALAS ALISES⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAN JOSÉ

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los medicamentos de alto riesgo hospitalarios son aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Su adecuada gestión contribuye a reducir los posibles errores que con ellos se puedan producir, repercutiendo en la calidad asistencial.

Objetivos

Puesta en marcha de un procedimiento de seguridad de medicamentos de alto riesgo en un hospital gineco-obstétrico. La finalidad es evitar que se produzcan errores en todas las etapas que conforman el uso de estos medicamentos (selección, identificación, almacenamiento, prescripción, dispensación, administración).

Material y métodos

Para la elaboración del procedimiento, el servicio de farmacia en colaboración con los supervisores de enfermería del hospital ha definido un listado en el que se indican los medicamentos de alto riesgo disponibles en el hospital. De los 507 medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica, se seleccionaron aquellos definidos por el ISMP (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos) como de alto riesgo y que tienen repercusión en el hospital. Una vez elaborado el listado se definieron una serie de prácticas específicas en cuanto al manejo de estos fármacos en las distintas etapas: selección (minimizando el número de presentaciones de un mismo fármaco), identificación (mediante etiquetas en sus gavetas de almacenaje), almacenamiento y distribución (diferenciado del resto de medicamentos tanto en servicios centrales como en periféricos) y prescripción (mediante la implantación de la técnica de las letras mayúsculas resaltadas). Para comprobar los resultados de implementación del procedimiento se realizarán semestralmente auditorías internas en los servicios implicados.

Resultados

Se han identificado un total de 42 medicamentos de alto riesgo en el centro entre los que se encuentran la adrenalina, cloruro potásico, agentes de contraste, soluciones salinas hipertónicas, etc. Como no existía separación física de estos fármacos en los almacenes, se han reestructurado tanto el almacén central como los periféricos para separarlos del resto de medicación, y se han etiquetado las gavetas que los contienen con las leyendas "Medicamentos de alto riesgo" y en el caso que proceda "No administrar por vía parenteral". Se ha establecido un circuito diferenciado de dispensación de estos medicamentos desde farmacia a los almacenes periféricos, en cajas específicas o bolsas etiquetadas de forma que cuando la medicación llega a las unidades se reconozca inequívocamente. En la primera auditoría realizada tras tres meses desde la implantación del procedimiento, se ha verificado su cumplimiento.

Conclusiones

El establecimiento de un procedimiento de gestión de los medicamentos de alto riesgo en el centro cumple un objetivo prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente. La implantación de estas medidas reducirá la posibilidad de que los errores con estos medicamentos ocurran, contribuyendo a la implementación de prácticas seguras en el hospital.

HEMOCULTIVOS Y CONTAMINACION EN UN INSTITUTO DE ESPECIALIDADES MEDICAS Y QUIRURGICAS DEL (2016-2018)

AUTORES

CRISTINA BORDANOVE VAZQUEZ¹; M BAÑOS ROS²; T FAURA VENDRELL³; M PIAZUELO PONT⁴; A MUELA CORREA⁵; M ALMELA PRADES⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINIC.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En el 2015 el Servicio de Microbiología del Hospital Clínic de BCN observó una elevada tasa de hemocultivos probablemente contaminados (HC), motivo por el cual y de forma prospectiva se estableció para el 2016 un indicador de calidad (ICH) basado en la tasa de hemocultivos contaminados (THC) en el Instituto Clínic de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y en donde se observó retrospectivamente que estaba por encima del 3%, como valor máximo recomendado.

Objetivos

- 1.- Conocer las tasas globales de HC en el ICMEQ en periodo de estudio.
- 2.- Conocer el grado de conocimiento de la enfermería en relación al método de obtención de las muestras de sangre de los hemocultivos, teniendo como referencia el último PNT editado.
- 3.- Detectar, si los hubiera, los puntos débiles y realizar la formación adecuada.
- 4.- Bajar la THC por debajo del 3%, máximo recomendado.

Material y métodos

- a) Hemocultivos: Se realizaron utilizando las botellas de cultivo BD Bactec Plus Aerobic/F y BD Bactec Lytic/10 Anaerobic/F, que fueron procesadas en el Sistema BD BactecFX
- b) Antisepsia para la extracción de sangre: Se realizó con solución alcohólica al 70 (v/v) y solución alcohólica de gluconato de clorhexidina al 2%, siguiendo el protocolo de nuestro Hospital
- c) Criterios de contaminación:
 - 1.- Un solo hemocultivo positivo para microorganismos que habitualmente colonizan la piel de los pacientes, personal sanitario y/o superficies.
 - 2.- Dos o más hemocultivos positivos de especies diferentes
- d) Encuesta de conocimiento (EdC) y formación: Realizada al personal de enfermería de todos los turnos y salas de hospitalización del ICMEQ. Durante el mes de Abril del 2017 se pasaron 58 EdC a las enfermeras de todos los turnos. En Junio del 2017 se revisó y actualizó el procedimiento de recogida de sangre para hemocultivos, se realizó formación con una presentación y un cartel informativo, haciendo énfasis en los puntos de la EdC que no superarón, el 80% de respuestas correctas..
- e) Cálculo de la tasa de contaminación: Se determinó calculando el porcentaje de HC en relación a los realizados para el conjunto del ICMEQ y sus diferentes Salas de hospitalización. $\text{Número de hemocultivos contaminados} \times 100 / \text{Número de hemocultivos realizados}$

Resultados

En la primera EdC realizada en Abril del 2017 se contabilizaron 442 preguntas de las cuales el 74.1% fueron satisfactorias. En la segunda EdC, Enero 2018, hubo una mejora clara en el global del conocimiento dado que el 84.9% de las respuestas fueron correctas. La THC global bajo del 4.6% en el 2016 a 1.6% en el 2018.

Conclusiones

La calidad y eficiencia de los hemocultivos depende en gran medida de cuando y como se realizan. Disponer de un indicador de calidad de aquellos (ICH) va a permitir conocer en el ámbito asistencial, de cómo se realizan y a partir de esa realidad establecer las medidas correctoras necesarias para mejorar el diagnóstico microbiológico de las bacteriemias y/o fungemias.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA Y TASA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL. ANÁLISIS DE 5 AÑOS EN UNA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA LABORAL

AUTORES

JUAN CARLOS SERFATY SOLER¹; JE RODRIGUEZ TORREBLANCA²; L CABOT MOTA³; R CABALLERO MUÑOZ⁴;
C JIMENEZ GONZALEZ⁵; DJ MOYA ALCOCER⁶.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La política de calidad en MC Mutual contempla como uno de sus ejes fundamentales la Seguridad del paciente. Es clave la importancia de la Cirugía Segura en estas políticas. Entre las actuaciones de prácticas seguras en cirugía es la infección una de las más destacadas. La actividad quirúrgica en MC Mutual se centra en aspectos traumatológicos mayoritariamente de cirugía limpia de alta complejidad en pacientes en edad activa. Los sistemas de registro de la infección quirúrgica han sido implantados en la mayoría de comunidades autónomas españolas lo que permite observar una mejora global y sustancial en las tasas de infección posquirúrgica en la mayoría de regiones y centros. En nuestro caso se realizan seguimientos suplementarios de los que se informa en esta comunicación.

Objetivos

Análisis del cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica y seguimiento complementario de la infección postquirúrgica en un dispositivo especializado en la traumatología laboral durante los últimos cinco años, mostrando las relaciones entre infección y las variables relacionadas con este evento adverso.

Material y métodos

Se revisan anualmente una muestra de pacientes quirúrgicos. En las clínicas de MC Mutual en Barcelona realizamos anualmente un análisis de todos los pacientes operados, durante 2 semanas completas al año, seleccionadas aleatoriamente. De la muestra obtenida registramos el tipo de intervención que se ha realizado, su carácter programado o urgente, el grado de contaminación cutánea, el ASA del paciente, si ha sido implantado algún material y si entraba en los criterios, según nuestros protocolos estándar definidos por la Comisión Farmacoterapia, de recibir profilaxis antibiótica. Comprobamos si la ha recibido, si el antibiótico pautado era el indicado y el intervalo de tiempo transcurrido desde la administración del fármaco hasta el inicio de la cirugía. Anotamos la duración de la intervención y si ha recibido otras dosis intra o postoperatorias.

Resultados

Se presentan los datos de incidencia de la infección postquirúrgica, que evoluciona favorablemente. Así en el 2014 fue de 0,42%, en 2015 de 0,39%, en 2016 de 0,30%, en 2017 de 0,21% y en 2018 de 0,26%. Durante este periodo hubo una reducción del 38%, a pesar de tener valores muy por debajo del estándar (2%). Paralelamente la prescripción del antibiótico adecuado en la profilaxis quirúrgica oscila entre el 100% y el 97% en los casos que lo requerían. En cuanto a la administración de este antibiótico el tiempo promedio durante el periodo de estudio es de 43 minutos (rango de 38 a 50 min).

Conclusiones

El análisis sistematizado de la profilaxis antibiótica nos permite detectar errores en el cumplimiento de este protocolo clave en seguridad del paciente, tanto cuantitativos (por exceso o defecto de tratamiento) como cualitativos (error en la selección del antibiótico) y valorar la repercusión que tiene sobre la tasa de infección nosocomial.

PLAN DE MEJORA DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

AUTORES

PATRICIA FERNÁN PEREZ¹; N GARCIA GARCIA²; JC CERDEIRA VARELA³; JL PÉREZ OLMO⁴; MV HERNÁNDEZ JARAS⁵; A COLOMER ROSAS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Una de las herramientas, de utilidad ampliamente demostrada, para mejorar la cultura de Seguridad del Paciente (SP) son las Rondas de Seguridad (RS), cuyo principal objetivo es potenciar la implicación de los Directivos, detectar mejoras en las unidades y promover el cambio a una cultura de SP. Los resultados de los últimos 3 años de las RS realizadas en Unidades Funcionales (UF) pese a cumplir con la meta propuesta (81%, 100%, y 85%) no eran homogéneos en participación (de directivos y de visitas a las unidades asistenciales que conforman las 26 UF), contenido y registros.

Objetivos

Mejorar la realización, contenido y registro en Actas de las RS

Material y métodos

Resultados cualicuantitativos de 3 años previos.

Grupo de trabajo: Equipo Directivo, Responsable de Farmacia y Departamento de calidad.

Dos reuniones:

1ª.- Se expusieron los resultados que mostraba las diferencias en el nº, contenido y realización de actas de las RS. Tormenta de Ideas para identificar las dificultades que encontraban para hacer las RS. Se agruparon y se hizo una priorización puntuando las cinco más importantes (de 5 a 1) puntuándose como 0 el resto.

2ª.- Se siguió la misma metodología para identificar y priorizar las mejoras a implantar. Se elaboró un Plan de Mejora a desplegar en el año en curso.

Resultados

Las dificultades priorizadas por importancia fueron:

1. Elevado número de unidades asistenciales con dispersión por toda la comunidad autónoma y diferentes turnos por lo que se precisa un elevado nº de RS para llegar a todos los profesionales.
2. Además de para hacer las RS se aprovechan las visitas para comentar con los profesionales otros temas de interés.
3. Diferencias en el conocimiento y planteamiento de las RS tanto por los directivos como en las unidades.
4. Se realizan en periodo de actividad asistencial, por lo que con cierta frecuencia son interrumpidas por motivos asistenciales.
5. No se asigna a nadie la realización de acta o registro o firma, lo que genera diferencia en los contenidos y sobre todo que no se recuerden los acuerdos.

Propuestas realizadas:

- 1.- Realización de un procedimiento en el que se normalice la realización y los contenidos de las RS así como el registro.
- 2.- Establecimiento de un Cronograma mensual que establezca de forma anticipada el plan de visita, la presencia del Responsable de Unidad Funcional, los directivos y responsables que acuden y un número de RS mínimo al mes a realizar (3).
- 3.- El registro se remitirá a la Coordinadora de Calidad que dará reporte trimestral al Equipo Directivo.

La implantación se ha comenzado en abril del presente año y se han comenzado a recoger las Actas de las RS.

Conclusiones

Las RS requieren un elevado esfuerzo en tiempo cuando las unidades están dispersas y son numerosas. Además los turnos de trabajo dificultan que se cumpla el objetivo de llegar a todos los profesionales. Implantar un cronograma y metodología acorde a necesidades, y plan de visita que implique al mando intermedio, estimamos que puede generar la mejora prevista

ACOGIDA AL CIUDADANO EN LOS CENTROS DE SALUD DE NUESTRO TERRITORIO ENMARCADA EN LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES

AUTORES

Yolanda Mengíbar García¹; N Camañes García²; A Cortes Cortes³; MT Anglès Segura⁴; D Ayala Villuendas⁵; C Carrillo Ciurana⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Unidad de Calidad Territorial Gerencia Camp de Tarragona del ICS¹; Gerencia CT_ICS²; Dirección Atención Primaria CT_ICS³; Dirección Atención Primaria CT_ICS⁴; TIC_GCT_ICS⁵; TIC_GCT_ICS⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Para poder realizar una atención integral al paciente, es clave la integración de los procesos administrativos. Los profesionales administrativos son facilitadores del servicio, están cerca tanto del profesional como del ciudadano. Es importante que sus actividades estén acompañadas de un alto nivel de calidad, especialmente en aspectos de accesibilidad, trato, comunicación e información al paciente. El proceso de acogida del nuevo ciudadano en el Centro de Salud (CS), es un momento clave e importante donde podemos dar a conocer la carta de derechos y deberes de los ciudadanos, además de incidir de manera positiva en el primer contacto.

Objetivos

Garantizar que el ciudadano atendido en nuestro territorio recibe una acogida por parte de los profesionales administrativos estandarizada, completa y que aporte valor al ciudadano.

Material y métodos

Nos planteamos fases: Primera fase: Análisis de situación actual. Segunda fase: Identificar responsables del proceso de acogida por centro. Constituir grupo de trabajo. Definir el procedimiento de acogida al ciudadano enmarcada en la carta de derechos y deberes. Diseñar una lista de verificación en la aplicación proactiva en seguridad del paciente "ProSP" utilizada en el territorio. Aprobación en los diferentes órganos de gobierno. Tercera fase: Formación y presentación del proceso. Cuarta fase: Evaluación de la implantación.

Resultados

Primera fase: DAFO realizado. Segunda fase: 20 Responsables de acogida en el territorio. Grupo de trabajo constituido integrado por 9 profesionales multidisciplinares. Reuniones con el GdT realizadas. Procedimiento de acogida al ciudadano realizado consta de: Carta de Derechos y Deberes: Derecho 3. Acceso al sistema sanitario: Cartera de servicios, Guía programación visitas on-line, Información Call-center, APP 061 e Información blog (según centro). Derecho 4. Intimidad y confidencialidad: Hoja de confidencialidad. Derecho 5. Autonomía y toma de decisiones: Hoja informativa documento de voluntades anticipadas. Derecho 6. Información sanitaria, documentación clínica y TIC: e-Consentimiento, Tríptico Mi Salud. Derecho 10. Participación: Reclamaciones y sugerencias. Tercera fase: Formación y presentación del proceso de acogida en todos los CS. Cuarta fase: Evaluación de la implantación 2018: 100% de CS utilizan la acogida en la aplicación ProSP. Se realizaron 8.554 acogidas, de las cuales sólo 17 (0'2 %) se cerraron con alguna información incompleta.

Conclusiones

Los profesionales administrativos han incorporado este procedimiento en su trabajo diario. La aplicación ProSP, nos ha permitido estandarizar la acogida del ciudadano garantizando que recibe información estructurada en relación a sus derechos y deberes como ciudadano. Los ciudadanos de nuestro territorio reciben la misma acogida en todos los CS.

TODA LA VIDA LO HEMOS HECHO ASÍ ¿CÓMO ES POSIBLE QUE NO ESTERILICEMOS BIEN EL MATERIAL DE CURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

AUTORES

Rafael M Ortí Lucas¹; D Guillamón Estornell²; A Bediaga Collado³; C González Steinbauer⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico Universitario.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La formación del personal auxiliar, la adecuación de los recursos, la validación de los autoclaves y la realización de controles de calidad son esenciales para garantizar la esterilización del material de curas y consecuentemente evitar las infecciones en los centros de atención primaria (CAP). La certificación 9001 de un CAP detectó fallos graves en la esterilización, evidenciando que es una práctica sanitaria desatendida en atención primaria.

Objetivos

Evaluar la idoneidad de los procesos de esterilización en los CAP de un Departamento de salud de Valencia e Implantar un sistema de gestión basado en la formación de los profesionales implicados y la adecuación a las normas técnicas.

Material y métodos

Tras realizar un inventario de los miniclaves de vapor disponibles en los 30 CAP y consultorios auxiliares del Departamento, se evaluaron los procedimientos aplicados mediante una encuesta sobre tipo de material esterilizado y criterios de uso, dirigida a los responsables de cada equipo. La comparación de los datos de la encuesta con los miniclaves disponibles permitió analizar la adecuación de los equipos a las indicaciones de uso.

Resultados

La media de uso de los miniclaves era de 9 ciclos y 19 horas semanales, generalmente para esterilizar material de curas crítico. De los 38 miniclaves inventariados sólo el 45% respondían a las necesidades. No garantizaban la esterilización los 20 clase N (el personal embolsaba el material y 8 de ellos, adquiridos antes de 1996, estaban obsoletos) ni uno de los 12 clase S. Además de los 6 miniclaves de clase B, 4 excedían las necesidades requeridas.

Conclusiones

La certificación de un CAP permitió detectar la ineficiencia de los recursos y el uso inadecuado de los procesos de esterilización en todo un Departamento sanitario. La falta de atención a la atención primaria “desde siempre” (bajas inversiones en equipos e insuficiente revisión de la práctica y supervisión de los procesos de esterilización) repercute en la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

El sistema de gestión implantado contribuyó a mejorar los procesos, garantizar el control y seguimiento de las actividades sanitarias y, en definitiva, conseguir un mejor servicio para los pacientes.

PROYECTO DE HIGIENE DE MANOS EN CENTROS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

AUTORES

BLANCA TORRES MANRIQUE¹; C ORUÑA CONCHA²; P CORRO MADRAZO³; E RUIZ ROBLES⁴; MP ALVAREZ GARCIA⁵; JA DE LA FUENTE ALONSO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

UNIDAD DE FORMACIÓN SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD¹; UNIDAD DE FORMACIÓN SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD²; UNIDAD DE FORMACIÓN SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD³; TÉCNICO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES INSTITUTO CÁNTABRO DE SERVICIOS SOCIALES CONSEJERÍA DE UNIVERSIDADES E INVESTIGACIÓN, MEDIO AMBIENTE Y POLÍTICA SOCIAL.⁴; SUPERVISORA DE ENFERMERÍA. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA⁵; UNIDAD DE FORMACIÓN SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Actualmente, los centros de atención a la primera infancia de servicios sociales públicos son utilizadas por un 20% de la población aproximadamente y se encuentra en aumento. En las escuelas y guarderías, los alumnos trabajan con las manos, comparten objetos, o juegan con arena.

El lavado de manos es la medida más importante para la prevención de transmisión de las infecciones. Más del 80 % de las infecciones habituales se transmiten por las manos. Las infecciones más prevalentes en las guarderías son gastroenteritis, otitis, gripe, resfriado común, bronquiolitis y neumonías.

En esta estrategia preventiva es importante fomentar unos buenos hábitos de higiene a los profesionales de estos centros, como a los niños desde pequeños.

Objetivos

General

- Fomentar la cultura de higiene de manos como un hábito de vida saludable para la prevención de infecciones en los centros de atención a la primera infancia extensible a la vida diaria.

Específicos

- Concienciar a los profesionales sobre la importancia de una buena higiene de manos.
- Fomentar una cultura de higiene de manos de manera individual y grupal.
- Enseñar cómo realizar los momentos correctos de higiene de manos.
- Fomentar que los niños como agentes de cambios, promuevan esta cultura en sus familias.

Material y métodos

El proyecto se realizó en el mes de marzo de 2019 en los cinco centros de atención a la primera infancia de la comunidad autónoma donde se llevó a cabo la actividad formativa. Los docentes fueron tres enfermeras del Servicio Cántabro de Salud. Los destinatarios fueron empleados públicos que trabajan en cada uno de los centros.

Las sesiones tenían una duración de 2 horas y con una media de 15 participantes. Cada sesión estaba estructurada por una parte teórica con una duración de 30 minutos y talleres prácticos con una duración de una hora y media. El bloque teórico explicó 1) en qué momentos hay que lavarse las manos, 2) técnica de lavado de manos con agua y jabón y solución hidroalcohólica y 3) uso correcto de los guantes. Además, se distribuyó material informativo y cartelería.

Los talleres consistieron en un circuito con 3 puntos para realizar lavado correcto de las manos con agua y jabón, solución hidroalcohólica y por último visualización de la técnica correcta mediante lámpara de luz ultravioleta para la mejora de la técnica del lavado.

Resultados

La actividad formativa fue realizada por un total de 91 profesionales. Con una gran acogida y sensibilización en la importancia de la correcta higiene de manos por parte de los trabajadores, así como los niños.

Conclusiones

Una correcta higiene de manos evita la transmisión de microorganismos responsables de las infecciones en estos centros, como gastrointestinales, respiratorias e intoxicaciones alimentarias. Esta iniciativa ha promovido que los centros estén diseñando su propio plan de mejora sobre la higiene de manos implicando a las familias y los niños. La formación es pieza clave en la adherencia a la higiene de manos.

PROPONEMOS UN NUEVO ENFOQUE DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: MAPA DE RIESGOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

Nuria Hernandez Vidal¹; M Gens Barbera²; E Vidal Esteve³; Y Mengibar Garcia⁴; L Palacios Llamazares⁵; M Muniain Diaz de Cerio⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Unitat de Qualitat Territorial CT. ICS

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La atención en el domicilio del paciente es muy compleja. En la mayoría de los procesos asistenciales hay muchos pasos y profesionales que actúan, lo que facilita la aparición de problemas de seguridad. En la estación clínica de trabajo registramos mucha información disgregada que no facilita su interpretación, dificulta la identificación de las áreas críticas para la gestión del riesgo y, por tanto, la toma de decisiones para la implantación de prácticas seguras.

Objetivos

Incorporar a la atención domiciliaria el modelo de gestión del riesgo basado en la identificación y gestión de las áreas críticas en SP. Transformar de manera automática los registros que constan en la historia clínica en un mapa de riesgo con alertas visuales que facilite la toma de decisiones al profesional y permita implantar prácticas seguras.

Material y métodos

1) Se constituye un grupo de trabajo con profesionales expertos. 2) Se identifican las áreas de riesgo en el entorno de la atención domiciliaria: Identificación de los pacientes, autonomía, apoyo social, cuidador, riesgo o presencia de úlceras, riesgo o presencia de caídas, valores y creencias, uso seguro del medicamento, riesgo de infección, control de síntomas, ingresos evitables, continuidad asistencial en AP, coordinación en las transiciones, entorno de trabajo de enfermería y la cultura de seguridad. 3) Se identifican los registros que deben alimentar cada área de riesgo. 4) Presentación del proyecto. 5) Solicitud a la IDIAP Jordi Gol para obtención de recursos y soporte para su desarrollo. 6) Coordinación con las TIC i área de formación e investigación de nuestro territorio.

Resultados

Grupo de Trabajo creado. Proyecto presentado a los órganos de gobierno de nuestra gerencia, al GdT_Atdom del territorio, Congresos y Jornadas. "Ajut a projectes de recerca en AP" IDIAP Jordi Gol, concedida. TIC y área de formación incorporados al proyecto. Áreas críticas identificadas. Registros de cada área crítica en fase de identificación: Proyecto OCACT: área de transiciones, coordinación asistencial e ingresos evitables. Gestoras de casos de los EAP: área de identificación, autónomos, riesgo de caídas, riesgo úlceras, cuidador. Unidad farmacia AP: área uso seguro del medicamento. Equipo de trabajo social: área apoyo social. Enfermeras y médicos expertos en final de vida: área control de síntomas. Comité de Ética: área de Creencias y valores. Matemático: indicador sintético de cada área de riesgo. Informático: visualización en la Hª Clínica.

Conclusiones

Este nuevo enfoque del programa de atención domiciliaria desde el modelo de Seguridad del Paciente y la transformación de la información registrada en la estación clínica en un mapa de riesgos con alertas visuales, facilita la interpretación de los datos, la toma de decisiones al profesional y la gestión del riesgo, proporcionando una atención más segura al paciente en atención domiciliaria. El trabajo multidisciplinar es indispensable para el desarrollo del proyecto.

GENERANDO SEGURIDAD FACILITANDO LA CONCILIACIÓN

AUTORES

Tamara Alonso Safont¹; JL Aréjula Torres²; M Casado López³; M Hernández Pascual⁴; M Sánchez-Celaya del Pozo⁵; AL Mataix Sanjuan⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Asistencial Atención Primaria.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los errores de medicación (EM) son la primera causa de eventos adversos en la asistencia sanitaria, según estudios de seguridad del paciente en atención primaria (APEAS) hospitalización (ENEAS) y urgencias (EVADUR).

La ausencia de una historia farmacoterapéutica (HFT) estandarizada, completa y accesible, pacientes crónicos y polimedicados atendidos por diferentes niveles asistenciales y múltiples profesionales, son origen de la mayoría de los EM

Objetivos

Mejorar la seguridad del paciente a través de la HFT única

Material y métodos

Se desarrolla un módulo único de prescripción (MUP) para todos los ámbitos asistenciales. Cualquier profesional tiene acceso a la información, existiendo distintos perfiles para garantizar confidencialidad, seguridad de los datos y trazabilidad. Incorpora firma electrónica a través de certificado digital centralizado.

Estandariza información farmacológica con una base de datos de medicamentos (financiados y no financiados, de visado, publicitarios y fórmulas magistrales), se normaliza la selección y permite en la búsqueda establecer filtros de dosis, contenido y vía.

Genera HFT única para todos los ciudadanos, con tratamiento activo, fármacos suspendidos, visados, alergias, reacciones adversas, recomendaciones no sustitución y anulaciones cautelares de oficina de farmacia.

Emite hoja de medicación para el paciente. Y es posible consultar dispensaciones.

Establece fecha de revisión medicación crónica, modificable únicamente desde atención primaria (AP)

Resultados

MUP es único punto de generación de prescripciones de medicamentos para dispensación en oficinas de farmacia. Implantado en 262 centros de salud, 163 consultorios, 35 hospitales, 25 residencias de mayores, servicio de urgencias; integrado con inspección sanitaria. En 4 meses, de los posibles prescriptores han usado MUP 60.84% en atención hospitalaria (AH) y 100% en AP. 7.615.514 nuevas prescripciones (19% en AH), suspendidas 267.262 (1,15% en AH) y modificadas 7.201.070 (2% en AH). Gestionadas 234.887 prescripciones de visado.

Se ha facilitado la conciliación de la medicación (CM) como proceso multidisciplinar de responsabilidad compartida entre profesionales de salud, sin olvidar paciente y familiares, pudiéndose garantizar que la medicación que toma el paciente es la necesaria. Con lo que mejora la calidad farmacoterapéutica que recibe el paciente, disminuyen los EM en transiciones asistenciales y consecuentemente mejora la seguridad del paciente.

Permite conocer grado de adherencia al tratamiento, y mantener informado al paciente que es responsable de la medicación en el domicilio.

La AP se erige garante de la conciliación y continuidad terapéutica, asumiendo de forma prioritaria la revisión del tratamiento crónico

Conclusiones

Una HFT única es el primer paso para una correcta CM, e indispensable para garantizar continuidad de los tratamientos. La CM es responsabilidad de todos, pero es fundamental para la seguridad del paciente el papel de AP coordinando las diferentes decisiones terapéuticas.

PROCESO DE ACREDITACIÓN EN GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

AUTORES

N FERNANDEZ GUTIERREZ¹; I URRUTIA JOHANSSON²; M DE LA SOTA ALONSO³; I ARRINDA ATUTXA⁴; G ZALDUEGUI AMURIZA⁵; I SIERRA-SESUMAGA ALDAY⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRO SOCIO SANITARIO ORUE IMQ-IGURCO.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Es importante poner de manifiesto la necesidad de identificar y desarrollar estrategias para mejorar la seguridad del paciente en el entorno socio sanitario, según se recoge en la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS (2015-2020), sobre todo teniendo en cuenta la creciente necesidad de atención sanitaria en población institucionalizada, con alta prevalencia de fragilidad y dependencia funcional asociada a la enfermedad crónica, polifarmacia y desnutrición, todos ellos mayores potenciadores de riesgos sanitarios.

Objetivos

1. Mejorar la seguridad de los pacientes ingresados en un Centro Socio sanitario a través de un proceso de minimización de eventos adversos.

Material y métodos

En octubre 2016 se crea la Comisión de Seguridad del Paciente, que realiza un diagnóstico de los riesgos existentes para los pacientes, definiendo un plan de acción para cada riesgo, que quedará recogido en diferentes protocolos de actuación, orientado a su minimización. Se define el siguiente mapa de riesgos. Para cada riesgo identificado, se crea un plan de acción que incluye la redacción de protocolos de actuación, dotación de infraestructuras y/o formación específica del personal para los citados riesgos. Asimismo, se definen indicadores asociados a cada evento adverso, orientados a monitorizar las mejoras asociadas al cumplimiento del plan de acción.

Resultados

Se consigue la acreditación en Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente (AENOR UNE 179003:2013) con fecha 6 de noviembre de 2018 tras auditoría de proceso los días 23 y 24 de septiembre del mismo año; tras comprobar el sistema de identificación y notificación de los riesgos, el procedimiento definido para su minimización y la monitorización de los indicadores que avalen su cumplimiento.

IMQ IGURCO ORUE, se convierte en la primera residencia del País Vasco, en obtener dicha acreditación

Conclusiones

Tal y como define el estudio EARCAS (Eventos Adversos en Residencias y Centros Socio sanitarios), los incidentes y eventos adversos más comunes están relacionados con los cuidados proporcionados a los pacientes, con el uso de la medicación y con las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

SAN MAMES, SIGUE EN LA LIGA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL

AUTORES

ISABEL URRUTIA JOHANSSON¹; K ALONSO RODRIGUEZ².

CENTRO DE TRABAJO

CLÍNICA IMQ ZORROZAUURRE¹; IMQ².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El Estadio de San Mames se constituyó en el 2017 como el primer Estadio de fútbol a nivel estatal e internacional que conseguía adecuar su proceso de atención asistencial a los requisitos de una norma de seguridad clínica, en UNE 179003. Este sistema de gestión de riesgos ha supuesto un reto en todos los sentidos, ya que año tras años, se siguen implementando mejoras de gran impacto, para seguir manteniendo su liderazgo en cuanto a seguridad asistencial se refiere.

Objetivos

- Realizar una asistencia rápida, segura y eficaz tanto a socios, aficionados, jugadores, directivos
- Asegurar la competencia técnica y competencial de todo el dispositivo humano desplegado.
- Maximizar un control exhaustivo de todo el aparataje médico existente.
- Potenciar una gestión farmacoterapéutica segura.
- Garantizar una coordinación efectiva entre todos los estamentos implicados en los eventos deportivos.

Material y métodos

En el año 2016, se constituyó una Comisión de Seguridad Clínica para diseñar y trabajar en un modelo de seguridad asistencial adaptado a los eventos deportivos del Athletic Club, de los que IMQ es responsable. Se tuvo como referencia la norma UNE 179.003 de gestión de Riesgos Sanitarios. En mayo de 2017, se obtiene la certificación. Durante el año 2018, se despliegan diferentes iniciativas de mejora derivadas de un AMFE. También se procede a la instauración de la metodología SBAR como método de transmisión efectiva de la información, recertificando de nuevo el estadio. Durante el año 2019, se introducen innovaciones organizativas con un impacto positivo en el Cuadro de Mando Asistencial.

Resultados

- Único estadio a nivel nacional e internacional que sigue apostando con rigor por la Seguridad del paciente, más allá, de los estándares establecidos en dicha materia por la UEFA.
- Mayor adhesión, compromiso y capacitación del despliegue de los profesionales que prestan la actividad asistencial en dichos eventos.
- Potenciar la seguridad clínica en el proceso de atención asistencial: evitar productos y medicación caducada, llevar control de equipos de reanimación, establecer protocolos rápidos y eficaces de actuación ante emergencias.
- Lograr mayor coordinación y comunicación entre los profesionales – método SBAR-
- Optimizar los recursos materiales desplegados incluyendo los dispositivos asociados a UVI MÓVIL.

Conclusiones

Las características asociadas a los eventos acontecidos en un estadio de fútbol, donde los perfiles de los usuarios son muy diferentes: jugadores, aficionados, socios, concurrencia de diferentes edades, patologías, idiomas, alcohol, ... además de una activación del sistema simpático adrenérgico, provocan una media de 90 asistencias/año. Por ello, consideramos totalmente replicable la norma UNE 179.003 a los estadios de fútbol, ya ayuda a minimizar los riesgos y potenciar la seguridad asistencial de todos los presentes

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD: UN ESFUERZO COMPARTIDO DE MEJORA CONTINUA

AUTORES

Carolina Ruiz Entrecañales¹; P Cazallo Navarro²; MD Montserrat Capella³; L Delgado Tellez⁴; ML Romero Mena⁵; M Gómez Rodríguez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los sistemas de notificación (SN) se crean con la finalidad de aprender del error. Una vez el profesional notifica se canaliza la información identificando las posibles causas para establecer medidas correctoras. Posteriormente se difunde para corregir la práctica. Entonces ¿por qué se siguen notificando los mismos incidentes una y otra vez? ¿Falla el SN? ¿Fallan el análisis o la difusión? ¿Falla todo?

Objetivos

1. Tener una imagen de la situación actual que permita diseñar un plan de mejora.
2. Describir los tipos de notificaciones más frecuentes en el hospital.
3. Determinar cuestiones internas y externas que puedan afectar la gestión del SN vigente en el hospital (CISEM).

Material y métodos

Revisión de las notificaciones del hospital a través del SN e informes de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) desde 2016 a 2019: N° y tipo de notificaciones realizadas, porcentaje de ellas analizadas e informes validados.

Valoración del nivel de conocimiento del CISEM en enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAES) a través de auditoría interna (2017, 2018 y 2019). Realización de análisis DAFO para determinar los factores internos y externos que puedan estar afectando tanto positiva como negativamente la gestión de CISEM.

Resultados

Notificaciones: 451 en 2016, 716 en 2017 y 829 en 2018.

Analizadas: 44 (12,2%) en 2016, 278 (42,7%) en 2017 y 414 (55,9%) en 2018.

Con informe validado: 22 (6,1%) en 2016, 263 (40,4%) en 2017 y 407 (54,9%) en 2018.

Medidas correctoras 3 en 2016, 6 en 2017 y 43 en 2018.

Tipo de incidente más notificado: pruebas diagnósticas, 2016: 45 (21,13%) 2017: 304 (62,42%) 2018: 338 (60,68%). El 2º tipo fue: Cuidados del paciente en 2016 y 2017: 41 (19,25%) y 59 (12,11%) respectivamente, la Gestión Organizativa en 2018: 65 (11,67%).

En relación al conocimiento del CISEM: el 12,37% de los profesionales en 2017, el 12,87% en 2018 y el 13,39% en 2019 lo desconocen. Debilidades: Falta procedimiento para la gestión de incidentes. Retraso o falta de realización de análisis. Falta difusión de mejoras propuestas y seguimiento de las mismas. Falta conocimiento en los profesionales acerca de CISEM y de qué notificar. Infranotificación y gran variabilidad en la consideración de incidente. Percepción de falta de tiempo para notificar. Desmoralización con la gestión de las notificaciones.

Fortaleza: Existencia de grupos de seguridad en servicios especiales que analizan sus incidentes. Responsables de seguridad médicos y de enfermería en todas las unidades.

Conclusiones

1. Aumento del número de notificaciones, pero aún queda un porcentaje elevado sin analizar. Se mantiene el perfil del tipo de notificaciones. Falta de feedback a los profesionales.
2. Uno de cada 10 profesionales de enfermería y TCAE desconoce el SN. Poca difusión de CISEM.
3. Se inician acciones: Procedimiento de gestión de incidentes. Realización de píldoras formativas en la APP de formación. Boletines informativos de Seguridad del Paciente.

ÚLCERAS POR PRESIÓN, UN PASO MÁS EN EL CUIDADO Y SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES

AUTORES

FERNANDO TALENS BELÉN¹; E VIVES SÁNCHEZ²; S BERENGUER CERDÁ³; N MARTÍNEZ DUCE⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las úlceras por presión son un problema sociosanitario que, lejos de decrecer y a pesar del conocimiento preventivo existente, han repuntado con una prevalencia hospitalaria nacional del 7,87%

Todo ello nos ha llevado a plantearnos un proyecto que nos permita dar un paso más en una patología que a pesar de los años y a pesar de los esfuerzos empleados, parece estar en un punto de no avance y que por razones de seguridad y de sostenibilidad nos impulsan a realizar este esfuerzo

Objetivos

Establecer la prevalencia total y nosocomial de UPP en el hospital

Dimensionar el estado epidemiológico de las UPP en el centro mediante diferentes indicadores descriptivos.

Unificar criterios de actuación para disminuir la variabilidad clínica

Material y métodos

Actualización de protocolos y talleres de formación.

Estudio de prevalencia que incluye:

Prevalencia total o cruda

Prevalencia nosocomial

Prevalencia nosocomial de pacientes de riesgo medio alto

Indicador sintético de prevención de úlceras por presión

Distribución pacientes con riesgo alto de UPP / SEMP dinámica

Distribución del número de pacientes con UPP sin riesgo de padecerlas o con un riesgo bajo, para origen nosocomial

Distribución del número de pacientes con UPP con categoría III y IV, para origen nosocomial

La población estudiada son pacientes ingresados durante más de 24 horas en unidades médico-quirúrgicas y la Unidad de Cuidados Intensivos, tanto neonatal como de adultos

Quedaron excluidos: obstetricia, Urgencias, psiquiatría y la Unidad Hospitalaria a Domicilio

La obtención de datos se hace a través de escalas validadas de medición de riesgo en UPP

Resultados

La muestra de estudio la componen 14.461 con los siguientes resultados:

Indicador sintético de prevención (ISP): con una consecución del 98,86%

Prevalencia total o cruda: media del 5,4%.

Prevalencia nosocomial: media del 2,9%

Prevalencia nosocomial riesgo alto: 11,62%

Distribución pacientes con riesgo alto de UPP / SEMP dinámica.

SEMP: 67,59%.

Distribución del número de pacientes con UPP sin riesgo de padecerlas o con un riesgo bajo, con origen nosocomial.

Para riesgo bajo: 9,36%

Para pacientes sin riesgo: 2,97%

Distribución del número de pacientes con UPP con categoría III y IV, para origen nosocomial.

Para categoría III: 1,62%

Para categoría IV: 0,87%

Conclusiones

Este proyecto nos permite trabajar de forma directa con los profesionales instaurando en su práctica clínica la cultura de seguridad. El registro de las UPP en la plataforma SINEA permite, a través de las sesiones de seguridad que se realizan con los profesionales, darles visibilidad y difundir la importancia del problema, así como concienciar que el cuidado de las mismas es responsabilidad de todo el equipo.

Los Indicadores descriptivos nuevos que se van incorporando al estudio nos permiten conformar un mapa epidemiológico de UPP cada día más completo y, por tanto, que refleje fielmente la realidad y necesidades a las que nos enfrentamos en nuestro centro.

¿QUÉ PASA CON MIS MUESTRAS? MEJORA DEL CIRCUITO DE TRAZABILIDAD DE MUESTRAS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

AUTORES

Ainhoa Epalza Bueno¹; M Mikel Latorre Guisasola²; M Santa Cruz Cenitagoya³; D Pérez Corro⁴; M Andreu Villagran⁵; J García Gutierrez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Cruces. OSI EEC¹; Hospiatl Universitario Cruces²; Hospital Universitario Cruces³; Hospital Universitario Cruces⁴; Hospital Universitario Cruces⁵; Hospital Universitario Cruces⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El equipo del Proceso Quirúrgico ha definido líneas de trabajo específicas en seguridad de paciente, entre las que se encuentra la monitorización de incidentes de seguridad. Del análisis de esta información, se decide abordar los problemas asociadas a trazabilidad de muestras de Anatomía Patológica, .

Objetivos

Garantizar la trazabilidad de las muestras obtenidas en el quirófano y reducir el número de incidencias relacionadas. Homogeneizar las prácticas de trabajo en el bloque quirúrgico. Sistematizar el registro de incidencias: motivo y localización

Material y métodos

Se constituyó un equipo específico para analizar las incidencias recibidas, hacer un análisis del circuito establecido y proponer acciones de mejora concretas.

La revisión de incidencias objetiva que donde más errores se comenten es en el proceso de identificación y etiquetado de la muestra. El equipo propone abordar el problema desde una doble perspectiva:

1. Mejorar la captación de la información de incidentes, para conocer el impacto real y magnitud (número, tipo, procedencia, impacto...). Para ello, se define el sistema de registro de información y los campos mínimos a recoger.

2. Disminuir la variabilidad en el bloque quirúrgico mediante la definición y puesta en marcha de un sistema protocolizado de recogida y custodia de muestras. La propuesta incluía las siguientes acciones:

- Habilitar un espacio fijo para depositar las muestras hasta su recogida.
- Instalar un sistema de cajones para el almacenamiento de las muestras, con Identificación inequívoca del quirófano de procedencia.
- Sistema de doble verificación de muestra-volante en dos momentos diferentes: a la extracción y a la recogida.

Se pilotaron ambas medidas durante 3 meses y se hizo una primera valoración. Posteriormente, ambas iniciativas se han extendido a otras las áreas en las que se obtienen muestras para estudio. Próximamente se prevé extenderla también a las áreas de hospitalización.

3. Se hacen revisiones mensuales del despliegue.

Resultados

1. La mejora en la sistemática de recogida de información ha permitido disponer de información más detallada de incidentes y focalizar los esfuerzos en áreas concretas del Bloque quirúrgico (Ginecología, Cirugía Plástica, Cirugía general y Urgencias) y del resto de áreas (Broncoscopia, Endoscopia y CCEE).

2. Elaboración de un Protocolo unificado para la recogida y custodia de muestras.

3. Mejora en la custodia de las muestras, especialmente en las que se dejan para el día siguiente y fin de semana.

Conclusiones

La recogida de incidencias de seguridad, permite obtener información para proponer áreas de mejora. Crear un circuito sencillo y ágil para detectar las incidencias es importante para poder poner soluciones. Protocolizar nuestra actividad de manera sistematizada reduce la variabilidad y la probabilidad de cometer errores. Trabajar en equipos multidisciplinares permite tener una visión tridimensional y ofrecer soluciones.

ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

AUTORES

Roser Sin Cabrero¹; E Auger Alberti²; C Cernuda Terol³; D Gallardo Giralt⁴; I Brao Pérez⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Institut Català d'Oncologia.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La asistencia sanitaria es cada día más compleja y la seguridad del paciente se ha convertido en una de las dimensiones de calidad asistencial más valorada. Las Rondas de Seguridad de Pacientes son reuniones periódicas entre la dirección del hospital y los profesionales implicados en un determinado servicio para abarcar temas relacionados con seguridad de pacientes.

Este programa se puso en marcha durante 2015 en una institución sanitaria multicéntrica monográfica de cáncer, primero en hospitalización y el mes de abril de 2017 se inició en el área de hospital de día (QT)

Objetivos

Describir las acciones de mejora derivadas de una de las rondas de seguridad implementadas en el área de hospitalización de una institución sanitaria monográfica de cáncer

Material y métodos

Se realiza al menos una reunión anual para cada turno de trabajo de aproximadamente dos horas con quince preguntas guiadas sobre seguridad del paciente.

Durante la sesión, moderada por la dirección del centro, se transcriben todas las aportaciones realizadas en un informe para su posterior tratamiento.

Al finalizar, el director del centro y la responsable de curas mantienen una entrevista personal con tres pacientes y familiares de la unidad para valorar otros aspectos de mejora y seguridad de atención recibida y visitan las instalaciones con el fin de detectar otros aspectos a tener en cuenta .

Adicionalmente, se evalúa la percepción de cultura de seguridad del paciente antes y después de cada ronda .

Se creó un grupo de trabajo para evaluar las propuestas, planificar acciones de mejora y hacer un seguimiento de éstas.

Resultados

2015:10 áreas con 26 propuestas de mejora en seguridad del paciente

2016:7 áreas y 39 propuestas de mejora

2017:10 áreas y 26 propuestas de mejora.

En la última se detectaron 9 áreas de mejora y 35 propuestas de mejora. Las más destacadas son:

comunicación entre los equipos mediante reuniones semanales para tratar cuestiones de los pacientes

comunicación con pacientes y familiares (carteles informativos)

dotación de personal (ampliación de plantilla)

infraestructura: sustitución de camas, butacas, allanamiento del suelo del lavabo, colocación de luces de compañía y puertas automáticas, altura de la pica del wc, palos de suero.

Revisión y desarrollo de procedimientos para prevenir la aparición de eventos adversos (delirium, prevención de caídas, contención)

Revisión de la conectividad del programa informático de prescripción médica y administración de tratamiento, y del wifi

Conclusiones

Se han implantado acciones de mejora que han impactado de forma positiva en la organización de la planta de hospitalización, en la seguridad del paciente y como consecuencia en la mejora de la calidad asistencial

Gracias a las rondas de seguridad se consigue fomentar la cultura de seguridad y la identificación de eventos adversos, implicar a la dirección y mejorar la comunicación entre ésta y los profesionales, además de detectar riesgos y otras áreas de mejora gracias a las aportaciones de primera mano de los profesionales.

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE PICCS DE LARGA DURACIÓN: APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.

AUTORES

ELENA REGAIRA MARTÍNEZ¹; M VÁZQUEZ CALATAYUD².

CENTRO DE TRABAJO

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La implementación de los PICCs (Catéteres venosos centrales de acceso periférico) constituye un avance en la terapia intravenosa de larga duración, dado que mejora el confort y seguridad de los pacientes, así como el coste sanitario. La gestión del proceso de implementación de estos catéteres es clave para garantizar su efectividad.

Objetivos

Describir la experiencia en el proceso de implementación de PICCs en un hospital universitario de nivel terciario.

Material y métodos

Se ha utilizado la metodología PDCA: Planificar-Hacer-Verificar-Actuar:

P: A través de la notificación de incidentes se detectaron eventos adversos evitables ocurridos en los catéteres en relación a su mantenimiento. Tras realizar un análisis DAFO para estudiar la situación, se elaboró un plan de formación.

D: Se llevaron a cabo sesiones de simulación sobre los cuidados post-implantación de PICCs, de 2 horas de duración. Para esta formación se seleccionaron a tres enfermeras de referencia de cada uno de los servicios donde acuden pacientes con PICCs.

C: A los 4 meses del inicio de la implementación de los PICCs, se verificó que continuaban ocurriendo eventos adversos evitables en el cuidado de los catéteres.

A: En base al análisis anterior, se plantearon nuevas medidas de mejora.

Resultados

Los principales resultados derivados del PDCA fueron:

P: Se identificaron 6 eventos en 4 de los 8 catéteres insertados (50%): signos de infección (n=2), obstrucción (n=2), desplazamiento (n=1), retirada innecesaria (n=1).

D: Se impartieron 3 sesiones y se formó a 31 enfermeras de referencia de 10 servicios médico-quirúrgicos del ámbito hospitalario y ambulatorio.

C: Se detectó el mantenimiento inadecuado de los catéteres y la falta de traslación del conocimiento adquirido por las enfermeras de referencia al resto de profesionales. En consecuencia, de los 15 catéteres insertados, hubo complicaciones en 4 de ellos (27%): signos de infección (n=1), obstrucción (n=1) y desplazamiento (n=1).

A: Se impartieron 4 sesiones de simulación más a 37 enfermeras. Además, se propusieron las siguientes medidas de mejora: a) Creación de un video de cuidados post-implantación de PICCs; b) Apoyo a las enfermeras de referencia y seguimiento del cuidado de los catéteres; c) Creación de kit de la cura y mantenimiento de la permeabilidad del catéter; d) Elaboración de folletos de bolsillo con las recomendaciones; y e) Formación al paciente y familia.

Conclusiones

En base a los resultados de este trabajo se han identificado estrategias clave para garantizar la implantación efectiva de los catéteres PICCs. Estas estrategias son: 1) Aprendizaje experiencial mediante simulación; 2) Apoyo y seguimiento de los líderes de primera línea; 3) Contar con sistemas efectivos de comunicación del conocimiento (horizontal y vertical) y; 4) Monitorización de indicadores de resultado.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO OBJETIVO PRIORITARIO DURANTE LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

AUTORES

Susana Ordoñez Martin¹; A Sanchez- Martinez²; MJ Cebra- Moreno³; E Folch- Ferré⁴; M Vernet- Ferrate⁵; J Vilaró- Viladoms⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Sociosanitario Francolí.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En el trabajo de Enfermería se dedica gran parte de la jornada laboral a la preparación y administración de medicación, precisando para hacerlo correctamente, concentración exclusiva para esta tarea. Las interrupciones y distracciones suponen un peligro, pudiendo ocasionar errores, conllevando un riesgo en la seguridad del paciente, siendo una de las líneas prioritarias en la política de calidad de los centros sanitarios. En España, la incidencia de los efectos adversos ligados a la hospitalización relaciona la primera causa con el proceso de medicación. Por este motivo, en el Hospital Sociosanitario Francolí, se inició una prueba piloto mediante el uso de chalecos específicos con el logo en la espalda de no interrumpir, enfermera preparando medicación y de un color distinto al uniforme habitual para resultar más visible

Objetivos

Identificar la cantidad de interrupciones al profesional enfermero durante las actividades relacionadas con la preparación y administración de medicación

Evaluar el impacto del uso de chalecos durante la preparación y administración de la medicación en cuanto al número de interrupciones sufridas por el profesional de enfermería

Proponer acciones de mejora continua

Material y métodos

Estudio observacional. Se ha realizado durante un período de 2 semanas en el mes de Mayo de 2019, en la planta de Cuidados Paliativos. La primera semana se realizó la observación sin el chaleco y en la segunda semana con el uso del mismo. Se han recogido registros diarios de la cantidad de interrupciones recibidas tanto por usuarios internos como externos entre los diferentes turnos y en los horarios habituales de pauta de medicamentos

Resultados

La cantidad de interrupciones disminuyó de forma significativa con el uso de los chalecos en los horarios de las 9,12-13,16 y 24h.

La media diaria total de interrupciones disminuyó en un 35% con el uso del chaleco.

En el horario de las 19 h las interrupciones aumentaron y a las 6h se mantuvieron sin cambios con el uso del chaleco.

Conclusiones

Disminuir el riesgo es directamente proporcional a aumentar la seguridad en el paciente durante la preparación y administración de medicamentos. El uso del chaleco en nuestra unidad ha demostrado su eficacia en esta cuestión excepto en la medicación pautada a las 19 h donde deberíamos continuar la línea de investigación para ver los motivos que llevaron a ese resultado. Indiscutiblemente nuestro principal objetivo es llegar al mínimo ideal de interrupciones para garantizar el mínimo riesgo aceptable asociado a ellas durante la preparación y administración de la medicación. Sería conveniente realizar más actividades destinadas a concienciar a todas las personas de la importancia de no interrumpir a la enfermera mientras realiza dicha actividad. Una de ellas podría ser realizar un pequeño escrito informativo a entregar en el momento de ingreso explicando esta cuestión, así como también realizar alguna sesión clínica para el usuario interno con el fin de hacer visible la importancia del tema a todos.

HERRAMIENTAS DE CALIDAD PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA BOLSA DE VÍA AÉREA DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

AUTORES

M VICTORIA HERNÁNDEZ JARAS¹; L CUÉLLAR GALLEGU²; I RABANAQUE VEGA³; L LEDESMA SARRO⁴; MJ SALDAÑA MARTÍNEZ⁵; M PALENCIA CALZADA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las unidades de atención médica domiciliaria (UAD) del Servicio de Urgencias Extrahospitalario cuentan con una bolsa de vía aérea (BVA) para atender emergencias. En la auditoría interna de enero de 2018 del Sistema de Gestión de la Calidad se detectó una No conformidad según la Norma UNE EN ISO 9001:2015, en relación a los requisitos para los productos y servicios (8.2.2) y preservación de producto (8.5.4) en las BVA.

Objetivos

Mejorar la gestión de la BVA de las UAD, para asegurar su correcta reposición y control de caducidades, evitando las faltas y la presencia de productos caducados, dando también respuesta a la no conformidad.

Material y métodos

Material: Informe de auditoría interna, Informe de No conformidad/Acción correctiva. Documentación Calidad sobre equipamientos (contenido y sus revisiones).

- 1- Constitución de un grupo de mejora en el marco del Comité de Calidad, incluyendo expertos implicados.
- 2- Revisión de la documentación
- 3- Elaboración del cometido del grupo y metodología de trabajo basada en herramientas de calidad: identificación de causas mediante tormenta de ideas, priorización y tratamiento (plan de acción correctora) de las causas identificadas.
- 4- Estudio de carga de trabajo anual que asegure el correcto mantenimiento de la BVA:
 - Tiempo necesario para la revisión (por reposición o caducidad): cronometraje externo
 - Estimación del número de veces que se utiliza al año: sondeo entre los profesionales de UAD
 - Estimación de la frecuencia anual de revisión por caducidad: experiencia de otros equipos con revisión centralizada en el Servicio de Farmacia (SF)
- 5- Propuesta a Dirección

Resultados

Se identificaron 2 causas principales de la no conformidad:

A- El contenido y diseño de la BVA no está adaptado a las necesidades reales de los profesionales

B- El escaso uso del equipo conlleva falta de revisión periódica, dando lugar a faltas y caducidades

Selección del contenido de la BVA, adaptado a las necesidades reales, y del contenedor idóneo, considerando mejoras de operatividad, transporte, uso y ergonomía.

Propuesta de centralización en SF la revisión y mantenimiento sistemático de las 38 BVA. El SF asume la propuesta tras el estudio de carga de trabajo (datos para 1 BVA):

- Tiempo de revisión por reposición o caducidad: 55 y 22 minutos respectivamente

- Promedio de uso anual por UAD: obtuvo una mediana y una moda de 6.

- Frecuencia total de revisión estimada (reposición y caducidad): 6 veces al año

Elaboración del documento con el diseño definitivo de la BVA, sistemática de manejo y revisión

Pendiente de implementación coincidiendo con la renovación de flota de vehículos UAD

Conclusiones

La aplicación de herramientas de calidad; como la auditoría interna, los grupos de mejora, e identificación y priorización de causas; para el diseño, manejo y mantenimiento de los equipos utilizados en la atención a la emergencia en las UAD, asegura la disponibilidad y rapidez de acceso a su contenido y evita la variabilidad, contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente.

ADECUACIÓN DEL MALETÍN DEL MÉDICO: OPORTUNIDAD DE MEJORA TRAS IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA ANTIMICROBIANA

AUTORES

M VICTORIA HERNÁNDEZ JARAS¹; L CUÉLLAR GALLEGO²; P FERNÁN PÉREZ³; A PÉREZ MORALES⁴; A COLOMER ROSAS⁵; MJ SALDAÑA MARTÍNEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las unidades de atención médica a domicilio (UAD) de nuestro Servicio de Urgencias Extrahospitalario cuentan con un maletín de medicamentos. La normalización, adecuación y facilidad de uso de equipos utilizados en la actividad asistencial es determinante para que los profesionales los usen adecuadamente, garantizando la seguridad del paciente.

A través de comunicación formal e informal, los profesionales habían hecho constar dificultades de manejo debidas al diseño del maletín de medicamentos de UAD. La actualización de antimicrobianos de la Guía Farmacoterapéutica (GFT) supuso una oportunidad para solucionar estos problemas operativos, así como su revisión y actualización integral.

Objetivos

Actualizar el diseño y contenido del maletín de medicamentos de las UAD según las nuevas necesidades de los pacientes y la evidencia científica.

Material y métodos

1.- Nuevos antibióticos incluidos en GFT que necesitan incorporarse al maletín: detección de la oportunidad para revisar integralmente contenido y diseño.

2.- Documentación: Comunicaciones de profesionales exponiendo problemas concretos de diseño del maletín. Datos de actividad de UAD: principales motivos de consulta, patologías más prevalentes y graves. Bibliografía basada en la evidencia sobre farmacoterapia de elección en dichas patologías.

3.- Constitución de un grupo de mejora por el Comité de Calidad, formado por Responsables de Área que además trabajaban en UAD.

4.- Trabajo del grupo: Revisión de medicamentos que debe contener el maletín según datos de patología atendida. Definición de criterios de diseño del maletín para facilitar su manejo a los usuarios:

- Identificación rápida e inequívoca del medicamento deseado, uso y/o reposición
- Optimización de la revisión y control de caducidades

Resultados

Se realizaron dos reuniones de grupo:

1ª: Entrega documentación, información sobre metodología de trabajo y asignación tareas.

2ª: Diseño del maletín y contenido según criterios definidos: designación de 2 personas para montar prototipo y selección 2 UAD para pilotarlo 3 meses cada en una, para que todos sus profesionales tuvieran tiempo suficiente para detectar mejoras (sólo 1 propuesta de incluir un nuevo medicamento indicando lugar más idóneo para colocarlo).

Presentación a Dirección del maletín y resultados pilotaje. Propuesta del grupo para implementarlo en todas las UAD, que fue aprobada por la Dirección.

Sustitución progresiva de los maletines en las 38 UAD.

Tras 10 meses de uso generalizado no se ha comunicado ninguna incidencia

Conclusiones

En nuestro caso la actualización de los antimicrobianos de la GFT ha supuesto una oportunidad para solucionar los problemas operativos del maletín de UAD, su revisión y actualización integral.

La identificación de oportunidades para la mejora en los equipos utilizados en la actividad asistencial y su implementación mediante un proceso participativo con grupos de trabajo constituye una estrategia eficiente para la gestión de riesgos que aumenta la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

SEGURIDAD Y UBICACIÓN POST-TRIAJE DEL PACIENTE DE SALUD MENTAL EN LAS URGENCIAS GENERALES DEL PSSJD

AUTORES

Alex Cano Velasco¹; C López Ortiz²; A Mir García³; A Serrano Blanco⁴; S Álvarez Gómez⁵; ML De la Puente Martorell⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En el Parc Sanitari S. Joan de Déu la atención urgente especializada en Salud Mental (SM) está integrada en el servicio de Urgencias (UCIAS) Generales suponiendo un 4,7% de sus visitas. Siguiendo las recomendaciones internacionales se adopta un modelo de triaje único en el que el paciente de SM en UCIAS, hasta ahora triado por la enfermera especialista, pasa a ser triado por la enfermera de triaje general, no sin antes incorporar a éste la valoración de ciertos criterios a fin de asegurar una correcta ubicación del usuario de SM entre triaje e inicio de la atención médica.

Objetivos

Garantizar una correcta ubicación del usuario de SM en UCIAS tras su paso por triaje único a través de una valoración inicial de riesgos que permita asegurar unas condiciones óptimas de seguridad entre el fin de triaje e inicio de la atención.

Material y métodos

En el marco de un proceso de mejora utilizando metodología Lean y tras análisis de los flujos de pacientes en UCIAS, el grupo de trabajo integrado por profesionales de SM del área de UCIAS y la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente detectan posibles mejoras en la ubicación post-triaje del paciente de SM teniendo en cuenta que de los tres posibles espacios -sala de espera, despacho de valoración-, box de riesgo conductual- tan sólo el último es un espacio exclusivo y específico del área de SM.

Adoptado el triaje único se definen criterios para incorporar a éste una mínima valoración de riesgos y se entrena a las enfermeras de triaje para su puesta en marcha, validándose mediante su aplicación durante las semanas de trabajo Lean. Se audita el triaje único durante cuatro días a fin de comprobar la correcta ubicación post-triaje del usuario.

Resultados

Se sustituye el triaje de la enfermera especialista en SM por un modelo de triaje único que incorpora la valoración de los riesgos de agresividad, autolisis y fuga, así como la tolerancia a la espera del paciente, comprobando cierta correlación entre la presencia de riesgos y el nivel de triaje asignado por el programa de Triaje web-Pat (55,6% de los casos).

En cuanto a la ubicación de los pacientes, en un 70% de los casos los profesionales no ubican siguiendo los criterios acordados, siendo las causas principales de ello la falta de espacios exclusivos del área de SM para aquellos casos más graves - boxes de riesgo conductual-, así como un exceso de celo del profesional ubicando en despacho de valoración pacientes que podían permanecer en la sala de espera.

Conclusiones

La valoración de riesgos permite ubicar al paciente de SM en un espacio más seguro tras el triaje. Sin embargo, en la práctica y a pesar de la definición de criterios se detectan dificultades para su ubicación. Es necesario solucionar otros puntos de mejora detectados durante el proceso Lean (drenaje de ingresos a unidad de agudos SM) a fin de poder ubicar correctamente los casos más graves, así como reeducar a los profesionales en la adecuada gestión de espacios cuando se trate de casos de bajo riesgo.

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

JULIA BATLLES MUÑOZ DE ESCALONA¹; L RODRIGUEZ MULERO²; V SERRANO TORRES³; JR REVOLO MARROU⁴; SV PEREZ PIÑERO⁵; A OJADOS MUÑOZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

H.G.U. SANTA LUCÍA - CARTAGENA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las intervenciones farmacéuticas (IF) se han asociado a reducción de potenciales errores de medicación entre un 50% y 94%, por lo que es importante su integración en la práctica clínica en la UCI. Entre un 88 y 100% de las IF son aceptadas, generándose cambios en el tratamiento.

Objetivos

Describir las IF realizadas en nuestra UCI; la respuesta a las mismas (aceptación y tiempo hasta el cambio en el tratamiento) y su asociación con el tipo de error en la medicación.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se analizan las IF en pacientes ingresados en nuestra UCI entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2019.

Se analizaron: edad; sexo; comorbilidad; motivo de ingreso; APACHE II, SAPS II y Score Sabadell; fallecimiento; tipo de IF (relacionadas con la posología, indicación, alergia, contraindicación, recomendaciones de administración, interacciones, no inclusión en guía, o errores en la administración); aceptación de la IF; tiempo hasta cambio de tratamiento; y consecuencia del error en la medicación (error potencial –categoría A-; sin daño –categ. B,C,D-; con daño- categ. E,F,G,H-; y mortal –categ. I-).

Resultados

Se realizaron 143 IF en 108 de los 409 pacientes (26.4%). La edad media fue $63 \pm 15,8$ años, la mayoría varones (64,8%, n265), y con comorbilidades (92.9%, n380). Los principales motivos de ingreso en UCI fueron: patología cardíaca (41.8%, n 171) y respiratoria (16.6%, n 68). Los pacientes con IF presentaron valores superiores de APACHE II (20.51 ± 8.33 vs. 16.56 ± 9.015 , $p < 0.05$); SAPS II (41.07 ± 17.39 vs. 36 ± 18.28 ; $p 0.013$) y mortalidad (28.7% vs. 14.28%; $p < 0.001$).

Las IF más frecuentes fueron: no inclusión del fármaco en guía farmacoterapéutica (GFT) (41; 28,7%); y recomendaciones en la administración (37; 25,9%). Fueron aceptadas en un 80,4% (n 115); generalmente en menos de 12h (71%; n 102). Las IF menos aceptadas se relacionaron con fármacos no incluidos en GFT (50% de los casos de no aceptación, n14). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para Score Sabadell ($p = 0.907$) y mortalidad ($p = 1$) entre los pacientes en los que la IF fue aceptada y aquellos en los que no lo fue.

Un 71.3% (n102) de las IF no estaban asociadas a error en la medicación (la mayoría por no inclusión del fármaco en GFT (40.2%, n41). Un 4.9% (n7) de las IF fueron motivadas por acciones que conllevaban a un error potencial (el 85.7% por recomendaciones en la administración). Un 23.1% (n33) de las IF se correspondían con acciones que conllevaban un error de categoría C (la mayoría por ajuste de dosis en insuficiencia renal, 48.5%, n 16). Sólo 1 caso (0.7%) de IF asociaba error de categoría E (por ajuste de dosis en insuficiencia renal).

Conclusiones

Las IF más frecuentes fueron las relacionadas con la no inclusión en guía FT y las recomendaciones de administración, las cuales no se asociaban a errores de medicación per se. El nivel de aceptación fue alto(80.4%), aunque algo inferior a las series descritas; y generalmente en $< 12h$.

MANEJO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

AUTORES

EVA MARIA AGUILAR VIVAR¹; M MARTÍN GONZÁLEZ²; F DE PAZ DE PAZ³; MR BLANCO RODRÍGUEZ⁴; A NAVARRO RAYA⁵.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA112.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En el ámbito de la urgencia extrahospitalaria, la administración de analgésicos a través de la vía subcutánea se contempla casi exclusivamente en el marco de los cuidados paliativos domiciliarios. Sin embargo, hay poca evidencia sobre el manejo del dolor agudo a través de la vía subcutánea en otro tipo de pacientes.

En nuestro medio, el uso de la vía subcutánea es considerablemente inferior a otras vías de administración parenteral. Sin embargo, es una buena alternativa frente a otras vías como la intramuscular o la intravenosa, debido a sus beneficios, como son la efectividad, fácil manejo, bajo coste, comodidad y escasas complicaciones, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

La vía subcutánea aparece como una posibilidad o como una herramienta a tener en cuenta para la administración de analgésicos por vía parenteral, donde el manejo del dolor agudo o crónico precise mayor nivel de control que con la vía oral.

Objetivos

PRINCIPAL

Elaborar una guía sobre el uso de la vía subcutánea en el manejo del dolor agudo y/o crónico para los profesionales sanitarios de la urgencia extrahospitalaria del SUMMA112.

SECUNDARIOS

- Conocer la técnica de administración de la vía subcutánea.
- Conocer los puntos de inserción.
- Conocer las indicaciones y contraindicaciones.
- Conocer los analgésicos que se pueden administrar.
- Incrementar el uso de la vía subcutánea para el manejo del dolor.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliografía, utilizando como fuente Pubmed, con los siguiente términos de búsqueda: “inyección” “injection” AND “subcutanea” “subcutaneous” AND “dolor” “pain”, seleccionando los artículos más relevantes y de mayor interés para la elaboración de esta guía. Además se ha realizado una búsqueda manual de literatura gris (banco de archivos de sociedades científicas, documentación de congresos, jornadas).

Resultados

Un 60 % de artículos en español y un 40 % de artículos extranjeros.

Conclusiones

En la urgencia extrahospitalaria, de la cual forman parte los recursos asistenciales: Unidad de Atención Domiciliara Médica (UAD-médica) y de Enfermería (UAD-enfermera), así como los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAPs), la vía subcutánea debe ser un recurso más para el control del dolor agudo y crónico y no sólo para el manejo de los síntomas del paciente paliativo, no excluyendo su uso en el resto de recursos asistenciales. La facilidad de su uso, su bajo índice en complicaciones, la fácil educación sanitaria en el paciente y en los familiares sobre su uso y su efectividad la convierten en una vía propicia, siendo incluso más segura que la vía intravenosa e intramuscular en el manejo del dolor. Este estudio es relevante debido a que hay muy poca evidencia científica en el uso de la vía subcutánea en el manejo del dolor crónico y/o agudo en las urgencias extrahospitalarias más allá de los pacientes en cuidados paliativos, ya que la mayoría de la bibliografía sobre el empleo de esta vía proviene de este campo.

MANEJO DE LA DIFICULTAD DE ACCESO VENOSO MEDIANTE LA INSERCIÓN ECOGUIADA DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO Y PALOMILLA

AUTORES

Victoria Armenteros-Yeguas¹; MA Tomás- López²; B Landa- Portilla³; O Báez- Gurruchaga⁴; A Picón- Santamaría⁵; L González- Blas⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Organización Sanitaria Integrada Araba

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La presencia de dificultad de acceso venoso (DIVA) puede retrasar o impedir la administración de una terapia intravenosa.

Objetivos

Describir el abordaje de un Equipo de Terapia Intravenosa (ETI) para la resolución de DIVA a través de la canalización ecoguiada del catéter venoso periférico (CVP) o palomilla en pacientes derivados de hospital de día y consultas externas.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional prospectivo. La muestra fueron todos los CVP y palomillas que precisaron la intervención del ETI para insertarlos mediante punción ecoguiada, en pacientes con DIVA atendidos en hospital de día o derivados de consultas externas de una Organización Sanitaria Integrada entre Abril de 2015 y mayo 2019. Los criterios de inserción para solicitar la intervención del ETI fueron la presencia de mal acceso venoso (venas no visibles o palpables o historia previa de dificultad en la canalización de un CVP), la necesidad previa de abordaje ecográfico por el ETI para una punción y el fallo en la canalización mediante técnica a ciegas. Las variables a estudio fueron: demográficas, diagnóstico del paciente, tipo de acceso, calibre y número de punciones, motivo de la inserción, servicio solicitante y procedencia. Las variables fueron expresadas en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados

850 dispositivos precisaron intervención del ETI para insertarse en 291 pacientes. El 60,2% de los pacientes atendidos fueron mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron: 18,47% enfermedad oncológica, 12,82% síndromes de malabsorción y 11,29% enfermedades inflamatorias intestinales. El 89,65% de los catéteres fueron CVP (52,35% del 20G y 32,94 % del 22G) y el 10,35% palomillas (5,52% del nº 23 y 4,82% del nº 21). Se obtuvo registro de número de punciones en un 54,23% de las inserciones, precisándose una sola punción en el 86,12% de los catéteres. El 34,23% de los pacientes necesitaron más de un dispositivo. Los motivos que dieron lugar a la inserción fueron principalmente las terapias con hierro o anticuerpos monoclonales en un 67,29% pero también la administración de quimioterapia en un 11,76% o de hemoterapia 4,82%. Un 13,18% de las punciones fueron para extracción de analítica. El 22,94% de las intervenciones fueron en pacientes del servicio de digestivo, el 16,11% en pacientes de oncología y el 13,65% de hematología. El 81,05% fueron solicitudes para pacientes de hospital de día y el 18,94% para derivados de consultas externas.

Conclusiones

Algunos estudios describen el abordaje de DIVA con resultados sobre canalizaciones ecoguiadas de CVP, mayormente en urgencias. Este estudio identificó una demanda en otros servicios, evidenciando otra función que el ETI debe considerar en su cartera de servicios. El ETI proporcionó el éxito en la inserción de estos dispositivos posibilitando el inicio de la terapia y aliviando el sufrimiento del paciente. Estos resultados pueden ayudar a identificar pacientes y tratamientos que son susceptibles de precisar este tipo de abordaje.

EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DEL CATÉTER VENOSO MIDLINE: ESTUDIO DESCRIPTIVO

AUTORES

Maria Aranzazu Tomás- López¹; A Picón_Santamaría²; O Báez-Gurruchaga³; L González-Blas⁴; B Landa- Portilla⁵; V Armenteros-Yeguas⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Organización Sanitaria Integrada Araba

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El midline es un tipo de catéter venoso que garantiza la finalización de tratamientos de media duración con baja incidencia de eventos adversos.

Objetivos

Describir los resultados de los catéteres midline en cuanto a éxito en la inserción, duración media, proporción de dispositivos que alcanzan el fin de tratamiento y de los retirados de modo inesperado e incidencia de eventos adversos (EA).

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo. La muestra estaba formada por todos los catéteres midline de poliuretano, de 10 cm de longitud y calibre 18 G insertados en una Organización Sanitaria Integrada de Salud entre Abril 2015 y Diciembre 2017. Las indicaciones para la inserción fueron: tratamiento intravenoso inferior a 1 mes con sustancias no irritantes ni hiperosmolares y /o dificultad en el acceso venoso. Estos catéteres fueron insertados por enfermeras expertas en terapia intravenosa (ETI), con técnica Seldinger directa eco-guiada. Se registraron variables demográficas y las variables de resultado: a) éxito en la inserción, b) duración media, c) nº intentos, d) incidencia de EA que pudieron o no haber motivado la retirada del catéter: bacteriemia, trombosis, infiltración, flebitis y e) las retiradas inesperadas de catéter: extracción accidental, catéter dañado, oclusión o sospecha de infección relacionada con el catéter. El período de seguimiento de cada catéter fue desde la fecha de inserción hasta su retirada. Las variables cualitativas se describieron con porcentajes y las cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión, con un intervalo de confianza del 95 %. La incidencia de eventos adversos se calculó mediante porcentajes y tasas por 1.000 días de catéter.

Resultados

Un total de 652 catéteres fueron insertados a 581 pacientes con una media de edad de 72,19 años (DE 15,6). El éxito en la inserción fue 96,8%. La indicación para su colocación fue la dificultad en el acceso venoso (86,1 %) y la administración de antibioterapia (69,3%). Los catéteres estuvieron colocados un total de 8.116 días, con una duración media de 12,64 (DE: 12,9). El 92,2% se canalizaron al primer intento. El 77,2 % fueron retirados por finalización del tratamiento prescrito. La incidencia global de EA fue de 2,9/1.000 días de catéter. La trombosis ocurrió en 2,3% (1,8/1.000 días catéter), la infiltración en 1,5% (1,2/1.000 días catéter) y la flebitis en 0,3% (0,25/1.000 días catéter). El 18,3% de los catéteres fueron retirados de forma inesperada, lo que supone una incidencia de 14,5/1.000 días de catéter. La razón principal fue la extracción accidental (11,2%), la oclusión (1,9%) y la infiltración (1,4%).

Conclusiones

El catéter midline insertado mediante ultrasonidos ha permitido la administración de forma segura del tratamiento IV en pacientes con difícil acceso venoso con baja incidencia de eventos adversos y ha supuesto una mejora en la práctica clínica.

CUANDO LOS OBJETIVOS DEL CAMBIO NO SON LOS ESPERADOS

AUTORES

M^a.S. DEL AMO-BENITO¹; P ESPELT-ALUJA²; M RODRIGUEZ-BENITO³; I TOMÁS-CASTILLO⁴; A GONZÁLEZ-BRAVO⁵; Y FERNÁNDEZ-PAGÈS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

CAP TARRACO.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Trabajamos en un Centro de Atención Primaria urbano con una población asignada de 13.687 habitantes, que realiza aproximadamente 11.500 a 12.000 pruebas analíticas al año.

Del laboratorio de referencia mandan diariamente las incidencias y los errores que se producen.

Sin ser diferentes en proporción a las que se producen en otros equipos, si que pensamos que tenemos recorrido de mejora.

Teníamos la percepción que se podía reducir los incidentes/errores por lo que iniciamos la revisión del procedimiento con la expectativa de mejorar la seguridad del proceso

Objetivos

Conocer los aspectos en los que las incidencias /errores se producen.

Revisar el proceso del que el centro es responsable.

Disminuir el número de incidentes.

Material y métodos

Se inicia una evaluación pre y post-intervención de los cambios en el proceso analítico.

Revisión de los errores registrados durante 2 meses.

Constitución del grupo de mejora del proceso

Aplicación del nuevo modelo.

Variables:Falta muestra de sangre, falta muestra orina, muestra insuficiente, muestra coagulada, muestra hemolizada, muestra incorrecta.

Analíticas SAP, EAP

Resultados

Pre(ferbrero-marzo)

Falta muestra de sangre 14, falta muestra orina 18, muestra insuficiente 0, muestra coagulada 3, muestra hemolizada 0, muestra incorrecta 2

SAP:3, EAP :34

Post(abril-mayo)

Falta muestra de sangre 16, falta muestra orina 19, muestra insuficiente 0, muestra coagulada 4, muestra hemolizada 0, muestra incorrecta 0.

SAP:_7, EAP:34

Conclusiones

Los resultados no evidencian la disminución de los errores. Los errores los detecta el laboratorio (externo) y no siempre detalla la incidencia. Haría falta comparar los errores en común (lab. y equipo de extracción) para valorar la procedencia. Se ha de volver a revisar el procedimiento.

¿USO O ABUSO DE LA VÍA INTRAMUSCULAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS?

AUTORES

Blanca Ferrer Pinar¹; G Silva Molina²; J Alcaraz Martinez³; J Orcajada Lopez⁴; J Vivo Molina⁵; ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Alhama de Murcia¹; Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Alhama de Murcia²; Urgencias de Hospital Morales Meseguer³; Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Alhama de Murcia⁴; Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Alhama de Murcia⁵; ⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

A propósito de un caso en el servicio de urgencias extrahospitalario de un paciente que consultó en varias ocasiones durante mes y medio, por dolor traumático en cadera izquierda, administrándole analgésicos/AINES por vía intramuscular en la mayoría de las ocasiones, y acabó ingresado en hospital con absceso glúteo y osteomielitis secundaria.

Nos cuestionamos si el uso de la vía intramuscular para la administración de fármacos es adecuado en los servicios de urgencias extrahospitalarias, si cumplen o no con las recomendaciones actuales para el uso de la vía intramuscular, teniendo en cuenta que el uso de dicha vía puede provocar la aparición de efectos adversos y complicaciones.

Objetivos

- 1.-Determinar si el uso de la vía intramuscular en un servicio de urgencias extrahospitalarias es adecuado, siguiendo las recomendaciones de uso de dicha vía.
- 2.-Comprobar si tras una intervención de mejora para seguir las recomendaciones de uso de la vía intramuscular, el equipo de urgencias ha modificado sus actuaciones respecto a la administración de tratamientos intramusculares.
- 3.-Plantear nuevas acciones de mejora para limitar el uso de la vía intramuscular dirigidas tanto a trabajadores sanitarios como a pacientes.

Material y métodos

Incluimos una muestra de 60 pacientes de un total de 2016 atendidos en un servicio de urgencias extrahospitalarias, en el periodo comprendido entre el 1 y 31 marzo de 2018, seleccionados de forma aleatoria, a los que se le administró tratamiento intramuscular. Después realizamos una sesión clínica en el servicio de urgencias extrahospitalarias en junio del 2018 donde se expuso las recomendaciones del uso de la vía intramuscular, así como los efectos adversos y complicaciones que puede provocar dicha vía.

Posteriormente, tomamos otra muestra de 60 casos en abril del 2019, de forma aleatoria, de un total de 1884 atendidos en el mismo servicio de urgencias, en los que se utilizó la vía intramuscular para administrar tratamiento.

Para analizar si había una mejora significativa entre los dos periodos se ha analizado mediante el test de la Chi cuadrado, utilizando el programa Sequalita. El nivel de significación estadística se ha fijado en el 0,05.

Resultados

De los 60 casos de la primera muestra, sólo 12 (20% ± 10,1%) de ellos cumplen con alguna de las indicaciones del uso de la vía intramuscular. En los casos de la muestra de 2019, 29 (48,33% ± 12,64%) tenían indicación correcta de uso de esta vía. La mejora relativa obtenida ha sido de un 35,4%. La diferencia es significativa estadísticamente ($p < 0,01$)

Conclusiones

- 1.-Antes de la propuesta de mejora se utilizaba más la vía intramuscular para la administración de tratamientos en el servicio de urgencias extrahospitalarias, sin tener en cuenta las recomendaciones y limitaciones de su uso.
- 2.-Tras la intervención de mejora, el uso de la vía intramuscular en el servicio de urgencias extrahospitalarias se ajusta más a las recomendaciones establecidas.

CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA DE APOYO A LA COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA EN SUMMA112

AUTORES

RAFAEL ROMERO GARCÍA.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA112.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La gestión de la coordinación de enfermería en SUMMA112 conlleva la aplicación de una amplia variedad de procedimientos, tratamiento de una cantidad elevada de datos y conocimientos específicos que requiere que los profesionales posean un conocimiento profundo del sistema de urgencias y emergencias extrahospitalarias así como de otros servicios, tanto sanitarios como no sanitarios, con los que se correlaciona de forma habitual. La alta especificidad y la gran variedad de actuaciones a realizar a veces lleva a variaciones en la práctica habitual así como una curva de aprendizaje elevada que condiciona al personal de nueva incorporación.

Objetivos

Crear una herramienta informática sencilla, orientada a la estandarización de la práctica diaria, apoyo en las funciones y facilitación de la incorporación de nuevo personal mediante la agrupación de datos, procedimientos y funciones en un lugar único y de fácil acceso y manejo, actualizable y configurable según las necesidades de la práctica diaria.

Material y métodos

Se crea una herramienta informática mediante Excel que agrupa los diferentes procedimientos y funciones, así como los datos necesarios para la práctica diaria, que se ofrece a los distintos profesionales que realizan su labor en la mesa de coordinación de SUMMA112. Se incluyen así mismo en cada procedimiento las herramientas de uso habitual (escalas, calculadoras, etc...) así como enlaces a procedimientos actualizados y, mediante hipervínculos, al resto de herramientas Web que puedan ser de utilidad para la coordinación de enfermería

Resultados

Mejora la gestión y en la coordinación así como en el desarrollo de las diferentes funciones de los profesionales que ya desarrollaban su labor en la mesa de enfermería de SUMMA112 al disminuir la dispersión de datos, agrupar la información en un único lugar y facilitar el acceso a los diferentes conocimientos. Con esto se consigue una disminución de la variabilidad, un aumento de la eficiencia y en la agilidad de la gestión de cada incidente. Además se consigue disminuir de forma significativa la curva de aprendizaje del personal, facilitando su incorporación y la disminución de errores, que aumenta la seguridad y la calidad asistencial

Conclusiones

La implantación de herramientas sencillas que consigan la agrupación de información en lugares donde la práctica implique un manejo de datos muy diferenciados y una especificidad muy alta no relacionada con la práctica asistencial conlleva un aumento en la seguridad de las actuaciones, un aumento de la satisfacción, aumento de la estandarización y facilita la incorporación de nuevos profesionales

ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS (EA) NOTIFICADOS EN UN TERRITORIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

Elisa Vidal Esteve¹; I Hospital Guardiola²; M Gens Barbera³; N Hernandez Vidal⁴; F Bejarano Romero⁵; Y Mengibar Garcia⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Unitat Qualitat Territorial¹; EAP Valls²; Unitat Qualitat Territorial³; Unitat Qualitat Territorial⁴; Unitat Qualitat Territorial⁵; Unitat Qualitat Territorial⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los cambios en el ámbito de Atención Primaria últimos, han afectado a la seguridad del paciente y las actuales áreas críticas, más expuestas a errores o fallos. La madurez de nuestros profesionales en cultura de seguridad se refleja en la notificación de incidentes o errores identificados. La política de la Unidad Funcional Seguridad Pacientes Territorial (UFSP) incluye: diseño de prácticas seguras a partir del análisis y la gestión de los incidentes de SP notificados (INSP), contribuyendo a la configuración del mapa de riesgo de AP. La difusión de los resultados se realiza mediante boletines de SP, generales o específicos relacionados con las distintas áreas críticas identificadas y prácticas seguras implantadas.

Objetivos

Analizar los EA notificados en el sistema de notificación de incidentes TPSC_cloud, gestionar, implantar prácticas seguras y hacer difusión entre los profesionales.

Material y métodos

IN en la plataforma TPSC_cloud. Reclasificación gravedad del incidente según OMS. UFSP territorial donde se analizan los incidentes notificados (IN). Boletines de SP para la difusión de los resultados. Equipo de mejora para el análisis de los EA de riesgo alto o extremo con metodología ACR (Análisis Causa Raíz)

Resultados

La UFSP realiza la gestión y el análisis de los IN en la plataforma, se clasifican según criterios propuestos y se recategorizan según modelo APEAS i MADS (modelo acreditación departamento salud). De las 242.035 visitas realizadas en el año 2018, 1511 IN, 5,5% EA (84) según clasificación OMS. Perfil profesional: 64,3% profesionales médicos, 21,4% enfermería. Riesgo: 1,2% IN riesgo extremo, 3,6% riesgo bajo, 41,6% riesgo alto i 53,6% riesgo moderado. Gravedad, según TPSC_cloud: 2,4% situación cercana a la muerte, 3,6% lesión permanente, 46,4% lesión temporal y en el 47,6% observación pero no lesión. Tipo de incidente: según clasificación TPSC_cloud: 74% relacionados con la gestión de procedimientos clínicos y administrativos, 20% medicación y 3,5% caídas. Según clasificación MADS: 20,2% relacionados con la atención urgente, 20% con la medicación, 16,6% con radiología, 20,3% con procedimientos asistenciales y administrativos y 7% con laboratorio. Según clasificación APEAS: 32% con cuidados, 19% comunicación, 19% gestión, 16,6% medicación, 12% diagnóstico. El 50% de los EA Factor contribuyente el profesional y en el 44% la organización. Se edita boletín de SP de los EA. Alerta sanitaria (1) y EdM derivados de (EA) notificados (laboratori, radiología, uso seguro fármacos y PNT administrativos). Se han realizado 3 ACR de casos centinela presentados en la Comisión de SP

Conclusiones

A pesar del incremento de IN, se notifican pocos EA. Se identifican áreas críticas a trabajar, relacionadas con los cuidados, comunicación i diagnóstico. Otras categorías de clasificación nos ayudan a identificar otras áreas críticas como Laboratorio y medicación. La difusión y feed-back es importante y sobre todo los EA graves que nos obliga a analizar de forma sistemática y con visión sistémica con objetivo mejorar.

NOTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS A PARTIR DE LAS QUEJAS Y RECLAMACIONES EN UNA MUTUA

AUTORES

MONTSE ROJAS REMON¹; M IGLESIAS LOBO²; R MANZANERA LOPEZ³; DJ MOYA ALCOCER⁴; M TORRES MAGAN⁵.

CENTRO DE TRABAJO

MC MUTUAL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El Plan de Calidad Sanitaria establece las líneas de actuación en materia de calidad sanitaria. La organización apuesta por el desarrollo de una cultura amplia en relación a la calidad sanitaria, en la que todos los profesionales que la conforman –sanitarios y administrativos- deben participar activamente.

El Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SNEA) permite recoger las declaraciones de sucesos inesperados que se producen en la organización, pero es bien sabido que otros muchos eventos no llegan a ser conocidos. De ahí surge la necesidad de utilizar alarmas (triggers) que nos adviertan de que puede haber problemas no declarados. Uno de los instrumentos que se utilizan para revisar la existencia de errores no declarados son las quejas y reclamaciones recibidas.

Objetivos

Evaluar la proporción de eventos adversos provenientes del análisis de quejas y reclamaciones sobre el total de casos recibidos. Poner de manifiesto la importancia del trabajo integrado administrativo y sanitario en los proyectos de mejora de la calidad sanitaria. Impulsar el uso del sistema de notificación de eventos adversos tanto entre los profesionales sanitarios y como administrativos.

Material y métodos

Para lograr el incremento de las notificaciones de eventos adversos, sumando la participación de profesionales con perfil administrativo, se definen las siguientes fases: 1) Identificación de oportunidades de mejora, 2) Sensibilización mediante la difusión del Plan de Calidad Sanitaria. 3) Formación: curso online sobre la seguridad del paciente y la notificación de efectos adversos. Taller práctico sobre el uso del SNEA. 4) Seguimiento y evaluación de los resultados con el análisis de las notificaciones por parte de la unidad funcional de gestión de riesgos (UFGR) y propuesta de acciones de mejora.

Resultados

Se realiza una publicación anual (Boletín SNEA) en la que se pone de manifiesto el incremento del número de eventos declarados (56, 64 y 67 eventos en los años 16, 17 y 18). Asimismo, en el informe se incluyen las acciones de mejora en diversos aspectos.

Entre las fuentes declarantes, el equipo administrativo que gestiona quejas y reclamaciones, representa más de un 15 % del total de declaraciones con 6 eventos adversos confirmados, de los 11 trasladados por el equipo de quejas y reclamaciones.

Conclusiones

El equipo administrativo es un elemento clave en la percepción y realidad de la calidad sanitaria en una organización como la nuestra. En alguna de las actuaciones de seguridad del paciente como la Identificación adecuada y la Prevención de caídas juegan un papel activo fundamental. Su papel en la detección de errores mediante el filtrado de quejas y reclamaciones y en la declaración de eventos adversos es esencial.

Es esencial implantar las acciones que permitan seguir incrementando el papel del equipo administrativo y su implicación en la cultura de calidad sanitaria de nuestra organización.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO EN UNA MUTUA LABORAL: TRES AÑOS APRENDIENDO DE LO QUE NO SALIÓ BIEN

AUTORES

MARTA TORRES MAGAN¹; P SANTALO BEL²; C SAURI CASADELLA³; JC SERFATY SOLER⁴; FJ ARROYO MATEO⁵; A PUMAROLA SEGURA⁶.

CENTRO DE TRABAJO
MC MUTUAL.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La cultura de seguridad del paciente tiene dos grandes objetivos:

Evitar los problemas y Aprender de los errores. La Unidad Funcional de Gestión del Riesgo (UFGR) es una unidad funcional que se reúne periódicamente y revisa los eventos declarados por los profesionales sanitarios para proponer actuaciones de mejora.

Objetivos

Compartir la experiencia de declaración de eventos adversos en una mutua de accidentes de trabajo, durante los últimos tres años, y relatar los eventos que requirieron estudios específicos. Describir las actuaciones puestas en marcha durante el periodo, relacionadas con los eventos declarados.

Material y métodos

La UFGR está compuesta por siete profesionales sanitarios, tres médicos, tres enfermeras y un farmacéutico. A través de una plataforma automatizada llegan las notificaciones de eventos adversos que realizan los 850 profesionales sanitarios que desarrollan su labor en 2 centros hospitalarios y 87 centros asistenciales en toda España.

La UFGR revisa todas ellas, centrando su labor en los eventos que requieren un análisis más profundo. En algunas ocasiones se ha considerado necesario constituir grupos de expertos para analizar eventos de especial interés o complejidad: Traslados, Amputaciones y Parada Cardiorrespiratoria.

Resultados

La UFGR edita anualmente un Informe SNEA donde se relacionan los datos más relevantes del fenómeno y un Boletín SNEA, de carácter más comunicativo, donde se difunden las acciones realizadas y se estimula a que los profesionales sigan declarando.

Se han recibido 56, 64 y 67 eventos adversos anuales durante 2016, 17 y 18. El 60% de los eventos provienen de centros asistenciales y el 40% de las clínicas. En torno al 40% son declarados por el personal de enfermería, el 20% por médicos, el 10% por fisioterapeutas y el 10% por farmacéuticos. El 20% restante proviene de la revisión de quejas y reclamaciones realizada por el servicio administrativo correspondiente y remitido para su análisis a la UFGR.

Los eventos se relacionan en torno a un 25% con medicamentos, un 25% con procedimientos médico/quirúrgicos, un 15% con caídas, un 10% con problemas de infraestructuras, y un 10% con comunicación y derivación, entre los más relevantes.

Entre las acciones puestas en marcha destacan cuatro grupos: 1) Uso seguro de la medicación 2) Derivación y Traslado 3) Atención urgente (amputaciones) centros asistenciales y 4) Prevención de caídas en centros asistenciales.

Conclusiones

Los eventos adversos declarados en nuestra organización son similares a los declarados en la atención hospitalaria general (servicios de traumatología y ortopedia) y en la atención primaria (con fuerte componente de accidentes).

Posiblemente sea clave no sólo la detección, sino la difusión de los eventos y especialmente de las acciones formalizadas a partir de ellos.

Es esencial su impacto en la mejora y en la cultura profesional como hemos mostrado en otros estudios.

ESTUDIO DE LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LOS USUARIOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES

SÍLVIA PÉREZ-BOVÉ¹; H FERNÁNDEZ-GARCÍA²; P EXPÓSITO-FERNÁNDEZ³; C PÉREZ-GONZÁLEZ⁴; MJ CEBRAL-MORENO⁵; D HADOUCH-BOUJEMAOU⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GIPSS.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Actualmente la mejora de la seguridad de los pacientes se ha convertido en un aspecto de atención preferente por parte de la sociedad, y todos los sistemas sanitarios se implican activamente en ella.

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de los problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia sanitaria.

Asumiendo que los profesionales sanitarios deberían acercarse cada día a los pacientes como si se tratara de la primera vez, un primer paso en la correcta identificación de los pacientes es la utilización de un brazalete identificativo que permita en todo momento conocer su filiación.

Un paciente correctamente identificado es aquel que es portador de un brazalete identificativo, validado por el centro, que contenga al menos dos identificadores consensuados para la confirmación de su identidad por parte de los profesionales en todos los momentos que sea necesario.

Objetivos

- Conocer la prevalencia de pacientes correctamente identificados en nuestro centro.
- Implantar medidas de mejora según los resultados obtenidos.

Material y métodos

Tipo de estudio: descriptivo mediante corte transversal.

Centro de estudio: hospital de 156 camas.

Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresados en el centro el día del corte transversal.

Sistema de recogida de datos: check-list donde se valora: 1.- si lleva pulsera, 2.- si son legibles el nombre y los apellidos y 3.- si es legible la fecha de nacimiento o el número de historia.

Resultados

Incluimos 146 pacientes de los cuales, el 76,02% llevan puesto un brazalete identificativo pero solo el 67,12% tiene dicho brazalete con dos identificadores consensuados para la confirmación de su identidad.

Remarcar que de los pacientes que no iban correctamente identificados, el 74,28% eran usuarios con una estancia media en nuestro centro superior a dos meses y el 100% procedían de un hospital de agudos, con el que nuestro centro comparte el mismo tipo de brazalete.

Conclusiones

La estancia prolongada y utilizar el mismo tipo de pulsera son factores relevantes pero no justifican la no correcta identificación de estos usuarios. Acorde con la estrategia de nuestro centro, de una gestión basada en procesos de Atención Integral Centrada en la Persona cuya misión enmarca ofrecer servicios de calidad y seguridad a nuestros pacientes, se crea un Equipo de Mejora (EdM).

El objetivo del EdM es garantizar que todos los pacientes vayan correctamente identificados, aumentando su seguridad y por consiguiente aumentando la calidad asistencial.

Este EdM elabora un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para el centro. Este PNT incluye: dos indicadores, uno de estructura y otro de proceso para su correcta evaluación; un check-list para cada una de estos indicadores; un diagrama de flujo que describe el proceso para la correcta identificación de los usuarios; un díptico informativo para los pacientes y un cartel informativo sobre la buena praxis de una correcta identificación.

¿PODEMOS EVITAR EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS NO INDICADAS EN URGENCIAS?

AUTORES

Julian Alcaraz Martinez¹; M Molina-Carrasco²; M Colón-Mas³; D Peñalver-Espinosa⁴; IM Reina -Nicolas⁵; E Morales-Vazquez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Morales Meseguer.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Diferentes instituciones científicas han dado recomendaciones de “no hacer” respecto a Urgencias. Algunas de estas recomendaciones, se refieren a pruebas de imagen que no aportan valor en determinadas circunstancias y podía evitarse su uso, ya que solo suponen un gasto innecesario, un tiempo de espera mayor y una irradiación innecesaria de los pacientes.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es evaluar el cumplimiento de estas recomendaciones en nuestro servicio de Urgencias.

Material y métodos

Se han seleccionado las recomendaciones sobre uso adecuado de exploraciones radiológicas en urgencias emitidas por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, La Sociedad Española de Urgencias y Emergencias, el Colegio Estadounidense de Médicos de Emergencia y la iniciativa Choosing Wisely de Canadá. En ellas hay 3 recomendaciones de no hacer referidas a radiología simple y dos respecto a tomografía computerizada (TC), que se han evaluado.

Se han revisado los informes de alta de todos los pacientes atendidos entre enero y marzo de este año y se han seleccionado aquellos con patologías a las que se refieren estas indicaciones. En estos casos se ha comprobado si cumplían con las recomendaciones de NO hacer.

Resultados

- 1.- No realizar TC a pacientes jóvenes con cólico nefrítico: Se han revisado 150 pacientes con diagnóstico de cólico nefrítico y solo en 1 de ellos (0,66± 1,3%) se ha realizado TC (0,66%).
- 2.-NO realizar tomografía computerizada craneal en pacientes adultos no anticoagulados con traumatismo craneoencefálico leve secundario a síncope y evaluación neurológica normal: Se han revisado 114 pacientes con síncope y 90 con traumatismo craneoencefálico (TCE). De ellos, 25 con síncope con TCE leve. En ellos se han realizado 5 TC en los cuales la indicación estaba justificada (4,6%± 3,7%).
- 3.- No realizar rx de tobillo en esguinces de tobillo que no cumplan las reglas de Ottawa en la exploración: Se han atendido 169 pacientes con diagnóstico esguince de tobillo y en ellos se han practicado 149 radiografías (88,16%), de las cuales en 27 constaban datos positivos en la exploración, en los que estaba indicado realizar rx. De los 20 restantes, en 1 habría estado indicada la rx. En resumen, la actuación fue no adecuada en 103 casos (60,9%±7,4%)
- 4.- No realización de rx de columna lumbar atraumática: Se han asistido a 369 casos de lumbalgia, en los que se han practicado 60 radiografías, 15 de ellas en pacientes con traumatismo. Esto supone 45 radiografías no adecuadas (12,2% ± 3,3% de lumbalgias)
- 5.-No realizar rx simple de abdomen salvo sospecha de obstrucción o perforación: Se han revisado 699 casos, en los cuales se han realizado 78 radiografías simples de las cuales 37 no tenían una clara indicación (5,3% ±1,7%).

Conclusiones

En los 3 meses de estudio, sólo se han encontrado 6 exploraciones con TC no indicadas, según las recomendaciones de no hacer en Urgencias.

Respecto a las radiografías, se han encontrado un porcentaje mayor de radiografías no indicadas en pacientes con esguinces de tobillo.

¿COMO GESTIONAR EL ANALISIS DE MAS DE 300 INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?

AUTORES

LAURA RUBIO CIRILO¹; J ARCOS CAMPILLO²; L ALFARO CADENAS³; R MARTOS MARTINEZ⁴; M FRAILE VILARRASA⁵; F GUERRA GUTIERREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Durante el año 2018, tras las modificaciones realizadas en nuestro planteamiento del análisis de incidentes se produjo un gran incremento de los incidentes notificados, hasta 6 veces más que el año previo. Los miembros de la unidad funcional de gestión de riesgos (UFGR) no fuimos capaces de analizar todos los incidentes notificados ni de concluir con un informe en el que se establecieran las medidas de mejora

Objetivos

Incrementar la capacidad de análisis y las medidas de mejora establecidas así como su puesta en marcha

Material y métodos

4 miembros de la UFGR se encargaron de realizar un análisis de la situación. Se concluyó que necesitábamos implicar a un mayor número de profesionales en el análisis de incidentes; estos serían los Responsables de Seguridad (RS) del paciente de las unidades y servicios. Se estableció un sistema de "apadrinamiento" de los miembros de la UFGR "padrinos" (12) sobre los RS "ahijados" (42). Se asignaron 3 o 4 RS a cada uno de los miembros de la UFGR. Periodicamente se reparten los incidentes a analizar. El "padrino" recibe en su mail: un pdf con el incidente a asignar y el nombre del RS al que debe encargar el análisis. Se ha preparado un mail tipo para la transmisión de la información; para preservar el uso restringido a los miembros de la UFGR de la aplicación de análisis de incidentes CISEMadrid, se ha diseñado un formulario en la intranet para que el RS pueda colgar el análisis que será supervisado y posteriormente trasladado a la aplicación por el miembro de la UFGR. Aquellos incidentes que ya han sido notificados en ocasiones previas y analizados o aquellos que por su poca repercusión no precisen de análisis muy elaborados serán analizados por cuatro de los miembros permanentes de la UFGR en el momento del reparto del resto de incidentes. Los eventos centinela están siendo analizados mediante análisis causa-raíz tanto por los miembros de la UFGR como por los RS.

Por último, los incidentes en los que subyacen cuestiones organizativas y de coordinación entre servicios, se analizan y se tratan en sesiones de "discusión de casos" con los RS de los servicios implicados bajo la coordinación de algún miembro de la UFGR

Resultados

A día de hoy, todos los incidentes notificados desde el 01/01/2019 están asignados y siendo analizados. Todos los que no se han asignado han podido ser analizados y concluidos por los miembros de la UFGR. Con fecha de mayo 2019 se han realizado tres análisis causa-raíz. Se han trabajado mediante discusión de casos incidentes relacionados con anatomía patológica y los servicios de cirugía general y radiodiagnóstico.

Conclusiones

La implicación de profesionales que no pertenecen a la UFGR favorece la capacidad de análisis del hospital. Por otro lado, estratificar la profundidad de análisis que requieren los diferentes incidentes nos permite mantenernos al día en el trabajo y favorecer así la puesta en marcha de medidas de mejora. Los miembros de la UFGR tienen ahora una tarea asesora y de supervisión, participando en los análisis mas complejos.

RESULTADOS DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE HIGIENE DE MANOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO (SEM)

AUTORES

Sara Navarro Santos¹; R García Martínez²; J Rodrigo Sierra³; RE Gómez Giménez⁴; PJ Alonso Plaza⁵; I Rodríguez Díaz⁶.

CENTRO DE TRABAJO
SUMMA 112.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad
ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La higiene de manos (HM) es la medida más eficaz para disminuir la incidencia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Se incluye entre las medidas que implementadas en los programas ZERO para disminuir IRAS específicas.

La urgencia extrahospitalaria está catalogada como medio de mayor dificultad para la práctica de la HM, lo que hace que algunos estudios excluyan observaciones en situaciones de emergencia. Además los profesionales de los SEM desconocen la repercusión de omitir HM ya que las IRAS aparecen hasta 48 tras la asistencia.

Nuestro SEM incluye observación del cumplimiento de HM en centros y dispositivos móviles como parte de la estrategia de seguridad del paciente. En 2017 el cumplimiento global fue 20,9 % y en 2018, 32,27%, siendo el incremento estadísticamente significativo

Objetivos

Principal

- Determinar el cumplimiento global de HM en unidades asistenciales
- Medir el impacto de la estrategia de HM desplegada durante 2018

Secundario

- Determinar el cumplimiento de HM según indicaciones, tipo de unidad y categoría profesional
- Cuantificar el uso de hidroalcohol en los casos que hubo HM
- Cuantificar el uso de guantes en los casos que no hubo HM

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo de observación abierta. Muestreo estratificado por conveniencia de dispositivos asistenciales a observar y aleatorio de profesionales observados por unidad.

Observaciones: siguiendo metodología OMS. Observadores formados y validados para disminuir variabilidad que no observan en su unidad asistencial. Hoja de recogida de datos estandarizada para la comunidad autónoma

Resultados

Se recogieron 806 oportunidades de HM, en 39 turnos de observación, por 10 observadores. 447 corresponden a SUAP, 134 a UAD, 180 a UME y 45 a VIR. Se observaron 277 oportunidades en enfermeros, 379 en médicos y 150 en técnicos. Por indicaciones se observaron 255 oportunidades antes de paciente (momento1), 145 antes de tarea aséptica (2), 121 después de exposición a fluidos (3), 251 después de paciente (4) y 29 después de entorno (5).

El cumplimiento global de HM en 2019 fue 37,97% (IC:34,6-41,41), siendo 32,27% en 2018. El incremento del cumplimiento resultó estadísticamente significativo ($p=0,03$).

Según indicaciones el cumplimiento fue 27,89% en el momento 1, 18,6% en el 2, 50,5% en el 3, 56% en el momento 4 y 62,07% en el 5. Según tipo de unidad el cumplimiento fue 32,73% en SUAP, 47,76% en UAD, 44,63% en UME y 40% en VIR.

Según profesionales el cumplimiento fue 40,36% en enfermeros, 33,78% en médicos y 45,95% en Técnicos.

Se usaron guantes en el 62,68% (IC:58,24-66,96) de las oportunidades sin HM.

El 89,87% (IC:85,93-93,01) de las acciones de HM se realizaron con Hidroalcohol.

Conclusiones

El cumplimiento sigue avanzando pero ha sufrido una deceleración. Se debe revisar qué aspectos de la estrategia multimodal se han desarrollado en menor medida para orientar nuestras acciones. Así mismo actuar específicamente en puntos con menor cumplimiento; antes de tarea aséptica en SUAP y médicos.

¿CUÁNTO SABEMOS SOBRE HIGIENE DE MANOS (HM)? RESULTADOS DE UN CUESTIONARIO DE HM EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS (SEM)

AUTORES

Inmaculada Rodríguez Díaz¹; L Cuellar Gallego²; JL López Sanz³; J Flores Herrera⁴; C del Campo Cazallas⁵; S Navarro Santos⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA 112.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La formación, evaluación y retroalimentación a los profesionales forman parte de la estrategia multimodal de la OMS para mejorar la HM. En nuestro SEM se incluye formación sobre HM en todos los cursos de seguridad del paciente, se realiza formación de observadores del cumplimiento anualmente y se envían píldoras formativas a todos los profesionales incluyendo información sobre los programas de la OMS para las seguridad del paciente, las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y su impacto, los cinco momentos, los procedimientos adecuados de lavado y fricción

Objetivos

Conocer el nivel de conocimientos sobre HM de los profesionales de urgencias y emergencias de un servicio de urgencias extrahospitalario

Material y métodos

Se envió un cuestionario a todos los profesionales del servicio a través del correo electrónico corporativo, en el que se hacían 5 preguntas para caracterizar la muestra y 11 preguntas sobre HM

Resultados

Se recibieron 157 respuestas (tasa de respuesta inferior al 10%). Un 61,8% de las respuestas fueron mujeres, un 41,4% médicos, 32,5% enfermeros y 22,9% TES. Un 50,3% trabajaban en recursos móviles de emergencias y un 42% en Centros de Urgencias. El 38,2% refieren no haber recibido capacitación formal en HM. El 99,4% refieren disponer de preparado de base alcohólica (PBA) con facilidad.

Un 88,5% identifica las manos de los profesionales como principal vía de transmisión cruzada de las IRAS, siendo un 69,4% los que identifican los gérmenes del entorno como fuente más frecuente.

Un 64,3% identifica que el tiempo mínimo que precisa un PBA son 20" y un 91,7% que debe cubrir todas las superficies de ambas manos.

Un 73% identifica la joyería, un 35,7% la pie lesionada y un 35% las uñas postizas como elementos a evitar por aumentar la probabilidad de colonización.

En cuanto al método de HM requerido en distintas situaciones se contesta agua y jabón en torno al 30% en ocasiones que es de elección PBA. Un 71,97% afirma que la limpieza con PBA es más rápida que el agua y jabón, un 43,31% afirma que el PBA seca más las manos y un 56,05% afirma que el PBA es mas eficaz que el lavado.

Mas del 90% identifican que la HM "antes del contacto" en los momentos después previene la transmisión cruzada.

Un 91,72% identifica que la HM antes de un procedimiento aséptico previene que el paciente sufra infecciones por sus propios gérmenes.

El 100% identifica la HM después del contacto y el 98% identifica después del riesgo de exposición a fluidos como medida de prevención de infecciones en profesionales sanitarios.

En cuanto a las superficies que pueden contaminar las manos de los profesionales, la pero identificada es la historia clínica con un 62,42%

Conclusiones

Aunque el nivel de conocimientos en general es amplio, se debe reforzar la formación ya que no llega a todos los profesionales (un 38,2% refiere que no ha recibido capacitación formal). Se debe incluir mas formación sobre el uso e indicaciones de los PBA y la importancia epidemiológica de cada uno de los momentos de la OMS.

APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA MULTIMODAL DE LA OMS SOBRE HIGIENE DE MANOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

AUTORES

SARA NAVARRO SANTOS¹; P FERNAN PÉREZ²; MT GUERRA PÉREZ³; AB ÁVILA MANQUILLO⁴; I BARRIO PÉREZ⁵; MC ARRANZ REMENTERÍA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA112.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) sigue siendo un problema de seguridad para el paciente. En el estudio EPINE 2018, la incidencia de IRAS era un 7,97%. La estrategia multimodal (EMM) de la OMS sobre higiene de manos (HM) ha demostrado ser aplicable y sostenible en diferentes entornos asistenciales de todo el mundo. Tras ser adoptada por nuestro servicio llega el momento de evaluar el impacto de su aplicación, y las áreas en las que reforzar la estrategia en los próximos años

Objetivos

Evaluar el desarrollo de los componentes de la EMM de la OMS. Determinar el impacto de la estrategia en el cumplimiento de HM

Material y métodos

El Grupo Promotor de HM siguiendo las recomendaciones de la guía de aplicación de la OMS ha evaluado cada uno de los 5 componentes de la estrategia multimodal, mediante encuestas de infraestructura, monitorización del consumo de preparados de base alcohólica (PBA) y estudios de observación del cumplimiento

Resultados

Desarrollo de la EMM

1 Cambio del sistema: todos los dispositivos asistenciales disponen de PBA, incluidos móviles. Se han instalado dispensadores de PBA en todos los puntos de atención de los centros de urgencias. Hay agua limpia, jabón y toallas desechables en todas las consultas.

2 Formación: se dispone de curso online facilitado por el servicio de salud de la comunidad. Se realiza de anualmente curso de formación de observadores de HM, se incluye módulo de HM en todos los cursos de seguridad del paciente. Se envían píldoras formativas en formato electrónico periódicamente. Se han evaluado los conocimientos sobre HM con un cuestionario.

3 Evaluación y retroalimentación: desde hace 3 años se realiza estudio observacional de HM en las unidades asistenciales y se da retroalimentación a los profesionales. Se monitoriza el consumo de PBA.

4 Recordatorios en el lugar de trabajo: se dispone de recordatorios en todos los centros, no se dispone en recursos móviles. No hay material e elaboración propia.

5 Clima institucional y de seguridad: Se incluye el desarrollo de acciones para mejora de la HM como indicador de calidad del servicio. Se incluye el incremento a la adhesión de HM como línea estratégica dentro de la estrategia de seguridad del paciente del SEM. No existen indicadores individuales relacionados con HM.

Impacto de la estrategia en el cumplimiento de HM: El cumplimiento de HM ha aumentado desde el 20,87% en 2017 hasta el 37,96% en 2019, siendo la diferencia (17,1%) estadísticamente significativa ($p < 0,000$)

Conclusiones

Los componentes de la EMM de la OMS se encuentran ampliamente desarrollados (nivel avanzado).

La EMM aplicada a nuestro SEM ha resultado efectiva para aumentar la adhesión a la HM.

De cara a la planificación a largo plazo se propone:

Aumentar la frecuencia/nº de unidades asistenciales de los estudios observacionales, despliegue de material de elaboración propia para recordatorios en punto de atención e inclusión de indicadores individuales de HM en la evaluación de desempeño profesional.

MAPAS DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE PACIENTES: EVOLUCIÓN Y MEJORA CONTINUA

AUTORES

LEIRE SAINZ DE VICUÑA BRAVO¹; V HUIDOBRO DE DIEGO²; M ULIBARRENA SAINZ³; V ESTRADA ROYO⁴.

CENTRO DE TRABAJO
MUTUALIA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En 2008 comenzamos a trabajar formalmente en seguridad de pacientes, y desde 2013 estamos certificados por la norma UNE 179003 "Gestión de riesgos para la Seguridad de Pacientes".

Objetivos

Explicar la evolución y mejora continua de los mapas de riesgos de seguridad de pacientes, y su integración en la estrategia general de gestión de riesgos de la organización.

Material y métodos

En 2012 elaboramos nuestro primer mapa de riesgos de seguridad de pacientes, en el que se identificaban 223 riesgos, 73 de ellos clasificados como no aceptables. Como consecuencia, elaboramos Planes de Tratamiento de Riesgos por servicio para dar respuesta a estos riesgos.

En 2014 hicimos la primera revisión del mapa de riesgos de seguridad de pacientes, añadiendo los riesgos relacionados con equipos y materiales, y redefiniendo los criterios de aceptabilidad de riesgos.

En 2015 hicimos la segunda revisión del mapa de riesgos de seguridad de pacientes y evaluamos la eficacia de los Planes de Tratamiento de Riesgos por servicios, concluyendo que con carácter general habían sido eficaces, dado que contribuyeron a reducir el número de riesgos no aceptables (que pasaron de 73 a 18).

En 2016 y 2017 hicimos revisiones anuales, actualizando los mapas de riesgo según las incidencias recibidas a través del sistema de notificación de incidentes de seguridad de pacientes. Se trazaron todas las incidencias recibidas a través de este sistema a los mapas de riesgo, lo que nos permite una retroalimentación continua de los mapas, y nos proporciona información para evaluar de manera más rigurosa y ajustada la probabilidad y gravedad de los riesgos.

En el Plan Estratégico 2018-2020 decidimos implantar el Modelo de Tres Líneas de Defensa y apostar por una gestión de riesgos avanzada e integrada. Para ello, y desde la perspectiva de seguridad de pacientes:

- Revisamos el procedimiento de gestión de riesgos de seguridad de pacientes, que pasa a integrarse en el procedimiento de gestión de riesgos general de la organización.
- Hemos volcado los mapas de riesgos de seguridad de pacientes en una herramienta informática donde se van incorporando progresivamente todos los mapas de riesgos de la organización. Esto permite una visión global de los riesgos de la organización (de seguridad de pacientes, seguridad de la información, penales, económicos, etc.) y una gestión más profesionalizada de los riesgos.

Resultados

El mapa de riesgos de seguridad de pacientes nos ha permitido mejorar la gestión de riesgos, implantando nuevas barreras para evitar que los riesgos lleguen a materializarse.

Como consecuencia, se aprecia una reducción de los riesgos evaluados como no aceptables: desde los 73 detectados en 2012 hasta los 18 detectados en 2015. En 2019, tras las sucesivas revisiones anuales, no hay ningún riesgo de seguridad de pacientes clasificado como no aceptable.

Conclusiones

Se ha implantado una sólida estrategia de gestión de riesgos de seguridad de pacientes, de manera integrada con la estrategia general de gestión de riesgos de la organización.

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MEJORA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DEL MARCO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA OMS

AUTORES

CRISTINA NAVARRO-ROYO¹; JM Cantero-Escribano²; C Albéniz-Lizárraga³; A Pardo Hernández⁴.

CENTRO DE TRABAJO

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ²;
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL³; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL⁴.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Mejorar la práctica de higiene de manos es una prioridad institucional, que se materializó en el servicio regional de salud en el año 2009 con el desarrollo de una Estrategia específica, cuyas actuaciones se han ido desarrollando hasta la actualidad incluyendo: formación, observación, recordatorios y objetivos institucionales, entre otros. La evaluación anual es parte fundamental de dicha estrategia, tal y como indica la OMS en su guía multimodal. Desde el año 2011 se incluye entre los objetivos de seguridad del contrato programa de hospitales “la realización de la autoevaluación a través de la herramienta de la OMS”.

Objetivos

Determinar la repercusión de las acciones realizadas y vigilar el proceso de mejora continua de la higiene de manos. Identificar puntos fuertes y áreas de mejora de la estrategia.

Material y métodos

El Marco de autoevaluación desarrollado por la OMS es un instrumento sistemático que permite obtener un análisis de la situación e identificar los aspectos que necesitan atención y mejora. Consta de 5 componentes que reflejan los 5 elementos de la Estrategia de la OMS y 27 indicadores. En función de la puntuación obtenida en los 5 componentes (máx. 500), el centro es asignado a uno de los 4 niveles siguientes con respecto a las prácticas de higiene de las manos: insuficiente, básico, intermedio o avanzado.

De las autoevaluaciones de los 34 hospitales del SERMAS se ha analizado el nivel de desarrollo conseguido, puntuaciones medias totales y por componente. Se ha realizado un análisis global y por complejidad de hospitales en todos los años disponibles (de 2011 a 2018) para ver evolución.

Resultados

En 2011, 17% de hospitales se encontraban en un nivel de desarrollo básico, 70% intermedio y 13% avanzado, observándose con los años un desplazamiento hacia niveles de mayor implantación. Así, en 2018 un 3% se encontraba en nivel básico (1 centro), 53% en intermedio y un 43% avanzado. La puntuación global promedio en 2011 fue de 301 y 2018 de 369. En el análisis por grupos de hospitales hay ligeras diferencias y en todos se observa mejora en nivel de desarrollo. Por componentes (máx. 100) y valorando evolución, los más desarrollados fueron los relativos a cambio del sistema o disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas (89,1 en 2018 vs 79,5 en 2011), recordatorios (78,6 en 2018 vs 74 en 2011) y clima de seguridad (71,8 en 2018 vs 60,2 en 2011); y con mayor margen de mejora destaca la formación de los profesionales (66,8 en 2018 vs 46,7 en 2011) y evaluación y retroalimentación (62,7 en 2018 vs 40,3 en 2011).

Conclusiones

El seguimiento continuo a través de la herramienta de autoevaluación es sencillo y útil para conocer los cambios generados por la aplicación de una estrategia a nivel de un servicio regional de salud, y permite determinar si las intervenciones están siendo efectivas para mejorar la práctica de higiene de manos (sensibilización y clima de seguridad) y qué aspectos necesitan ser reforzados (como la formación y retroalimentación de resultados).

CALIDAD Y SEGURIDAD CLINICA EN POLICONSULTORIO CON QUIRÓFANO (IMQ ZURRIOLA)

AUTORES

ANGEL LAFUENTE ABOIN¹; A ZUBIOLA BLÁZQUEZ²; I URRUTIA JOHANSSON³; K ALONSO RODRIGUEZ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

CENTRO MEDICO QUIRURGICO IMQ ZURRIOLA¹; CENTRO MEDICO QUIRURGICO IMQ ZURRIOLA²; CLINICA IMQ ZORROTZAURRE³; IM⁴.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La apuesta por la seguridad clínica en IMQ, se materializa en la certificación de todos sus centros con normas de calidad y seguridad del paciente. IMQ Zurriola, ubicado en el centro de Donostia, ha obtenido a finales de 2018, esta doble certificación, además, con la idiosincrasia de que se trata de un policonsultorio con quirófano, por lo que todas las exigencias requeridas en un hospital, se han trasladado a este centro de manera efectiva.

Objetivos

1. Implantar mejoras en los circuitos asistenciales con impacto eficacia, eficiencia y seguridad clínica.
2. Disponer de herramientas para la identificación y análisis de eventos adversos.
3. Minimizar los eventos adversos asociados al rol asistencial.
4. Potenciar las competencias técnicas y genéricas de los profesionales

Material y métodos

1. Identificar las variables/ áreas de impacto en la seguridad clínica
2. Descripción de Mapas de Procesos y Mapas Clínicos
3. Desarrollar nuevos métodos de notificación, explotación y comunicación de los eventos adversos.
4. Diseñar el AMFE para la Vacunación
5. Analizar resultados y establecer nuevas iniciativas de mejora.

Resultados

Todo ello ha permitido además de la acreditación con la norma ISO 9001: 2015 y la UNE 179.003, los siguientes resultados

1. Mapa de Riesgos
2. sistema de notificación de eventos adversos.
3. checklist quirúrgico
4. Manual de Vacunación .
5. Formación RCP
6. educación sanitaria

Conclusiones

La acreditación con las normas de Calidad y Seguridad del paciente de manera conjunta, ha ayudado a desplegar diferentes sistemáticas de actuación en el colectivo asistencial para poder minimizar y reducir los eventos adversos que se producen, tanto en lo referente a identificación de pacientes, seguridad de quirófanos, minimización de las caídas, etc. En muchas ocasiones los accidentes se convierten en “cuasi incidentes” gracias a la mano “invisible” de los propios profesionales.

PROTOCOLO DE COMPROBACIÓN Y SIMULACIÓN PERIÓDICA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

AUTORES

CLAUDIA GONZALEZ LOPEZ¹; A RICO ROMANO²; S SECO FERNANDEZ³; G AHIJADO AGUADO⁴; I AGUILAR CASTILLO⁵; L VAQUERO VELERDAS⁶.

CENTRO DE TRABAJO

H.U.FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En las unidades de psiquiatría las situaciones complejas que suponen riesgo vital inminente son poco frecuentes, por lo que el uso de cierto material y puesta en marcha de técnicas, como la aspiración o reanimación cardio-pulmonar, no son habituales. Por ello es necesaria la formación y reciclaje periódico del personal de enfermería en estos procedimientos para potenciar la seguridad en estas actuaciones aisladas de su práctica profesional cotidiana.

Además las urgencias psiquiátricas más frecuentes requerirán en muchos casos de sujeción física, lo que suele provocar gran estrés en el personal que la realiza, especialmente aquellos con poca experiencia o en proceso de formación. Será crucial el entrenamiento periódico en el conocimiento de la técnica para el desarrollo de las habilidades personales necesarias para implementarla.

Transversalmente para cubrir satisfactoriamente las áreas expuestas previamente, el personal de enfermería y en formación requerirá de un conocimiento en profundidad del stock y ubicación tanto de la medicación como del material necesario dentro de la unidad.

Por ello en 2018 se estableció un protocolo para el personal de enfermería y en formación de la unidad de psiquiatría, dividido en dos bloques:

- Comprobación: medicación, material y carro de paradas, con el fin de potenciar el conocimiento en profundidad de la ubicación y contenido de todo lo necesario para su uso en situaciones cotidianas y especialmente de crisis.
- Simulación: El personal de enfermería o en formación realizará el proceso de aspiración, montaje de oxígeno y sujeción física de manera simulada con el fin de conocer la ubicación y material necesario, poder actuar con prontitud en situaciones difíciles y desarrollar las habilidades personales ineludibles para su correcta ejecución.

Objetivos

- Formación y reciclaje periódico del personal de enfermería y en formación.
- Potenciar la seguridad en sus intervenciones en situaciones complejas, agudas o de crisis.
- Potenciar la seguridad del paciente.

Material y métodos

Procedimiento: Evaluación por pares.

Instrumento: Checklist o lista de control estandarizado.

Periodicidad: una vez al mes.

Asignación: la supervisora de enfermería realizará un cuadrante aleatorio, de parejas de enfermera/auxiliar.

Resultados

El protocolo ha tenido una gran acogida en la unidad, los profesionales se muestran satisfechos por el aumento de seguridad en sus actuaciones cotidianas y por la oportunidad de aprender y mejorar junto con sus compañeros.

El establecimiento del protocolo también ha resultado en el desarrollo de un Checklist que puede servir de referencia para otras unidades donde se quiera implantar el sistema propuesto.

Conclusiones

Normalmente conocemos la teoría, las unidades hospitalarias están repletas de protocolos y guías de actuación, pero los procedimientos de entrenamiento y comprobación objetiva de que se conocen y se disponen de las habilidades exigidas, son escasos, al menos en las unidades de psiquiatría.

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES EN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

AUTORES

Clara Salom Garrigues¹; C Campabadal Prats²; I Muiño Bové³; N Marco Bas⁴; F Bejarano Romero⁵; L Canadell Vilarrasa⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Unidad de Farmacia, Camp de Tarragona, ICS¹; Unidad de Farmacia, Camp de Tarragona, ICS²; CAR Salou, ICS³; Unidad de Farmacia, Camp de Tarragona, ICS⁴; Unidad de Farmacia, Camp de Tarragona, ICS⁵; Unidad de Farmacia, Camp de Tarragona, ICS⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En nuestro ámbito, el 77,2% de los pacientes en programa de atención domiciliaria (ATDOM) presentan polimedicación. La elevada morbilidad de la farmacoterapia justifica que el farmacéutico participe en su revisión.

Objetivos

Revisar el plan de medicación (PM) en base a criterios de eficacia, eficiencia y seguridad adecuando los tratamientos de los pacientes ATDOM.

Material y métodos

Estudio prospectivo de intervención realizado en un centro de salud de nuestra área en el que se incluyeron los pacientes ATDOM con prescripción activa.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), tipo de incidencias, propuestas, aceptación, aplicación, ahorro y reducción polifarmacia.

Se lista la población diana y el farmacéutico realiza propuestas al médico en función de la revisión clínica del PM según el cuestionario de Fierabras. Si el médico acepta la propuesta, informará al paciente/familiar responsable para la toma de decisiones compartida. A los 3 meses de la propuesta, desde farmacia se comprueba la aplicación.

Resultados

De 142 pacientes se incluyeron 122, 84 (68,8%) mujeres, 65 (53,1%) tenían entre 85 y 94 años, seguidos de 35 (28,7%) de 75 a 84 años. De los no incluidos, 13 (9,1%) fueron éxitos y 7 (4,9%) se institucionalizaron durante los 3 meses de recogida de datos. Se encontraron 167 incidencias que implicaban 161 fármacos y 79 pacientes (64,7%): 70 (41,9%) de indicación, 49 (29,3%) de efectividad-eficiencia, 35 (21%) de adecuación y 13 (7,8%) de seguridad. Se aportaron 169 propuestas: suspensión del fármaco en 118 (69,8%), cambio de dosis en 18 (10,6%), cambio de medicamento en 14 (8,3%), cambio por equivalente terapéutico en 12 (7,1%), monitorización en 5 (3%) y cambio de frecuencia en 2 (1,2%).

En 11 fármacos (6,8%) se acordó que el cambio no era posible. El 93,2% restantes fueron aceptados por el médico. A los 3 meses se comprobó que 76 (50,7%) cambios se aplicaron, suponiendo un ahorro teórico anual de 10.546 € y 74 (49,3%) seguían pendientes, en 1 se registró que el motivo fue por decisión de la familia. Ocasionó una reducción global de fármacos del 19,6% al pasar de 347 a 279 en 43 (54,4%) pacientes. La media por paciente paso de $8,1 \pm 3,2$ a $6,5 \pm 3,2$, suponiendo una reducción de 1,6 fármacos/paciente.

Conclusiones

El grado de aceptación de las propuestas ha sido muy bueno, pero casi la mitad no se efectuaron. Habría que analizar el motivo (problema de organización, falta de tiempo para agendar visitas proactivas que permitan explicar al paciente los cambios o por negativa del paciente/familiar) para poder aportar distintas soluciones.

Como sugerencias de mejora se propone estratificar a los pacientes según características clínicas mediante la creación de una base de datos para priorizar sobre cuales interese trabajar en cada momento y centro. Además, enfermería hará una revisión de la medicación "in situ" para recoger datos sobre adherencia, isoapariciencia, conservación y administración de los fármacos que permitirán realizar una revisión más exhaustiva por un equipo interdisciplinar.

REVISIÓN CLÍNICA DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES EN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

AUTORES

Clara Salom Garrigues¹; M Gelonch Monné²; Al Gonzalez Bravo³; S Crispi Cifuentes⁴; JA Delagneau Gonzalez⁵; L Canadell Vilarrasa⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Unidad de Farmacia, Camp de Tarragona, ICS¹; EAP Jaume I, ICS²; EAP Tarraco, ICS³; EAP Jaume I, ICS⁴; EAP Tarraco, ICS⁵; Unidad de Farmacia, Camp de Tarragona, ICS⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El 77,2% de nuestros pacientes en programa de atención domiciliaria (ATDOM) son polimedicados. La elevada morbilidad de la farmacoterapia justifica la revisión clínica, incluyendo la comprobación del botiquín en el domicilio.

Objetivos

Revisar el plan de medicación (PM) en base a criterios de eficacia, eficiencia y seguridad, adecuando los tratamientos de los pacientes ATDOM.

Material y métodos

Estudio piloto prospectivo de intervención, en los pacientes ATDOM con prescripción activa de 2 centros de salud con 290 y 206 pacientes.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), tipo de incidencias, propuestas y aceptación.

Se lista la población diana y se priorizan los pacientes mediante consenso de la Comisión Asesora Farmacoterapéutica (CAF), formada por el farmacéutico, médico y enfermería.

El farmacéutico realiza propuestas en función de la revisión clínica del PM según el cuestionario de Fierabras y la revisión en el domicilio por enfermería. Los pacientes con PM inadecuado se evalúan por la CAF. Si el médico acepta la propuesta, informará al paciente o familiar responsable para la toma de decisiones compartida. A los 3 meses de la propuesta, desde farmacia se comprueba si los cambios se han efectuado.

Resultados

En los 2 primeros meses se revisaron 45 pacientes, 34 (75,6%) mujeres, 31 (68,9%) de 85-94 años.

Tuvieron alguna propuesta 38 (84,4%) pacientes, que acumulaban 87 incidencias (82,1%) según el cuestionario de Fierabras: 35 (40,2%) de indicación, 24 (27,6%) de efectividad-eficiencia, 22 (25,3%) de adecuación y 6 (6,9%) de seguridad. Dos incidencias (2,3%) se justificaron en la CAF y para las demás se aportaron 81 propuestas aceptadas: suspensión del fármaco en 41 (50,6%), cambio de dosis en 12 (14,8%), cambio de medicamento en 9 (11,1%), cambio por equivalente terapéutico en 9 (11,1%), monitorización en 5 (6,2%), inicio de tratamiento en 2 (2,5%), completar la orden en 2 (2,5%) y cambio de frecuencia en 1 (1,2%).

Presentaban 2 marcas diferentes para el mismo principio activo 8 (8,5%) casos, 3 marcas 1 (1,1%) y cajas parecidas de principios activos diferentes otro, dando lugar a 10 (9,4%) incidencias de dispensación. De conservación fueron 9 (8,5%), siendo 8 (88,8%) por fármacos caducados, 7 (87,5%) no se estaban consumiendo.

En total, 106 incidencias que implicaban 94 principios activos. Según el cuestionario ARMS-e, 27 (60%) pacientes no eran adherentes, y según recuento no lo eran 15 (33,3%). Se refuerza la educación al paciente, fomentando adherencia y conservación.

Conclusiones

La mayoría de incidencias son por falta de indicación, efectividad-eficiencia o adecuación, y conllevan retirada. Prácticamente la totalidad son aceptadas por los profesionales, pero los resultados concluyentes se obtendrán cuando se compruebe si los cambios se han aplicado.

Hay discrepancias en la adherencia, el cuestionario es más sensible y permite saber qué aspecto debe mejorarse.

La presencia del farmacéutico en el equipo interdisciplinar es un valor añadido en el uso racional del medicamento.

CUSTODIA DE PERTENENCIAS DE PACIENTES

AUTORES

RICARDO JOSÉ SALTO GÓMEZ¹; J CRECENTE CALDERON²; R MANSILLA ABANADES³; P MARQUEZ DIAZ⁴; F SOTO BONEL⁵; PL IZQUIERDO DOYAGÜEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Hay un elevado número de actividades asistenciales que requieren garantizar la seguridad y confortabilidad del paciente. Una de las circunstancias diarias que presenta una oportunidad de mejora es el trasiego de pertenencias de pacientes que vienen sin acompañamiento, que pueden ser cambiadas varias veces de ubicación por el personal del centro hasta sus ingresos definitivos o altas, lo que favorece extravíos involuntarios ocasionales debido a ese trasiego.

Objetivos

Mejorar las condiciones de seguridad, confort y satisfacción de los pacientes que acuden al centro sin soporte social, custodiando sus pertenencias hasta que se encuentre en condiciones de tenerlas a su disposición en su habitación.

Material y métodos

- Elaboración de un protocolo/guía de actuación para estos casos.
- Definir una ubicación para la guarda de pertenencias, adecuadamente equipada y conforme al procedimiento.
- Designar como garantes de esta actividad a los celadores y responsables la Unidad Sanitaria Mortuoria, que es una unidad habilitada para la custodia judicial y cuya actividad cubre las 24 horas del día los 365 días del año.

Resultados

- En el periodo 2015-2018, se han reducido los servicios prestados a demanda por necesidad de trasladar pertenencias de pacientes en un 99,7%.
- Asimismo, han disminuido las reclamaciones al hospital por pérdidas de pertenencias en un 71 %.

Conclusiones

La puesta en marcha de este procedimiento ha supuesto:

- Mejorar la actividad de traslado de este tipo de pacientes y sus pertenencias en todo el hospital, destacando un importante impacto por su frecuencia en Urgencias, cirugías menores ambulatorias, Unidad de Recuperación Post Anestésica y habitaciones de hospitalización de cirugía.
- Evitar pérdidas patrimoniales involuntarias debidas al trasiego.
- Evitar dobles paseos y traslados innecesarios.
- La Unidad de Celadores ha dado respuesta a una oportunidad de mejora muy apreciada por los usuarios.

PROCEDIMIENTO INTERDISCIPLINAR DE TRASLADOS DE PACIENTES A PRUEBAS RADIODIAGNÓSTICAS

AUTORES

JOSÉ ANTONIO DÍEZ GARCÍA¹; JA GARCÍA GARCÍA²; Y GARCÍA ÁVILA³; I MONDEJAR LÓPEZ⁴; PL IZQUIERDO DOYAGÜEZ⁵; F SOTO BONEL⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los traslados de pacientes a pruebas radiodiagnósticas presentan con frecuencia situaciones de mejora: que el paciente no se encuentre preparado para ser trasladado desde las unidades de hospitalización, desconocimiento previo del medio de transporte, falta de alguna documentación o acumulación de pacientes por coincidencia con otras actividades. Estas situaciones producen una mala utilización de los recursos (paseos innecesarios, pérdidas de tiempo) y van en detrimento de la prestación del servicio y cuidados que precisa el paciente.

Objetivos

- Eliminar situaciones de pérdida de tiempo o impasse porque el paciente no se encuentre en situación de ser trasladado.
- Llegada del/la celador/a a la unidad correspondiente sabiendo previamente cual será el medio de transporte.
- Mejora de la fluidez en ascensores.
- Responder de forma paritaria a las pérdidas momentáneas de personal por situaciones sobrevenidas (celadores de planta, celadores de Radiodiagnóstico).
- Mejorar la planificación citas para que contenga las menores interferencias posibles.
- Implicar a todos los estamentos en un proceso cuya ejecución a todos afecta.

Material y métodos

- Realización de un procedimiento firmado por las tres direcciones (médica, enfermería y gestión) donde se acordó: la preparación previa de los pacientes, la documentación que debe acompañarles, indicación previa del medio de transporte y la programación diaria de pruebas y formas de resolver circunstancias sobrevenidas.
- Control del trasiego de pacientes hacia/desde el servicio de radiodiagnóstico (toma de datos) por parte de los celadores.
- Realizar un seguimiento de los resultados para tutelar el proceso e implementar las acciones de mejora que procedan, creándose un equipo de trabajo multidisciplinar con actividad desde 2017.

Resultados

- Disminución de los traslados de pacientes en cama (2015: 89,2 %; 2018: 43,6 %)
- Disminución de los tiempos de traslado (2015: 27 min.; 2018: 14 min.)
- Diminución de las pérdidas de tiempo por dobles paseos o esperas no previstas. Se han optimizado 52.400 € anuales en coste por tiempo de celador.

Conclusiones

La puesta en marcha de este procedimiento ha supuesto:

- Implicación de todos en la importancia de optimizar los traslados, que redunda en un claro beneficio para pacientes y trabajadores.
- Optimización de recursos y tiempos de traslado.
- Disminución de la estancia del paciente fuera de su unidad de hospitalización.
- Utilización del vehículo adecuado por conocimiento previo, disminuyendo los traslados en cama por defecto y, por ende, optimizando la dinámica de los ascensores.

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO NO INSULÍNICO EN DM2

AUTORES

Ferran Bejarano Romero¹; L Canadell Vilarrasa²; C Campabadal Prats³; C Salom Garrigues⁴; N Marco Bas⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Dirección Atención Primaria Camp de Tarragona¹; Hospital Universitario Joan 23²; Dirección de Atención Primaria Camp de Tarragona³; Dirección de Atención Primaria Camp de Tarragona⁴; Dirección de Atención Primaria Camp de Tarragona⁵.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La diabetes mellitus es una entidad con una prevalencia al alza. En los últimos años se han comercializado números fármacos hipoglucemiantes no insulínicos pertenecientes a nuevas familias. Por otro lado, las nuevas guías recomiendan relajar la intensidad del control de los pacientes diabéticos. Ambos hechos obligan a plantear estrategias de revisión de estos tratamientos para optimizar su efectividad y seguridad, de acuerdo con las nuevas recomendaciones.

Objetivos

Adecuar el tratamiento antidiabético no insulínico (ADNI) de los pacientes diabéticos tipo 2 del equipo de atención primaria (EAP) de la población de Montblanc en términos de eficacia, seguridad, conveniencia y coste. Valorar el efecto de la intervención sobre el control metabólico a partir de la hemoglobina glicosilada (HbA1c). Valorar la variación en el perfil de prescripción de los ADNI de acuerdo a las recomendaciones institucionales. Cuantificar la variación en los costes del tratamiento.

Material y métodos

Se elaboró un formulario de revisión del tratamiento ADNI que incluyó datos demográficos del paciente (edad y sexo), tabaquismo, valor de la HbA1c, tasa de filtrado glomerular, índice de masa corporal (IMC), comorbilidades de interés (neoplasias tiroidea o de vejiga, infecciones urinarias, enfermedad inflamatoria intestinal, hepatopatía, vasculopatías). Desde la unidad de farmacia de atención primaria se revisaron todos los pacientes tratados con ADNI adscritos al EAP Montblanc de acuerdo a un algoritmo basado en el cuestionario de Fierabrás y se elaboraron propuestas de adecuación del tratamiento. Se realizó una reunión con cada uno de los médicos del centro para consensuar las propuestas emitidas, y se evaluaron los resultados a los 6 meses. Las variables analizadas fueron el número y tipología de las propuestas implantadas, variación de la hemoglobina glicosilada, el cambio en los indicadores de selección de fármacos y la variación de los coste.

Resultados

Se revisó el tratamiento de 395 pacientes (57,2% hombre, mujeres 42,8%) con una edad media de 70,6 (11,4 DE) años y tratados con un total de 910 principios activos ADNI. Se realizaron un total de 237 propuestas de modificación de tratamiento (suspensión, modificación o añadir) [en proceso de análisis descriptivo]. La HbA1c basal era de 7,51% (1,4 DE) y a los 6 meses de 7,56% (1,39 DE). El indicador de selección de metformina o sulfonilureas mejoró en un 6,94% (de 55,57% a 62,51%). El indicador de selección de fármacos alternativos mejoró en un 22,33% (de 48,94% a 71,24%). En global el gasto anual del centro de salud en los fármacos ADNI se redujo en 47.058 €.

Conclusiones

Una intervención farmacéutica junto a una entrevista de consenso con el médico de familia permite adecuar el tratamiento ADNI de los pacientes diabéticos tipo 2, de acuerdo a criterios de objetivo terapéutico y seguridad. El principal efecto de la intervención consiste en la desprescripción de fármacos.

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

AUTORES

CRISTINA GONZÁLEZ STEINBAUER¹; RM ORTÍ LUCAS².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico Universitario.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En los últimos años se han llevado a cabo distintas estrategias para mejorar la Seguridad del Paciente.

Evaluar la percepción de los profesionales acerca de la Seguridad con la que se atiende a los pacientes nos permitirá centrar nuestros esfuerzos en implantar medidas en relación a las áreas de mejora detectadas.

Objetivos

Previo a la implantación del Programa Cirugía Segura quisimos conocer la percepción de los profesionales del bloque quirúrgico sobre la Seguridad del paciente en el hospital.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo trasversal. Se utilizó la adaptación española del cuestionario “Hospital survey on patient safety culture” del AHRQ para el análisis de la cultura sobre Seguridad del Paciente.

El cuestionario se adaptó a formato electrónico y se envió por e-mail a través de la Dirección del centro a los jefes de servicio y supervisores de enfermería.

Las 42 preguntas del cuestionario fueron agrupadas en 12 dimensiones de la seguridad del paciente: 1)Frecuencia de eventos notificados,2) Percepción de seguridad, 3)Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad /Servicio que favorecen la seguridad, 4)Aprendizaje organizacional/mejora continua,5)Trabajo en equipo en la Unidad /Servicio, 6)Franqueza en la comunicación, 7)Feed-back y comunicación de errores,8)Respuesta no punitiva a los errores, 9)Dotación de personal, 10)Apoyo de la Gerencia del hospital en la SP, 11)Trabajo en equipo entre servicios/unidades, 12)Problemas en los cambios de turno y transición entre servicios.

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, obteniendo frecuencias absolutas y relativas para cada pregunta y para cada dimensión en global.

Resultados

Se recogieron 53 respuestas, 36 de personal facultativo y 11 de personal de enfermería. En 6 de las respuestas no se reflejó el estamento profesional.

Las dimensiones mejor valoradas son las expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad /Servicio que favorecen la seguridad, el trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio y la respuesta no punitiva a los errores, con un 54% de respuestas positivas en la primera y un 52% en las otras 2 dimensiones citadas.

Las peor valoradas fueron la dotación de personal y el apoyo de la Gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente con un 23% y un 16% de respuestas positivas respectivamente.

En cuanto a la calificación global del clima de seguridad, un 51% de los profesionales dijeron que era muy bueno y un 18% excelente.

Conclusiones

Los datos obtenidos nos muestran una organización en la que los profesionales sienten que se realiza un muy buen trabajo en Seguridad del Paciente en sus Unidades/ Servicios, con una justa dotación de personal y en la que las inquietudes y esfuerzos en Seguridad del Paciente por parte de la Dirección no llegan a los profesionales.

SISTEMA ECONÓMICO Y ÁGIL DE RECOGIDA Y DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

AUTORES

ILDEFONSO BILBAO UNIBASO¹; C SANCHÉZ SANCHÉZ²; M LATORRE GUIASOLA³; M GUZMAN ALONSO⁴; J LOPEZ LUENGAS⁵; I CABRERIZO GONZALEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las rondas de seguridad implantadas en la OSI se han mostrado como una estrategia de primer orden en la seguridad del paciente. Establecer objetivos, elaborar indicadores y acciones permite orientar la asistencia para minimizar los riesgos inherentes. Sin embargo, la información obtenida es necesario que se encuentre disponible en el momento que se necesita, para realizar diagnósticos de seguridad precisos que permitan seleccionar las acciones más adecuadas para minimizar los riesgos en los pacientes.

Objetivos

Establecer un sistema económico y ágil de recogida y difusión de la información para mejorar la seguridad del paciente.

Material y métodos

Recogida de datos: se han creado formularios con las variables a registrar in situ. La información se transcribe en una aplicación informática desarrollada en Excel® y centralizada para los diferentes puntos de recogida (unidades de hospitalización, consultas, unidades de atención primaria, quirófanos, urgencias, radiología y hospitalización a domicilio).

La aplicación gestiona esta información y la presenta como resultados de indicadores a los responsables de su análisis en los diferentes puntos de recogida, así como a la Dirección de Enfermería.

Resultados

1. Se ha desarrollado una red de recogida de información en aplicación Excel®, que recoge la información existente en los diferentes formularios.
2. La información se agrupa por diferentes variables y se presenta de manera conveniente a cada uno de los responsables de su análisis.
3. Se utiliza como fuente de información en las auditorías internas.

Conclusiones

Se dice que es un sistema económico, ya que se trata de una aplicación al alcance de todos los profesionales de la OSI. No se requiere adquisición de material ni software específico. Únicamente se requiere inversión del personal.

Los resultados se presenta de manera inmediata, pudiéndose consultar al instante

La tabla dinámica nos permite, además de difundir los datos, analizarlos según las variables recogidas en los formularios

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN. AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL CUESTIONARIO DE LA OMS

AUTORES

Sainz Ulibarrena¹; Br Sainz de Vicuña²; Or De la Fuente³; Ca Echenagusia⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Mutualia.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La infección nosocomial es una de las principales preocupaciones en la práctica clínica y supone también una de las mayores causas de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Las organizaciones sanitarias trabajamos en su prevención desde hace décadas. Recientemente la OMS en su estrategia por la Seguridad del Paciente, ha propuesto a las organizaciones una evaluación de sus políticas en el área de prevención y control de la infección (IPC) a través de un cuestionario estructurado y cerrado, para utilización autoadministrada en las organizaciones sanitarias de pacientes agudos. Mide ocho aspectos, es por tanto una herramienta diagnóstica que además puede utilizarse para medir la evolución a lo largo del tiempo, con la implementación de diferentes medidas de mejora.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es evaluar nuestra política IPC mediante el test de la Organización Mundial de la Salud, para conocer en qué nivel nos encontramos, cuales son nuestras fortalezas y sobre todo nuestras debilidades, y a partir de ahí implantar medidas de mejora.

Material y métodos

Los responsables de la Comisión de Infecciones de nuestra organización realizó el cuestionario OMS, ha recogido los resultados y a partir de ahí se han evaluado los puntos fuertes y aquellas áreas en las que obtenemos menor puntuación, para implantar medidas de mejora. Se evalúa la organización en conjunto, que cuenta con dos hospitales de agudos, de pequeño tamaño, un hospital de día y 14 centros asistenciales de atención primaria.

Resultados

El resultado global es de 675 puntos sobre 800, lo que nos sitúa en el nivel avanzado según la escala de la OMS. Sin embargo no todas las áreas tienen la misma calificación. Podemos dividir las en tres grupos: (1) aquellas con una puntuación igual o superior a 90 puntos/100, que son las correspondientes al programa y a las guías para IPC, también la de monitorización y retroalimentación de dichas prácticas y la de medios materiales y edificio, ya que en esta última obtenemos 100 puntos. En el grupo (2) estarían las áreas con puntuación entre 75 y 90. Aquí encontramos el seguimiento de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, las estrategias multimodales para la IPC y la relación de personal, ocupación hospitalaria y cargas de trabajo. Debajo de 75 puntos estaría el grupo (3) donde sólo hay un ítem, que es el correspondiente a las medidas de educación y entrenamiento en prevención y control de la infección.

Conclusiones

La autoevaluación de la OMS nos parece un método sencillo de diagnóstico de las organizaciones sanitarias para la IPC. Nuestra organización obtiene una puntuación elevada, acorde con las medidas trabajadas hasta ahora, si bien, se detecta un área donde hay un amplio margen de mejora, y otras donde ese margen es menor, pero que también merecen un esfuerzo para mejorar la seguridad de nuestros pacientes. La Comisión de Infecciones y la Dirección Asistencial trasladarán propuestas para optimizar el conocimiento de nuestras personas en IPC.

NUEVE AÑOS TRABAJANDO EN MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRO HOSPITAL, ¿HA MERECIDO LA PENA?

AUTORES

M^aÁngel Valcárcel de Laiglesia¹; A Santiago Saez²; R Moreno Rodriguez³; C Hernando de los Mozos⁴; R Herranz Hernandez⁵; A Alguacil Pau⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico San Carlos

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La cultura de seguridad de paciente incluye procedimientos, expectativas, actitudes y comportamientos de los profesionales y es esencial para minimizar errores y disminuir eventos adversos.

Objetivos

Conocer la evolución de la percepción de seguridad de los profesionales de nuestro centro entre 2012-2018
Identificar fortalezas y debilidades existentes

Material y métodos

Desde 2012 hasta 2018 se ha medido el clima de seguridad percibido por cualquier profesional del centro designado como responsable de seguridad de su unidad antes de realizar formación en seguridad del paciente. Se ha utilizado la encuesta Hospital Survey Patient Safety Culture de la AHRQ validada al español.

Resultados

En los últimos 9 años, hemos realizado múltiples intervenciones para mejorar la cultura de seguridad. Destacan programas formativos, despliegue de responsables de seguridad (más de 140 en la actualidad), fomento de la notificación con una mejora del sistema en 2017 y establecimiento de objetivos de seguridad por servicio. Además, hemos implementado diferentes proyectos específicos dirigidos a disminuir al máximo eventos adversos concretos.

En total han realizado la encuesta 453 profesionales (94 en 2012, 47 en 2013, 67 en 2014, 43 en 2015, 92 en 2016, 81 en 2017 y 29 en 2018). El 49,4% eran enfermeras y el 18,5% médicos. El 84% tenían contacto directo con pacientes. Por áreas, la más frecuente era la quirúrgica (25,6%), seguida de la médica (17,9%), y un 6,5% de Urgencias.

El grado de seguridad global percibido (escala 1-5) fue muy similar en los distintos años, oscilando de media entre 2,76 en 2013 y 3,17 en 2018. En 2012 las dimensiones frecuencia de notificaciones y respuesta no punitiva a errores eran las únicas oportunidades de mejora que encontramos, ambas con un porcentaje de respuestas negativas mayor del 50%. La dimensión frecuencia de notificaciones ha experimentado la mayor mejora ya que en 2012 tenía un 53,61% de respuestas negativas y en 2018 había descendido un 17%. La dimensión respuesta no punitiva a errores que, a pesar de tener una política no punitiva en el centro desde 2008, obtuvo en 2012 un 52,51% de respuestas negativas descendió a un 40,69% en 2018.

Sin embargo, la dimensión dotación de personal que contaba con un 45% de respuestas negativas en 2012 ha alcanzado en 2018 un 50,87% de respuestas negativas.

Las dimensiones con mayor porcentaje de respuestas positivas han sido las acciones del jefe que favorecen la seguridad, con un porcentaje total de 60,81% y el trabajo en equipo en la unidad con un 60,25%.

Conclusiones

En estos 9 años hemos mejorado significativamente la cultura de notificar y seguimos trabajando para tener una cultura más justa, flexible y de aprendizaje. La cultura de seguridad de todo un hospital cambia muy lentamente y posiblemente la encuesta del AHRQ no es suficientemente sensible para identificar pequeñas mejoras. Por otro lado, diferentes estudios han mostrado la dificultad para relacionar los cambios en cultura de la encuesta de la AHRQ con mejores resultados en el paciente.

DE LA TEORIA A LA REALIDAD: COMPROMISO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

JM CARRASCOSA BERNALDEZ¹; B FIDALGO HERMIDA²; E LOPEZ LUNAR³.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SSM JOSÉ GERMAIN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Desde siempre la seguridad del paciente es una prioridad para las organizaciones sanitarias de todo el mundo, en concreto, las de salud mental tienen una especial responsabilidad, ya que las personas con enfermedades mentales son especialmente vulnerables a riesgos derivados de la asistencia sanitaria.

Objetivos

Llegar a ser una organización orientada a la excelencia sanitaria en seguridad del paciente, que nos permita conocer y controlar sus riesgos y así ofrecer una asistencia sanitaria más segura a nuestros pacientes.

Material y métodos

En 2014 comienza esta andadura con la implantación de su sistema de gestión de riesgos sanitarios basado en los criterios de la norma española UNE 179003:2013. Esta implantación se lleva a cabo con la planificación de la realización de rondas de seguridad (RS) en las unidades asistenciales (planificaciones anuales), diseño e identificación de riesgos para la seguridad del paciente (SP) (tanto proactiva como reactiva) con el abordaje de acciones de mejora, formación de grupos de trabajo que mejoren la seguridad del paciente, motorización de riesgos proactivos y reactivos, cuadros de mandos de seguimiento de acciones de mejora, etc

Resultados

En 2015 se obtuvo el certificado del SGR para la SP conforme a la norma UNE 179003:2013, siendo el primer hospital público de la Comunidad de Madrid en alcanzarlo y consiguiendo la recertificación en 2018. Como actuaciones más notables de lo que se ha llevado a cabo en estos últimos años: Más del 20% de los profesionales han participado en las RS del paciente. El 18% de los profesionales colaboraron en la identificación de riesgos para la SP en 2017 y formación de un grupo multidisciplinar en 2019. Se han notificado más de 150 incidentes y/o errores de medicación. Se han llevado a cabo más de 100 pequeñas acciones que mejoran la SP (cambios de cristales para evitar su astillado, antideslizamientos en suelo para evitar caídas, anclaje de bancos, definición de circuito para la introducción de objetos punzantes, mejoras en las comunicaciones entre departamentos, iluminación de zonas, adecuación de espacios, etc.). Se han formado grupos de trabajo para la resolución de fugas, errores de transcripción, uso de mecheros, educación sexual, identificación de errores, medicamentos de alto riesgo, polimedicación, sujeción terapéutica, atragantamientos, etc. La UFGRS se ha reunido una media de 7 veces al año, lo que han supuesto más de 200 horas de trabajo

Conclusiones

Aunque el ajuste a los requerimientos de la norma, ha sido especialmente exigente a nivel procedimental, y ha requerido un importante esfuerzo e inversión de tiempo en formación y desarrollo de proyectos, ha supuesto una mejora significativa en la gestión de riesgos sanitarios y en el fomento de la cultura de seguridad del paciente. Quedando demostrado que la profesionalidad de nuestros trabajadores y el trabajo en equipo han logrado ampliar y mejorar la comunicación, la implantación de nuevas ideas, motivación de profesionales y mayor aprendizaje de nuestras experiencias.

ANÁLISIS DE DAÑOS QUE AFECTAN A LOS PACIENTES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CINCO AÑOS

AUTORES

MIKEL LATORRE GUIASOLA¹; S RODRIGUEZ TEJEDOR²; MI ANSO BORDA³; AJ MONTIEL EGUIA⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las organizaciones sanitarias tienen la responsabilidad de proteger a los pacientes de daños evitables. Sin embargo, no es fácil conocer la cantidad ni la variedad de daños que afectan a los pacientes durante la asistencia sanitaria. Se han establecido diferentes sistemas que permiten a las organizaciones sanitarias evaluar en términos de resultados el impacto de sus estrategias de minimización de riesgos, fundamentalmente basados en estudios anuales de prevalencia o en periodos cortos de incidencia. Este tipo de estudios tienen a su favor la precisión de la medición y el control de las distintas variables; y en contra, el consumo de recursos. Una manera más de obtener información de daños durante la hospitalización es a través de la obtención de datos de fuentes de datos sistemáticas, como el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Objetivos

1. Analizar estadísticamente la serie temporal del marcador 'Present On Admission (POA)' del CMBD de Hospitalización durante los últimos cinco años.
2. Seleccionar el modelo más preciso para establecer un pronóstico de daños para los dos próximos ejercicios.
3. Conocer los daños más frecuentes que afectan a los pacientes durante la hospitalización.

Material y métodos

1. Fuente de información: CMBD de los episodios de hospitalización de los ejercicios de 2014 a 2018. Se identifican los episodios que contienen diagnósticos adquiridos (POA = NO) durante la estancia y se clasifican según la CIE-10-ES (2ª ed.).
2. El indicador utilizado es el porcentaje de episodios con algún diagnóstico adquirido con una periodicidad de obtención mensual.
3. Herramientas de análisis estadístico de tendencias y modelos de predicción: Excel 2010, SPSS vs. 23 y la aplicación TSW+ del Banco de España.
4. Se realiza una agrupación de los daños.

Resultados

1. Con pequeñas modificaciones, la distribución mensual de daños se repite anualmente (estacionalidad anual), aumentando su frecuencia en los periodos vacacionales (semana santa, verano y navidad).
2. Tras desestacionalizar la serie, se observa una tendencia lineal positiva ($R^2 = 0,8755$) durante el periodo.
3. Los gráficos de los modelos estacional de Winters (SPSS) y ARIMA (0,0,1)(1,0,0) (TSW+) muestran una estabilización y ligero descenso para los dos próximos ejercicios.
4. Las infecciones del tracto urinario y las infecciones vasculares asociadas a la utilización de catéteres son los daños más frecuentes extraídos de esta fuente de información. A continuación.

Conclusiones

1. Los cuatro primeros ejercicios de la serie presentan un aumento de la incidencia de daños, lo que podría representar la inercia del modelo asistencial durante la implantación de las estrategias de seguridad del paciente en la organización.
2. El ejercicio de 2018 modifica esta tendencia y presenta una estimación de estabilización de los daños durante la hospitalización.
3. El CMBD identifica una amplia variedad de daños, destacando los grupos de infecciones, traumatismos y tromboembolismos, a los que se pueden añadir las úlceras por presión.

ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS A PARTIR DE UNA RONDA DE SEGURIDAD

AUTORES

PATRICIA LARA-MARCOS¹; I LABURU-MONTALBAN²; V TÍSCAR-GONZALEZ³; I MORAZA-DULANTO⁴.

CENTRO DE TRABAJO

OSI ARABA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las caídas en determinados grupos de edad, especialmente los adultos mayores, constituyen un importante problema de salud pública por las consecuencias que acarrearán.

Si hay un ámbito en el que cobran especial relevancia, es el hospitalario. Se ha estimado que más del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas.

La evidencia disponible permite estimar que el 20% son prevenibles.

La incidencia y prevalencia de caídas intrahospitalarias, se utilizan a menudo como indicadores sensibles de la calidad del cuidado.

A nivel estatal se han calculado tasas cercanas al 5,4‰ días de estancia, ocasionando fracturas óseas en el 1,3% de los casos y el fallecimiento en el 0,6%. Ello permite estimar que se producen de 3 a 12 caídas mensuales en unidades de hospitalización de 25-28 camas con ocupación máxima.

Objetivos

Describir un plan de mejora de la estrategia de prevención de caídas, tras evaluar el cumplimiento de las medidas existentes en nuestra Organización

Material y métodos

Se realizó un estudio trasversal realizado en diciembre 2018, en el que cuatro equipos interdisciplinarios evaluaron la información proporcionada a paciente y familia y el cumplimiento de las precauciones universales. Se evaluaron también los criterios de alerta de riesgo de caídas en la historia clínica. Los resultados fueron analizados mediante análisis DAFO, por los miembros de la Comisión de caídas estableciendo una estrategia de mejora.

Resultados

En la ronda de seguridad se detectaron deficiencias estructurales, infraregistro de la valoración multifactorial, sobre todo el relacionado con la fuerza muscular, así como déficit en la educación sanitaria al paciente/familia y la identificación de lo/as pacientes de alto riesgo en la historia clínica.

El plan de acción elaborado tras el análisis de los datos incluyó la resolución de las deficiencias estructurales (renovación de los elementos defectuosos como barras y palos de suero, colocación de asideros en los baños que no disponían de ellos etc).

Se programaron también dos sesiones de sensibilización con enfoque multidisciplinar, impartidas por una enfermera, un médico, un fisioterapeuta y una farmacéutica.

De forma paralela, se realizaron reuniones con las supervisoras de hospitalización para solicitar su implicación y la selección de dos profesionales referentes por unidad. Dichos profesionales adquirieron el compromiso de acudir a la sesión y transmitir la información al resto de sus compañeros mediante formación en cascada.

Acudieron 160 profesionales.

Se programan rondas de seguridad periódicas, que realizarán los profesionales de la unidad.

Conclusiones

El análisis de la situación basal tras la realización de una ronda de seguridad sirve de punto de partida para focalizar los planes de acción en aquellos aspectos que son susceptibles de mejora para la prevención de caídas.

ESTUDIO DE ADECUACION DE MEDICACIÓN DE RIESGO FARMACIA HOSPITALARIA-ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR CAÍDA

AUTORES

MARIA DOLORES MARTÍNEZ-GARCÍA¹; A LOPEZ DE TORRE-QUEREJAZU²; C BLANCO-GARCÍA³; O URBINA-BENGOA⁴; P MARTÍN-ANDRÉS⁵; Y LLORENS-VILLAR⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO ALAVA- SEDE SANTIAGO

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las caídas son una importante causa de lesiones y deterioro funcional en ancianos, de origen multifactorial y a menudo prevenibles. La estrategia de seguridad del paciente de nuestro Servicio de Salud promueve la creación de Comisiones de caídas interdisciplinarias para su prevención. Una de las acciones para 2019 es la adecuación de la medicación en pacientes que ingresan como consecuencia de una caída.

Objetivos

Diseñar un circuito Farmacia - Médico de Atención Primaria (MAP) para revisar el tratamiento de los ingresos por caída y disminuir la prescripción de fármacos inapropiados. Concienciar a los profesionales de la contribución de estos medicamentos en el riesgo de caída. Promover la notificación de ingresos por caída.

Material y métodos

Diariamente, el Servicio de Calidad (SC) informa al Servicio de Farmacia (SF) de los ingresos por caída notificados por las unidades asistenciales (UA). El SF incluye aquellos detectados durante la validación. De cada notificación se registran: edad, sexo, número de fármacos crónicos, carga anticolinérgica, caídas previas, consecuencias de la caída, origen de la notificación y adecuación de la medicación durante el ingreso. Posteriormente se revisa la medicación que puede favorecer el riesgo de caída y se consultan las recomendaciones según la base de datos CheckTheMeds®. Tras el alta se elabora un informe de recomendaciones al MAP. Finalmente, se revisa la aceptación de las intervenciones.

Resultados

Durante el periodo de estudio se registraron 23 episodios de caída, 8 notificados por el SC y 15 por el SF. Mediana de edad 79 años; 43,5% hombres y 56,5% mujeres; más de la mitad presentaban historial de caídas (12). La mediana de fármacos crónicos fue 8, con una carga anticolinérgica de 3. Consecuencias de la caída: fracturas (8); traumatismo craneo-encefálico (7), policontusión (6) y hematoma subdural (2), con un resultado de muerte. Se excluyeron 6 pacientes: 2 por enolismo, 2 por pertenecer a otra Comunidad Autónoma, 1 por situación paliativa y 1 por fallecimiento.

El médico responsable realizó la adecuación del tratamiento (ansiolíticos, hipnóticos y cardiovasculares) en 5 pacientes durante su ingreso. En 2 casos no se objetivaron medicamentos susceptibles de aumentar el riesgo de caídas por lo que no se intervino.

Desde el SF se realizó un informe al MAP con recomendaciones en más de un tercio de pacientes (6), proponiendo 20 intervenciones. Frecuencia de intervención por grupo terapéutico: Cardiovasculares (35%), ansiolíticos e hipnóticos (30%), antiépilépticos (25%), anti-depresivos (5%) y opioides (5%). Tras la revisión del tratamiento se detectaron 2 intervenciones aceptadas. A los 2 meses de su inicio, el SF decide cerrar el estudio ante la falta de respuesta a las intervenciones, y la gran dificultad de comunicación con AP.

Conclusiones

Existe una infranotificación de los ingresos por caídas por parte de las UA. Sólo en 1 de cada 10 pacientes no se detectaron opciones de mejora. Es necesario una mejora de la ruta de comunicación del SF con el MAP.

¡RAMÓN NECESITA TU ATENCIÓN! OTRA FORMA DE SENSIBILIZAR EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

Maria Luz Fernández Núñez¹; S Fagunde Rebolledo²; FJ Alcalde López³; B Sánchez Maestre⁴; C Ruiz Herrán⁵; V Brugos Llamazares⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Atención Especializada Áreas III-IV: Hospital Comarcal Sierrallana.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La seguridad del paciente es una línea estratégica prioritaria por su magnitud, impacto y la evitabilidad de los eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria. La formación básica para todos los profesionales es un elemento clave y es necesario mejorar la cultura de seguridad para lograr cambios en las actitudes y las conductas.

Objetivos

Concienciar al personal asistencial del hospital en puntos clave de seguridad del paciente, haciendo visibles situaciones de riesgo reales y cotidianas e informando sobre la magnitud de sus efectos y las formas de prevención.

Material y métodos

Inspirada en la experiencia de “La habitación de los 7 fallos”, desarrollada en la Jornada Ibérica de Seguridad del Paciente en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, se diseña una actividad de formato innovador que suscite el interés de los profesionales.

Se recreó el escenario habitual de un paciente (maniquí) en una habitación de una Unidad de Hospitalización (también se incorporaron registros clínicos con formato real), en el que se incluyeron 19 fallos plausibles, identificables y evitables relacionados con los eventos más frecuentes avalados por la evidencia o detectados a través de notificaciones SINASP (fallos de identificación, errores de medicación, cuidado inadecuado de equipos/dispositivos, ausencia de seguimiento de pruebas complementarias, riesgo de caídas, riesgo de infección y dieta inadecuada).

La actividad consistía en entrar en la habitación durante 5 minutos y detectar todos los posibles fallos de seguridad. Al profesional que acudía, se le entregaba una descripción escrita del caso, que tenía que leer antes de entrar y una plantilla donde anotar los errores descubiertos. La actividad se desarrolló a lo largo de 4 horas, en 4 días consecutivos, con el fin de dar posibilidad de participación al mayor número de personas durante su jornada laboral, ya que requería poco tiempo. Se difundió a través de un poster llamativo con título sugerente (¡Ramón necesita tu atención!), a través de correos corporativos, intranet y mandos intermedios.

Una vez concluida la actividad, se difundió un poster con la fotografía del escenario, señalando los fallos y un anexo descriptivo breve de los mismos, haciendo hincapié en su incidencia, causas y formas de prevención.

Resultados

Participaron 142 profesionales de distintas categorías (16,2% FEA y MIR, 38% enfermeros, 23,2% TCAE, 7,8% celadores y 14,8% otros). Los fallos más detectados fueron la dieta inadecuada (79,57%), la pauta de una medicación a la que era alérgico el paciente (76,05%) y la sonda vesical sin sujeción posada en el suelo (78,16%). El 50% reconoció identificación errónea en pruebas complementarias o medicación.

Conclusiones

El formato de la actividad suscitó interés en todas las categorías profesionales por lo que puede ser de utilidad como estrategia para formar/sensibilizar a los profesionales en seguridad del paciente y ayuda a identificar áreas de mejora.

DESARROLLAR, IMPLANTAR Y EVALUAR UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES (SNI) EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

AUTORES

EMMA FOLCH-FERRÉ¹; N BORRERO-FRESNO²; P CABRERA-TOMÀS³; E MOLTÓ-LLARENA⁴; R QANNETA⁵; L VECIANA-BALSEBRE⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Sociosanitari Francolí

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En el programa de calidad de nuestro centro se elabora un plan de acción en el que se incluye la Formación en SP a los profesionales, la creación de grupos de trabajo en Prácticas Seguras, la implantación de una herramienta proactiva y la implantación de un SNI. Los SNI son claves para la creación de cultura en las organizaciones. Las aportaciones de los profesionales permiten a los gestores el análisis de estos incidentes y la definición e implantación de las acciones de mejora más adecuadas.

Objetivos

Definir, implantar y evaluar un SNI
Análisis de los incidentes notificados
Implantación de prácticas seguras

Material y métodos

SNI: Aplicación TPSC-Cloud
Documento del Procedimiento Normalizado de Trabajo: "PNT-Análisis y Gestión de los Incidentes notificados en TPSC-Cloud"
Notificaciones registradas en el SN.
Análisis de los incidentes y acciones de mejora
Durante 2018-19 se planifica formación en SP
Se crea el núcleo de seguridad (NS): definición de miembros, normativa de funcionamiento, calendario de reuniones, y se elabora y consensua el documento "PNT- Análisis y Gestión de los incidentes notificados en TPSC-Cloud"
En 2019 las notificaciones se incluyen como objetivo a evaluar en las DPO (Dirección por Objetivos) de los profesionales, con el fin de incentivar las notificaciones y crear cultura en SP.

Resultados

Resultados preliminares (hasta 31 de mayo de 2019)

- Sesiones formativas presenciales en SP: 214 asistentes.
- Formación on-line en SP: 138 certificados.
- Nº de notificaciones recibidas: 78 notificaciones.
- Tipos de incidentes: 31% Medicación, 21% Caídas, 14% Documentación analógica y digital.
- Categoría profesional del notificante: 64% Enfermeras, 15% Médicos, 8% Farmacéutico, el 13% el resto de profesionales.
- Calidad de la Notificación: 83% correctas, 17% en discordancia.
- Riesgo de los IRSP: 73% riesgo bajo o muy bajo, 19% moderado, 8% riesgo alto o extremo.
- Gravedad de los IRSP según la OMS: 21% circunstancias notificables, 23% cuasiincidentes, 46% incidentes sin daño, 10% eventos adversos.
- Acciones de mejora implantadas en el 2019: nuevas alertas visuales, recordatorios en SP, formación, etc.

Conclusiones

Consideramos que la valoración es muy positiva en cuanto al número de notificaciones registradas. La mayoría de las notificaciones han sido realizadas por el colectivo de Diplomadas en Enfermería. Las Auxiliares de Enfermería, el colectivo más numeroso, sólo ha realizado 2 notificaciones. Tendremos que reflexionar en cómo vamos a hacer llegar la cultura de seguridad a este colectivo. La única notificación de riesgo extremo está relacionada con el riesgo de disfagia. Este evento adverso nos obliga a implementar de

manera inmediata un plan de acción de prácticas seguras en los pacientes con riesgo (formación, más alertas visuales, etc.). El compromiso de la organización es fomentar la cultura de SP entre los profesionales y consolidar el Núcleo de SP con el objetivo de analizar los incidentes y la implementación de acciones de mejora

UTILIZACIÓN DE CHALECOS Y DOBLE VERIFICACIÓN COMO PRÁCTICAS SEGURAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

AUTORES

Natividad Cañellas Reverté¹; E Pla Canalda²; E Martínez Segura³; E Guillamon Albalat⁴; MC Panisello Sebastià⁵; R Ferré Casajust⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital 'Verge de la Cinta.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

según los datos del Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), el 4% de los pacientes ingresados en hospitales experimentan eventos adversos relacionados con la medicación que en un 34,8% de los casos son evitables. En nuestro hospital los incidentes relacionados con la medicación registrados en el sistema de notificación TPSC Cloud™ fueron de un 2.8%. Un Medicamento de Alto riesgo (MAR) es aquel que cuando no se utiliza correctamente presenta una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Se considera que la mayor parte de estos errores de medicación vienen derivados de las distracciones e interrupciones que suceden mientras se prepara y administra la medicación. La técnica de la doble verificación de medicamentos de alto riesgo y el uso de chalecos forma parte de las prácticas específicas del uso del medicamento del hospital que recomienda la Guía para el Manejo del Medicamento de Alto Riesgo elaborada por el servicio de Promoción de la Calidad y Bioética del Departamento de Salud.

Objetivos

Analizar los resultados de la doble verificación en los MAR en una unidad de hospitalización

Analizar la percepción de las enfermeras en el uso de chalecos en una unidad de hospitalización

Material y métodos

Para evaluar el resultado de la doble verificación realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, donde la muestra fueron todos los pacientes ingresados en el área médica que se les administraron MAR. Para analizar la percepción de las enfermeras sobre el uso de los chalecos, se realizó un cuestionario ad hoc donde ellas expresaron sus opiniones. Participaron todas las enfermeras de la unidad.

Resultados

Las prácticas seguras se llevaron a cabo de febrero a octubre de 2018, de las 144 oportunidades de realizar la doble verificación en un 90,27% se realizó la doble verificación de forma correcta y un 9,72% se realizó incorrectamente. Entre las incorrectas, un 42% se relacionó con la no consideración por parte del personal de la unidad como medicamento de alto riesgo, un 21% se relacionó con personal no familiarizado con la doble verificación y un 14% se relacionó con la vía de administración. De entre las respuestas analizadas procedentes del cuestionario se han podido categorizar las siguientes etiquetas. En relación a las interrupciones estas se relacionaron con pérdida de tiempo, falta de concentración y afectación a la seguridad del paciente. En relación con la utilización de los chalecos estos se relacionaron con percepción de una buena medida de seguridad en la administración de medicación de riesgo y falta de información tanto a familiares, pacientes y otros profesionales. También se analizaron las características demográficas de los participantes.

Conclusiones

Se ha observado que el uso de las prácticas seguras en la administración de medicamentos de alto riesgo ha estado bien acogida entre los profesionales de la unidad, aunque haría falta poner más esfuerzos en la visualización y conocimiento de esta práctica.

ESTABILIDAD MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES ANTE UNA ROTURA DE LA CADENA DE FRÍO

AUTORES

GEMMA BARONET JORDANA¹; M SANMARTIN SUÑER²; P MARCOS PASCUA³; S PRAT CASTRO⁴; L BONMATI FELIX⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE CATALUNYA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los medicamentos termolábiles necesitan unas condiciones óptimas de conservación para asegurar su actividad farmacológica. Nevera (2-8°C). En los procesos de recepción, almacenamiento y distribución se debe garantizar el mantenimiento de la cadena de frío. Una rotura en el circuito puede modificar las propiedades del medicamento (pérdida de eficacia, actividad). Debido a nuevo personal en el Servicio de Farmacia, y dos roturas en la cadena de frío, se propone actualizar la información y mejorar el uso seguro de los medicamentos termolábiles.

Objetivos

Establecer un sistema rápido y ágil en la información de la estabilidad de los medicamentos termolábiles incluidos en la GFT en el caso de producirse una rotura de la cadena de frío basándose en el tiempo y la temperatura de exposición.

Material y métodos

Se elabora un listado de todos los fármacos incluidos en la GFT del hospital que son termolábiles y están distribuidos en las neveras del SF. Se revisa la información sobre las temperaturas de conservación de estos medicamentos mediante: guías de conservación de medicamentos termolábiles publicadas en España, fichas técnicas de los medicamentos, información obtenida a través de laboratorios farmacéuticos, actualizando toda la información disponible. Según la rotura de la cadena de frío, se clasifican en grupos dependiendo de la temperatura máxima alcanzada y el tiempo de exposición. Grupos: A estable 28 días o más a 25°, B estable (8-28d) a 25°, C estable (48h-7d) a 25°, D estable menos 48h a 25°, E no estable fuera de nevera, F contactar laboratorio. Los cajetines de los fármacos que corresponden a los grupos D,E,F se identifican y etiquetan con el nombre y la letra 'fármaco termolábil'.

Resultados

Se contabilizan: 199 fármacos termolábiles en GFT que corresponden al 13,49% de todos los fármacos disponibles en el Servicio de Farmacia. Por grupo: A (27,50%), B (20,50%), C(18,30%), D (12,9%), E (11%) y F(9,8%). Los grupos (D,E,F) etiquetados en las neveras(33,7%). En una rotura de la cadena de frío, de manera rápida y visual podemos informar como proceder: desechar el fármaco, utilizarlo si cumple condiciones, etiquetarlo para utilizarlo rápidamente, permanecer en cuarentena. El registro de la temperatura de las neveras es fundamental para poder validar este circuito. El período de 48h, da un dato significativo en los servicios de hospital en los que no hay personal durante fines de semana o si es durante período vacacional.

Conclusiones

El sistema de detección de los fármacos ante un rotura en la cadena de frío según su estabilidad es rápido, dando una respuesta documentada según bibliografía de manera inmediata. Solo, en los algunos casos se deberá realizar la consulta al laboratorio dependiendo del lote del fármaco, permaneciendo en cuarentena. La clasificación por grupos es una herramienta que permite cuantificar los fármacos más susceptibles a la variación de temperatura (gestión de stocks, valor económico). Extensión de este procedimiento en los botiquines de las unidades de hospitalización.

REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE UNA MUESTRA DE PACIENTES POLIMEDICADOS DE TRES CENTROS DE SALUD

AUTORES

SERGIO HERNANDEZ MERCHAN¹; A GARCIA FUENTES²; I BARQUIN BAREA³; M DOMINGUEZ PEREZ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

CS VALDEZARZA SUR¹; CS SEGOVIA²; CS LAVAPIES³; CS SEGOVIA⁴.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La comunidad de Madrid considera paciente mayor polimedocado a todo sujeto de al menos 75 años que use de forma habitual seis o más medicamentos en los últimos tres meses. La complejidad de los regímenes terapéuticos motiva que solo el 30% de los pacientes recuerden las instrucciones del profesional sanitario y el cumplimiento del tratamiento en patologías crónicas se sitúe en torno al 40%.

Objetivos

Pacientes >74 años polimedocados que conocen indicación y posología de todos los fármacos de su tratamiento.

Específicos: adherencia al tratamiento farmacológico, fallos de conservación de los medicamentos, duplicidades, productos de herbolario o parafarmacia.

Material y métodos

Estudio descriptivo, observacional transversal. Criterios de inclusión (pacientes >74 años que consumen de forma habitual al menos 6 fármacos) Criterios de exclusión (institucionalizados, deterioro cognitivo o falta de revisión del tratamiento en los últimos 6 meses). Se calcula un tamaño muestral de 115 pacientes. Los datos son recogidos en el domicilio y se registran las variables.

Resultados

De los pacientes cumplidores, un 49,3% cometen fallos en la conservación y el 80,6% de los no cumplidores. Un 19,2% de la muestra comete fallos en la conservación. Por grupos de fármacos, los más consumidos son antihipertensivos, seguidos de analgésicos. La localización más frecuente del botiquín es el salón (48%), seguido de la cocina (31%); varios de los pacientes en más de una localización. La presencia de duplicidades se observa en el 33% de la muestra. El 60% de los pacientes no utiliza sistema personal de dosificación; sin relación entre su utilización y la correcta conservación. La mayoría de pacientes (96%) separa su medicación del resto de convenientes. 33 pacientes consumen productos de herbolario o parafarmacia, siendo los más habituales: productos para el descanso, problemas gastrointestinales o musculoesqueléticos.

Conclusiones

A pesar del alto cumplimiento, entre los No cumplidores un 80% de los pacientes comete algún fallo, lo que nos indica la importancia de incidir en este grupo.

La falta de concordancia con el tratamiento en la historia sugiere un almacenamiento de fármacos fuera de prescripción crónica. No se observa relación entre mayor consumo de fármacos y cometer más errores en su conservación, probablemente debido a que a mayor número de fármacos existe más control. Un 33% de los pacientes tenían duplicidades, lo que puede dar lugar a mayores errores en el cumplimiento. Aunque el uso de SPD podría facilitar el manejo, se observa que no hay relación entre su uso y la adecuada conservación de los fármacos y que el porcentaje de cumplidores es mayor entre los que no usan. La separación de la medicación es habitual y en ocasiones, es otra persona quien se ocupa del manejo.

QUÉ NO HACER EN LA ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES

Mónica Delgado San Martín¹; A Fernández Blanco²; S Cano García³; P Sánchez Salcedo⁴; MJ Checa Venegas⁵; F Villar Álvarez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La enfermería hospitalaria es la gestora de la atención al paciente, y trabaja con otros empleados de la salud asegurándose de que el cuidado del paciente sea cohesivo. La sobreutilización inadecuada de recursos diagnósticos y terapéuticos somete a los pacientes a riesgos y conlleva sobrecostes.

Los enfoques “qué no hacer” resultan útiles porque llaman la atención sobre actuaciones de la actividad clínica que se consideran inadecuadas ya que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad, o no son coste-efectivas.

Objetivos

El objetivo principal es identificar, por consenso, prácticas de enfermería que resultan inadecuadas, de dudosa efectividad o que no son coste-efectivas en pacientes hospitalizados. Los secundarios son reducir los riesgos de la atención sanitaria que reciben los pacientes hospitalizados, y mejorar la comunicación enfermería-paciente y enfermería-médico durante la hospitalización.

Material y métodos

Estudio basado en la investigación cualitativa y realizado en dos fases; una primera con la técnica Metaplan y una segunda con la técnica Delphi, en la que se identificaron por consenso prácticas de enfermería que resultan inadecuadas, de dudosa efectividad o que no son coste-efectivas en pacientes hospitalizados. Participaron directos y un panel de expertos participaron diez profesionales de la enfermería de diversas especialidades y con experiencia en el manejo de pacientes hospitalizados. Además se realizó un subanálisis de la enfermería hospitalaria pediátrica.

Para cada práctica identificada se diseñó una ficha con descripción operativa, su justificación, el nivel de evidencia según la SIGN y se definen indicadores de medida para evaluar si se logra un cambio en la práctica.

Resultados

Al aplicar la técnica Metaplan se recogieron un total de 62 propuestas diferentes entre sí. Se descartaron 33 propuestas de utilización inadecuada con una puntuación igual o inferior a 4,3 puntos y un coeficiente de variación mayor de 0,2. En el subanálisis de la enfermería pediátrica se descartaron 38 con una puntuación igual o inferior a 5 puntos y un coeficiente de variación mayor de 0.

En la siguiente fase de la técnica Delphi se analizaron 29 propuestas de prácticas inadecuadas. Tras aplicar el punto de corte de frecuencia x intensidad menor de 60, el listado quedó reducido a 7 recomendaciones de qué no hacer en la enfermería hospitalaria. En el subanálisis de la enfermería pediátrica se aplicó el punto de corte de frecuencia x intensidad menor de 85, y quedaron 3 recomendaciones de qué no hacer en la enfermería pediátrica.

Finalmente se completó la ficha descriptiva con el nivel de evidencia e indicadores de medida para cada una de las 10 recomendaciones qué no hacer.

Conclusiones

La implantación de las recomendaciones qué no hacer en la enfermería de hospitalización mejorará la seguridad y harán más coste-efectivas las prácticas llevadas a cabo en pacientes hospitalizados. Además, mejorará la comunicación enfermería-paciente y enfermería-médico durante la hospitalización.

APLICACIÓN DE “PEER REVIEW” AL PROCESO DE ATENCIÓN A LA FRACTURA DE CADERA

AUTORES

ROCIO TABOADA PADIN¹; E GONZALEZ IBAÑEZ²; R DOMINGUEZ ARTIME³; I GÓMEZ RANDULFE⁴; M VÉLEZ REGUEIRO⁵; A ALBARRACIN SIERRA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL QUIRONSAÚDE MIGUEL DOMINGUEZ PONTEVEDRA¹; HOSPITAL QUIRONSAÚDE MIGUEL DOMINGUEZ PONTEVEDRA²; HOSPITAL QUIRONSAÚDE MIGUEL DOMINGUEZ PONTEVEDRA³; HOSPITAL QUIRONSAÚDE MIGUEL DOMINGUEZ PONTEVEDRA⁴; HOSPITAL QUIRONSAÚDE MIGUEL DOMINGUEZ PONTEVEDRA⁵; DIRECTOR CORPORATIVO DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN ASISTENCIAL⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El Peer Review es una herramienta de mejora de la práctica clínica, introducida a nivel corporativo en los centros hospitalarios de Quirónsalud.

Se conoce que la intervención precoz, en las primeras 48 horas, con un abordaje multidisciplinar del paciente con fractura de cadera mejora de forma significativa los resultados respecto a morbilidad y funcionalidad para el paciente.

Objetivos

Utilizando esta metodología se ha analizado el proceso clínico de los pacientes diagnosticados de fractura de cadera.

El objetivo planteado es intervenir en menos de 48 horas al 95% de los pacientes atendidos por una fractura de cadera.

Material y métodos

La metodología Peer Review consiste en una revisión entre pares, se avisa al centro de la revisión de la patología sometida a revisión, se procede a un muestreo de historias clínicas para analizarlas en paralelo, tanto por un equipo del Hospital como por parte del equipo evaluador externo; ambos equipos emiten su informe que se discute y comenta en una visita del equipo evaluador al centro. Con la puesta en común de ambos análisis, el equipo de revisores emite un informe de la situación y se acuerdan una serie de acciones para la mejora.

De la aplicación de esta metodología ha resultado un protocolo actualizado para el manejo del paciente con fractura de cadera desde el momento que ingresa por urgencias, con interconsulta a medicina interna para seguimiento y el servicio de anestesia para su valoración precoz.

Resultados

El proceso de Peer Review se realizó en el primer semestre de 2018.

El porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en < 48 horas pasó del 54,7% a finales del año 2017 al 72% a finales de 2018 y al 75% en el primer trimestre del 2019.

Al mismo tiempo se ha conseguido reducir la estancia media hospitalaria de estos pacientes desde 13.5 días en el muestreo del 2017 a 9.48 días en el 2018.

Se ha observado mejoría en la aplicación de la profilaxis antibiótica y tromboembólica y un mejor control de las patologías de base en los pacientes atendidos

Conclusiones

El método Peer Review es una herramienta útil para mejorar procesos clínicos, bien aceptada por los profesionales y fácil de implementar.

La atención del proceso de la fractura de cadera ha mejorado de forma importante con un mejor control de las comorbilidades de los pacientes y una menor tasa de complicaciones.

LA COORDINACIÓN ENTRE EQUIPOS EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA AFECTA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Cristina Sagrera Felip¹; G Artaza Miñano²; M Ramos Tallada³; M Viso Cano⁴; M Guzman Fernandez⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitari General de Catalunya

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La atención sanitaria es compleja por el gran número de procesos que contiene, por la variabilidad de profesionales que interactúan en un mismo proceso y en un único paciente, con un alto riesgo de aparición del error. Por todo ello debemos trabajar para mejorar sus sistemas, hacerlos más sencillos facilitando la comunicación, el trabajo en equipo y la implantación de las prácticas seguras.

Son numerosos los procedimientos que se realizan en el ámbito hospitalario que comprenden un riesgo para el paciente, siendo uno de los de mayor riesgo, el proceso de la transfusión sanguínea por las graves consecuencias que puede suponer el más mínimo error. La cadena transfusional comprende desde el momento de la indicación de la transfusión, prescripción, extracción de sangre para la realización de la comprobación del grupo ABO, determinando compatibilidades, seleccionando el componente, hasta la administración del producto al paciente correcto, previa verificación del grupo, finalizando con la vigilancia durante su administración y registro de incidencias si las hubiere. Este proceso se complica cuando nos encontramos en una situación de emergencia, donde la vida del paciente depende de la coordinación de los diferentes profesionales que forman parte del proceso.

Objetivos

- Mejorar el proceso de transfusión sanguínea en la hemorragia masiva obstétrica.

Objetivos específicos

- Identificar los puntos débiles del proceso.
- Creación de un protocolo de actuación en el caso de la hemorragia masiva obstétrica

Material y métodos

A raíz de una notificación de un incidente sin daño, en nuestra plataforma anónima y voluntaria de notificación de incidentes y ante el riesgo que ésta ha significado para la paciente, se realizó una valoración por parte del Comité Clínico de Seguridad del Paciente y se decidió tratar el mismo como un incidente centinela, realizando un análisis completo mediante la metodología de London.

Resultados

Se identificaron factores contribuyentes relacionados con: los profesionales, el trabajo en equipo, el procedimiento, la formación, el entorno de trabajo y entorno institucional.

A raíz del análisis, las propuestas de mejora se dirigieron a la realización de un trabajo multidisciplinar con profesionales del área de obstetricia, anestesia, banco de sangre, enfermería y seguridad del paciente creando un protocolo de actuación para los casos de hemorragia masiva obstétrica, denominado "código rojo".

Se ha realizado formación y difusión del protocolo mediante la colocación de pósteres en las áreas afectadas y un vídeo disponible en la intranet del centro.

Conclusiones

Los cambios introducidos en cuanto a liderazgo, circuito, formación y trabajo en equipo han contribuido a mejorar la seguridad en la paciente obstétrica en situación de emergencia.

Las notificaciones nos ofrecen una gran oportunidad para realizar cambios y mejoras que eviten la aparición del error.

El análisis de los incidentes sin daño permiten también, realizar cambios significativos que ayudan a mejorar la seguridad del paciente.

RONDAS DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. RESULTADOS A LOS DOS AÑOS DE IMPLANTACIÓN

AUTORES

ISABEL GONZALEZ ANGLADA¹; C GARMENDIA FERNANDEZ²; N SCHOEBEL³; L MORENO NUÑEZ⁴; S LORENZO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La seguridad del paciente es la ausencia de lesiones, accidentes o complicaciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Es un problema de salud importante y uno de cada 10 pacientes que acude a un hospital puede tener un evento adverso. Las rondas de seguridad y el análisis de incidentes se ha demostrado que mejoran tanto la incidencia de eventos adversos como la gravedad. En el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Fundación Alcorcón se implantan en 2017 las rondas de seguridad multiprofesionales.

Objetivos

Describir los resultados tras dos años de funcionamiento de las rondas de seguridad de un servicio de Medicina Interna, incidentes notificados, su análisis y las medidas instauradas tras ese análisis.

Material y métodos

En el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Fundación Alcorcón se revisan las rondas de seguridad llevadas a cabo desde el 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018, se revisan los incidentes de seguridad analizados y las medidas tomadas. Las rondas de seguridad son multiprofesionales y están formadas por el Jefe de Servicio, la supervisora, facultativos, enfermeras y residentes.

Resultados

Desde el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018 en el Servicio de Medicina Interna se realizaron 12 rondas de seguridad en las que se analizaron 51 incidentes. En el análisis el 90% se consideraron evitables. Los incidentes se clasificaron de la siguiente forma: Cuidados 36%, fármacos 38%, clínicos 17% y transiciones 9%

Los fármacos implicados en los incidentes fueron: anticoagulantes y heparinas, fármacos cardiológicos (antiarrítmicos, hipotensores, diuréticos), opiáceos, antibióticos.

Las medidas puestas en marcha tras el análisis fueron: protocolos, comunicación con unidades, cambios en la prescripción electrónica, alertas, dobles chequeos, recomendaciones automáticas en prescripción, fijar dosis máximas, sesiones.

Conclusiones

Las rondas de seguridad son frecuentes en Cuidados Intensivos, Anestesia y Urgencias. En Medicina Interna se han mostrado de gran utilidad y los incidentes más frecuentes encontrados son los relacionados con fármacos y con los cuidados. Los fármacos de alto riesgo se han visto implicados en la mayoría de los incidentes relacionados con medicación. Se han llevado a cabo medidas útiles para prevenir los incidentes.

¡¡¡MARIA!!! ¿DÓNDE HAS DEJADO MIS PASTILLAS?

AUTORES

Sofía Pascual Sánchez¹; P Rius Fortea²; N Llamas Sandino³; A Esteban Gallego⁴; E Alfageme Sastre⁵; S Hernandez Merchan⁶.

CENTRO DE TRABAJO

C.S Andrés Mellado¹; C.S Valdezarza Sur²; C.S Valdezarza Sur³; Servicios Centrales Servicio Madrileño de Salud⁴; Hospital Universitario de Salamanca⁵; C.S Valdezarza Sur⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los SPD o pastilleros como comúnmente se les conoce, son recipientes de plástico reutilizables que permiten organizar la toma de los medicamentos. En Atención Primaria se desarrolla el Programa de Atención al Mayor Polimedicado, Como parte del programa y tras valorar la capacidad del paciente o cuidador en consulta de enfermería, se le propone el SPD más adecuado a sus necesidades.

Apenas existen estudios en nuestro país sobre un uso correcto de los SPD, en general los estudios analizados para llevar a cabo el trabajo, son favorables al uso de los pastilleros por parte de las personas hábiles.

Con este trabajo se pretende conocer cómo están utilizando los SPD nuestros pacientes para así poder garantizar, con la información que les demos de forma individual en consulta o realizando grupos de educación para la salud, la seguridad en la toma, conservación y uso de la medicación prescrita.

Objetivos

Principal:

- Determinar la tasa de prevalencia del uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD) en pacientes mayores de 74 años que tomen alguna medicación.

Secundarios:

- Describir los distintos sistemas utilizados y su uso por parte del paciente
- Describir las ventajas del uso de los sistemas personalizados de dosificación según el paciente.
- Conocer el porcentaje de pacientes que se prepara de forma autónoma sus dispositivos.

Material y métodos

Estudio de investigación descriptivo transversal. La población a estudio serán pacientes mayores de 74 años del C.S de Valdezarza Sur que tomen alguna medicación y que acuden al centro de salud por cualquier motivo, se excluirán aquellos pacientes sin tratamiento farmacológico o que presenten algún tipo de deterioro cognitivo. El tipo de muestreo será por conveniencia. Para la recogida de los datos se utilizará un cuestionario cerrado no validado para conocer el uso que hacen nuestros pacientes de los SPD. El análisis de los datos se llevará a cabo a través del programa estadístico SPSS.

Resultados

Los resultados de este estudio permitirán extraer conclusiones de si nuestros pacientes usan los SPD, si lo hacen de forma adecuada y segura, si reciben información por parte de los profesionales sanitarios y si mejoran la adherencia terapéutica como se extrae de diversos estudios.

Conclusiones

Proyecto de investigación en desarrollo.

ESTRATEGIA DE FORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA RESIDENCIA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL

AUTORES

ISABEL GONZÁLEZ ANGLADA¹; C GARMENDIA FERNÁNDEZ²; L MORENO NUÑEZ³; N SCHOEBEL⁴; S LORENZO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La seguridad del paciente es la ausencia de lesiones, accidentes o complicaciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Es un problema de salud importante y uno de cada 10 pacientes que acude a un hospital puede tener un evento adverso. La formación en seguridad del paciente durante la Formación Sanitaria Especializada debería ser una prioridad. En el Hospital Universitario Fundación Alcorcón la formación de residentes sigue un modelo de formación en competencias y se ha elegido la competencia Seguridad del Paciente como prioridad en el centro, desplegándose una estrategia de formación alrededor de esta competencia.

Objetivos

Describir la estrategia de Formación para la Seguridad del Paciente durante la residencia puesta en marcha en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Material y métodos

En el Hospital Universitario Fundación Alcorcón la formación de residentes sigue un modelo de formación en competencias y la competencia Seguridad del Paciente se ha considerado desde hace 5 años una prioridad, desplegándose una estrategia de formación alrededor de esta competencia.

Resultados

La Formación de Especialistas Sanitarios en HUFA sigue un modelo por competencias, eligiendo la competencia seguridad del paciente como nuclear. La formación de los residentes en Seguridad del paciente se lleva a cabo con los siguientes instrumentos que se han incorporado de forma progresiva en los últimos 5 años

- Protocolos de supervisión en todas las Unidades Docentes y en Urgencias. Se detallan las actividades que siempre tienen que ser visadas por un especialista independiente del año de residencia y la graduación de otras.
- Cursos: Curso de Incorporación para los R1 donde hay un espacio dedicado a seguridad del paciente (7 ediciones). Curso de Seguridad del paciente para R>2 (5 ediciones). Curso de comunicación de evento adverso (2 ediciones)
- Talleres de técnicas (5 ediciones), de listas de verificación quirúrgicas (2 ediciones), de comunicación (2 ediciones)
- Sesiones de Casos críticos: donde se revisan casos que han movilizado sentimientos al residente reflexionando sobre seguridad del paciente (3 años, 5 unidades un total de 53 casos).
- Rondas de seguridad en los servicios en los que se integran los residentes: Anestesia y Medicina Interna (3 años)
- Simulación: utilizamos la simulación para formar a los residentes en el Factor Humano (5 años, 23 ediciones)

Conclusiones

La formación en seguridad del paciente durante la residencia debería ser una estrategia de todos los centros docentes. Existen numerosos instrumentos como sesiones, talleres, cursos, casos críticos, rondas de seguridad y simulación que contribuyen de forma significativa al aprendizaje de la Seguridad.

DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN UCI CON UN PROGRAMA INFORMÁTICO.

AUTORES

María del Carmen Frias Martin¹; R Santacatalina i Mas²; R Cadena Caballeros³; C Cuzco Cabellos⁴.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clinic Barcelona.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las organizaciones sanitarias internacionales demandan un avance constante en los cuidados de salud dirigidos a la mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en colaboración con la Fundación Avedis Donabedian concretaron 120 indicadores definitivos, de los cuales se eligieron por consenso un total de veinticinco, que fueron considerados como más relevantes o básicos para la especialidad y que la SEMICYUC entiende como de aplicación recomendables en todas las Unidades de Cuidados Intensivos.

En respuesta a estas demandas nuestro centro ha facilitado la creación de un programa propio de registros enfermeros. Este programa permite la integración de los indicadores de calidad de calidad en las unidades de cuidados intensivos dentro de la informatización de los registros enfermeros.

Objetivos

Descripción del registro de los indicadores de calidad en las unidades de cuidados intensivos mediante el programa informático implantado en nuestro centro.

Material y métodos

El programa informático fue desarrollado para el registro de los cuidados enfermeros e implementado progresivamente en nuestro centro. En la actualidad está en funcionamiento en la UCI Hepática desde 2016 y en el Área de Vigilancia Intensiva desde 2017.

Está formado por módulos que abarca todo el proceso asistencial de enfermería. En uno de estos módulos se hace el registro de las listas de verificación de los indicadores de calidad.

Entre los indicadores de calidad registrados tenemos la Bacteriemia relacionada con catéter venoso central, considerado uno de los indicadores más relevantes en estas unidades.

Este indicador es registrado por los profesionales de enfermería en el programa informático. Mediante la lista de verificación o check list de inserción de catéter venoso central y el registro de seguimiento de los catéteres.

Resultados

Este registro genera de manera automática unos problemas, intervenciones y actividades de enfermería basados en la evidencia científica para el cumplimiento de los indicadores de calidad. Estos registros también facilitan su posterior análisis del cumplimiento pudiendo ser medidos y cuantificados.

Conclusiones

El registro de los indicadores de calidad nos permite cumplimentar, verificar y analizar el proceso asistencial de enfermería facilitando el análisis de los mismos sin incrementar en exceso la carga asistencial de los profesionales.

¿QUÉ SABEN LOS RESIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A SU LLEGADA AL HOSPITAL?

AUTORES

CRISTINA GARMENDIA FERNANDEZ¹; I GONZALEZ ANGLADA²; L MORENO NUÑEZ³; N SCHOEBEL⁴; S LORENZO⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La seguridad del paciente se ha introducido como competencia transversal en la formación de los residentes de muchos países de nuestro entorno. Desde 2011 la OMS recomienda introducirla en los planes de estudio de los grados sanitarios, sin embargo su implantación en España es escasa

Objetivos

Valorar los conocimientos de seguridad del paciente que los residentes de primer año de 2017 y 2018 tienen al incorporarse al hospital y que proceden de la formación durante el grado.

Material y métodos

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón forma residentes desde el año 2001 y recibe médicos, enfermeras, farmacéuticos, biólogos y químicos. En mayo de 2018 se han incorporado 52 nuevos residentes 44 médicos, 6 enfermeros, 2 farmacéuticos. En el curso de acogida se imparten los fundamentos para iniciar la actividad laboral. Durante dicho curso se realiza una encuesta para valorar los conocimientos que tienen en seguridad del paciente. Esta misma encuesta se realizó también en 2017 cuyos resultados se muestran. Este cuestionario contenía 21 ítems y fue validado en un estudio previo y se consideró que puntuaciones iguales o superiores a 4 puntos denotaban que tenían una buena adquisición de la competencia en seguridad del paciente. Además respondieron a un test de conocimiento de 5 preguntas, de 5 opciones de respuesta, valorando con un punto cada acierto a la hora de diferenciar entre incidente, negligencia y eventos adversos (EA), causas y consecuencia más frecuentes de los EA.

Resultados

Contestaron 47 residentes. Las preguntas relacionadas con la franqueza en la comunicación con los pacientes tuvieron un peor resultado, mientras que las relacionadas con la comprensión del factor humano en la génesis de los eventos adversos las que mejor. El resultado global del test mostró un 3.4 con tan solo un 7% residentes con más de 4 puntos de media

En cuanto a las preguntas de conocimientos en seguridad la puntuación media fue de 2.81 puntos sobre 5, 30% de los residentes tuvieron 4 o más preguntas correctamente respondidas. La pregunta peor contestada fue dónde hay más eventos adversos y la mejor la definición de negligencia 31,

Conclusiones

Los residentes encuestados recibieron información en el grado sobre seguridad del paciente. No obstante, esta información no ha sido suficiente en el 45% para contestar correctamente a 5 preguntas para saber si podían discriminar entre EA, casi error y negligencia, o si conocían las causas más frecuentes de los EA y sus consecuencias. reciben una información más completa sobre el factor humano como origen de ES y cómo evitar los riesgos más frecuentes. También se les explica de forma más insistente la importancia de la higiene de manos y el uso de protocolos, pero mal cómo manejar los sentimientos en caso de un error. Casi la mitad de los residentes recién llegados al hospital tienen insuficiente conocimiento teórico sobre seguridad.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACIÓN A TRAVÉS DE SIMULACION

AUTORES

LEONOR MORENO NUÑEZ¹; I GONZALEZ ANGLADA²; C GARMENDIA FERNANDEZ³; S LORENZO⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCON.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La seguridad del paciente es la ausencia de lesiones, accidentes o complicaciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Es un problema de salud importante y uno de cada 10 pacientes que acude a un hospital puede tener un evento adverso. La formación en seguridad del paciente durante la Formación Sanitaria Especializada debería ser una prioridad y así se considera en el Sistema Formativo de Reino Unido y Canadá. En el Hospital Universitario Fundación Alcorcón se ha desplegado una estrategia de formación en seguridad del paciente en la formación de especialistas realizando cursos de simulación centrados en seguridad del paciente y en factor humano.

Objetivos

En el aula de simulación realizamos cursos de seguridad del paciente para residentes. Valoramos el impacto formativo en todo el mapa de competencias: seguridad, conocimientos, habilidades técnicas, comunicación, trabajo en equipo y profesionalismo

Material y métodos

Se realiza una encuesta a los alumnos de los cursos "Aprendizaje de seguridad del paciente a través de simulación clínica". Los casos están diseñados para la enseñanza de la seguridad del paciente y sus componentes.

La encuesta consiste un cuestionario cuantitativo que valora todas las competencias aprendidas con escala Liker (4 Muy Satisfactorio 3 Satisfactorio 2 Aceptable 1 Insuficiente 0 Muy insuficiente, NA No aplicable),

Resultados

Se realizan 14 ediciones con un total de 124 alumnos, 38 enfermeras, 64 residentes y 22 especialistas. Se obtienen 117 encuestas. Los alumnos consideran haber mejorado: Profesionalismo 3.78, Trabajo en equipo 3.78, Seguridad del paciente 3.78, liderazgo 3.7, Comunicación 3.63, Conocimientos clínicos 3.59 y habilidades técnicas 3.48.

La utilidad para el trabajo logró un 9,7, todos consideraron que había sido útil para mejorar desempeño y el 90% muy útil.

Conclusiones

La simulación clínica es muy útil en el aprendizaje de seguridad del paciente durante la residencia. Además en la simulación el aprendizaje efectivo final abarca todas las competencias, desarrollando profesionalismo, trabajo en equipo, comunicación, liderazgo, conocimientos clínicos y habilidades técnicas.

¿LEEN LOS PACIENTES SUS PULSERAS IDENTIFICATIVAS?

AUTORES

Susana Postigo-Morales¹; MA Burzako-Pérez²; I Casado-Campo³; S Telletxea-Benguria⁴; U Aguirre-Larracochea⁵; A Etxebarria-Agorria⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Galdakao Usánsolo

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las pulseras identificativas son la pieza clave en la identificación inequívoca de los pacientes pero su utilidad radica en que su información sea veraz. El individuo que mejor puede verificarlo es el propio paciente, sin embargo, desconocemos si los pacientes chequean su propia pulsera en el momento de su colocación, siendo una oportunidad importante de detectar fallos.

Objetivos

El objetivo de este estudio es analizar el porcentaje de pacientes que revisan su pulsera identificativa entre los que van a someterse a una cirugía o a una prueba digestiva endoscópica en las primeras 4 horas tras la colocación de la pulsera.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo llevado a cabo de octubre del 2018 a mayo de 2019 en el que se incluyeron a 293 pacientes. Los criterios de inclusión eran pacientes mayores de 18 años, que dieran permiso verbal para hacerles una breve encuesta y que hubiera transcurrido menos de 4 horas entre la colocación de la pulsera y la realización del procedimiento.

Como criterios de exclusión, la negativa del paciente a participar, la barrera idiomática, trastorno cognitivo que le incapacitara para comprender las preguntas y no portar pulsera.

Se verificaron los datos identificativos de cada paciente a su llegada a la sala de endoscopia o al antequirófano y si el propio paciente había comprobado la veracidad de todos esos datos en la pulsera.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico R.

Resultados

Se estudiaron 293 pacientes, de los cuales un 52,56% no comprobaron la pulsera. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en cuanto al sexo de los pacientes ni en la edad media en los diferentes subgrupos.

Se objetivó que, entre los que no comprobaban la pulsera, un 75,32% eran pacientes de endoscopias.

En el subgrupo de pacientes sometidos a endoscopia, un 58,88 % de ellos no comprobaron su pulsera, mientras que entre los quirúrgicos no lo hacía un 39,58%.

Durante el estudio se detectaron 2 errores en las fechas de nacimiento de 2 pacientes, que se subsanaron posteriormente.

Conclusiones

Aproximadamente un 13% de los errores notificados en el área quirúrgica tiene que ver con la identificación errónea de pacientes.

En el estudio sorprende el porcentaje de pacientes que confían a ciegas en el sistema sanitario, probablemente como herencia del modelo paternalista.

Es evidente que el futuro de la seguridad del paciente pasará obligatoriamente por la formación y educación del mismo en su propia seguridad, consiguiendo individuos formados, informados, competentes y consecuentes.

CÓMO HACEMOS EL CHECKLIST EN LA REGIÓN SANITARIA DE LES TERRES DE L'EBRE.

AUTORES

Lucia Pla Saborit¹; MC Caudet Baiges².

CENTRO DE TRABAJO

Clínica Terres de l'Ebre¹; Clínica Terres de l'Ebre².

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La alta tasa de eventos adversos en quirófano avala la necesidad de usar herramientas para prevenir los posibles errores del equipo quirúrgico.

Es importante trabajar de forma correcta para obtener unos resultados fiables.

Los profesionales debemos creer en las tareas que se nos asignan o encomiendan para poder implicarnos y empatizar en la importancia y la finalidad de las mismas.

Hace falta un buen trabajo en equipo para realizar casi todas las tareas asistenciales y un apoyo de la Dirección del centro que respalde la importancia de las mismas

Objetivos

Evaluar el grado de aplicación real del el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) en los centros hospitalarios que tienen área quirúrgica de les Terres de l'Ebre des de setiembre de 2019 hasta setiembre de 2020.

1. Analizar:

- Que el profesional asistencial completa el checklist.
- Si existe un responsable de aplicar y rellenar el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ). Coordinadora de la Lista.
- Donde lo realiza (pre, intra, post).
- Si se hacen los tiempos solicitados (pauses).
- La implicación de los profesionales y la implicación del paciente.

2. Verificar que los valores son reales.

3. Comprobar que todos los centros de la Región Sanitaria de les Terres de l'Ebre aplican el mismo LVQ.

4. Contrastar a qué intervenciones aplican el LVQ y cuales excluyen.

5. Averiguar si des de la aplicación del LVQ han disminuido los eventos adversos en el área quirúrgica.

6. Registrar la percepción de los profesionales de los centros del LVQ.

7. Elaborar un resumen de las conclusiones obtenidas.

8. Plantear acciones de mejora

9. Realizar un informe para cada uno de los centros de les Terres de l'Ebre.

Material y métodos

Diseño de investigación cuantitativo y cualitativo.

Se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal con un índice de confianza del 95%, en los cuatro centros asistenciales de les Terres de l'Ebre: Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Clínica Terres de l'Ebre, Hospital Comarcal d'Amposta y Hospital Comarcal de Mora d'Ebre.

Criterios de inclusión:

Enfermeras del área quirúrgica de los cuatro centros que realicen tareas asistenciales.

Criterios de exclusión:

Enfermeras que:

Solo realicen su actividad en la zona de reanimación.

Lleven 6 meses o menos realizando su tarea profesional en el área quirúrgica.

Estén en el área quirúrgica y no realicen tareas asistenciales.

Muestreo probalístico aleatorio simple.

Resultados

Demostrar que la principal causa de les EA es el error humano.

Evidenciar que realizar prácticas seguras a través de proyectos relacionados con la seguridad, permite reducir el número de muertes de origen quirúrgico.

Justificar que quedan muchas acciones a realizar:

- Refuerzo continuo de las prácticas seguras.
- Formación continuada en cultura de seguridad.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales y el trabajo en equipo.
- Asignar un liderazgo demostrable, para evitar la aplicación automática del LVQ.

Conclusiones

Pendientes a la realización del estudio

ESTANDARIZACIÓN DE LAS VISITAS PERIÓDICAS DE ENFERMERÍA

AUTORES

CRISTINA SÁNCHEZ SÁNCHEZ¹; I CHÁVARRI RUBIO I²; R RODRIGUEZ HERNANDEZ³; I UNIBASO BILBAO⁴; AB SANCHEZ SANCHEZ⁵; R DE DIEGO TELLITU⁶.

CENTRO DE TRABAJO
OSIEEC.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El concepto de ronda de enfermería (RE) es una actividad básica de la profesión enfermería. Se inicia en la guerra de Crimea con Florence Nightingale y en los años 80 se generaliza como una actividad que mejora la atención y satisfacción del paciente.

En nuestra organización las enfermeras realizan visitas periódicas a los pacientes comprobando situación clínica y comodidad. Al analizar estas rondas usando Metodología Lean constatamos la existencia de variabilidad, en ocasiones un modelo reactivo de cuidados, flujos mejorables, así como déficits en coordinación.

De este análisis surge la pregunta ¿Sistematizando las rondas podemos mejorar la seguridad del paciente y disminuir los tiempos de respuesta?

Para responder hemos combinado dos estrategias, Metodología Lean que permite la identificación y eliminación del no valor y la Herramienta de Implantación de Buenas Prácticas de Registered Nurses' Association of Ontario que combina intervenciones de revisión de buenas prácticas, estructura, procesos e identificación de agentes de cambio. Ambas con el foco en agregar calidad al cuidado de forma proactiva.

Objetivos

OBJETIVOS

Elaborar y estandarizar las RE con objeto de disminuir la variabilidad.

Implantación de las RE en las plantas de hospitalización.

Material y métodos

Estudio descriptivo. Explicación del proyecto y captación de impulsores.

Durante dos semanas se realizan 6 observaciones directas de dos plantas de hospitalización y de las rondas de enfermería. El equipo se compone de un experto en Lean y personal de enfermería.

Se utiliza la herramienta de Spagueti Chart en la identificación de flujos y acciones. Para estandarizar la RE conforme al Proceso de Atención de Enfermería, identificamos intervenciones enfermeras y de TCAE.

Se analizan datos identificándose ineficiencias y causas. Se redacta la propuesta, cotejándose con revisión de buenas prácticas, proceso, estructura y conocimientos. Probándose diferentes versiones.

Resultados

Elaboración de Egunerokoak, donde se recogen intervenciones, pasos a seguir, puntos clave durante la RE y de los TCAE. Se estandarizan carros de curas.

Conceptos en las RE: revisión de registro, preparación carros, higiene manos, presentación, identificación de paciente, valoración, realización curas, movilidad, verificación entorno, capacitación paciente y cuidadores, despedida, actualización planes de cuidados, punto de encuentro.

Se pilotan la implantación en dos unidades y se amplía al resto de unidades de hospitalización.

Conclusiones

Las RE deben ser sistemáticas, programadas, e incluir criterios que faciliten de manera proactiva la detección de riesgos, y aseguren el confort. Un enfoque proactivo aumenta la satisfacción del paciente pues percibe que sus necesidades están solucionadas. Adecua la organización a las necesidades de pacientes e identifica cuidados que no contribuyen a la mejora del proceso.

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO EN LA HIGIENE DE MANOS.

AUTORES

GREGORIO CESAR IGLESIAS CASAS¹; A GOMEZ GOMEZ²; PC BERMEJO ANSIA³; M VAZQUEZ CAMPO⁴; SB PULGARIN SOBRINO⁵; B CABANELAS GONZALEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria o infecciones nosocomiales (IN) afectan a miles de personas en todo el mundo, siendo una de las principales causas de muerte y de incremento de morbilidad en los pacientes hospitalizados. Las manos de los profesionales sanitarios representan uno de los principales mecanismos de transmisión de las IN.

Con la finalidad de reducir las IN la principal medida de eficacia demostrada es la realización de una correcta higiene de manos (HdM) antes y después del contacto con el paciente.

Objetivos

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar la efectividad de una intervención basada sesiones formativas, en términos de aumento del grado de cumplimiento de las recomendaciones de la HdM.

Material y métodos

Estudio pre-post intervención. En la fase pre-intervención se realizó un corte transversal de observación directa de oportunidades de HdM (OHdM) con la ayuda de una hoja de recogida de datos basada en «The hand-hygiene observation tool (HHOT)». En la fase de intervención se realizaron 5 sesiones formativas/día de 1h de duración, durante 5 días. La intervención se dirigió a todos los profesionales sanitarios. Por último, la fase post-intervención consistió en la realización de un segundo corte transversal de OHdM. Los observadores fueron siempre los mismos.

Se calculó el tamaño muestral para una mejora global del cumplimiento de HM de un 10%, para un nivel de significación del 5% y una potencia del 80%. El tamaño resultante fue de 394 OHM antes y después de la intervención.

Se calcularon las diferencias absolutas de porcentajes de cumplimiento entre el momento pre y post-intervención.

Resultados

Se recogieron datos de un total de 896 OHdM (424 pre-intervención y 464 postintervención) y acudieron un total de 717 profesionales a las sesiones formativas.

Se detectó un aumento de manos inapropiadas (con esmalte de uñas, relojes y joya) de un 25,4% a un 30,3%. Tras la intervención se observa un aumento del 26.6% en la realización correcta de la técnica de HdM y una disminución de un 10.4% de oportunidades donde no se realiza HdM. Los momentos en los que se aprecia un aumento mayor en la correcta HdM es antes del contacto con el paciente (18% vs 39%) y tras el contacto con el ambiente del mismo (7% vs 34%)

Conclusiones

Hay un elevado porcentaje de profesionales que no han asistido a las charlas informativas. Se ha producido un repunte en el uso de esmalte de uñas.

Tras la intervención se puede objetivar una mejor técnica de HdM y una mayor conciencia de realización de HdM en los distintos momentos

Sería recomendable que en las próximas observaciones se hagan de forma seriada para llegar a diferentes profesionales dentro de una misma unidad, ya que la observación de un único turno puede sesgar el resultado.

CREANDO CULTURA DE SEGURIDAD EN UN BLOQUE QUIRURGICO

AUTORES

MIREN FERNANDEZ DE GOBEO-ESTENAGA¹; MJ CANABAL-GONZALEZ²; MD JIMENEZ-MENDIA³; O LORENTE-ARCELUS⁴; J SAEZDEUGARTE-SOBRON⁵; M MIRANDA-LIGUERZANA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI ARABA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En la “Estrategia de Seguridad del Paciente” de nuestra organización se recogen diferentes líneas de acción y proyectos que se pretenden impulsar de manera corporativa.

Una de las principales líneas de acción es la Gestión de los Incidentes de Seguridad estableciendo la prioridad de una adecuada gestión de riesgos a través de la notificación de incidentes, el análisis y la planificación e implementación de acciones de mejora, llevando a cabo también un seguimiento y evaluación de dichas acciones y proporcionando feed-back a los profesionales.

No cabe duda de que conseguir una implantación efectiva de estos sistemas de notificación y mantenerla a lo largo del tiempo conlleva dificultades. El fomento de la cultura de seguridad y la sensibilización de los profesionales son fundamentales para conseguir integrar la gestión del riesgo en la actividad asistencial.

Objetivos

Describir la Gestión de Incidentes sin daño notificados en el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente en un grupo de seguridad de un Bloque Quirúrgico y su evolución desde 2016.

Material y métodos

El grupo de seguridad del Bloque Quirúrgico es un grupo interdisciplinar que se creó en 2016. Está compuesto por 18 miembros, 7 enfermeras, 7 facultativos, 2 TCAE, 1 administrativo y 1 celador. Este grupo está liderado por 1 supervisora y 1 anestesióloga. Está dividido en 2 subgrupos que se reúnen mensualmente para realizar el análisis de los incidentes. Posteriormente se realizan reuniones conjuntas donde se exponen los incidentes trabajados en cada subgrupo y se plantean otras áreas de riesgo detectadas.

Resultados

En este periodo se han notificado 389 cuasi-incidentes o incidentes sin daño, 77 en 2016, 89 en 2017, 167 en 2018 y 56 desde enero de 2019 a la actualidad. Los incidentes, están relacionados con comunicación, formación, identificación de pacientes y de muestras, prescripción de medicación, traslado de pacientes, contaje de gasas, lateralidad, esterilización, programación y falta de material quirúrgico. Tras el análisis de dichos incidentes se han puesto en marcha una serie de acciones, por ejemplo: circuito y trazabilidad de recogida de muestras, circuito para el análisis del tumor de mama con localización radiológica, traslado intrahospitalario de pacientes, recepción del paciente en quirófano, circuito de muestras de Anatomía Patológica, dossier formación TCAE y protocolo de contaje de gasas.

Conclusiones

El trabajo de gestión de incidentes desde un equipo interdisciplinar de un Bloque Quirúrgico, a pesar de las dificultades que presenta, como tiempo de dedicación para su gestión o conseguir la implicación de todos los profesionales, permite implantar nuevos procedimientos y circuitos como acciones de prevención de eventos adversos y consigue crear cultura de seguridad mejorando la atención que prestamos a nuestros pacientes.

¿LA MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA, REPERCUTE EN LOS RESULTADOS?

AUTORES

MARTA EVA GONZALEZ PEREZ¹; L GOMEZ DEL CAMPO²; T LOPEZ CABALLERO³; LM ALONSO SUAREZ⁴; MR SUAREZ LOPEZ⁵; A GUERRA ORDOÑEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El área quirúrgica es una de las zonas críticas en seguridad del paciente. La mayoría de los problemas de seguridad en el área quirúrgica están relacionados con el cuidado perioperatorio y no tanto con la técnica quirúrgica. La infección de localización quirúrgica (ILQ), es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes y la que se considera más prevenible y produce un incremento del gasto debido a que origina un aumento de estancia hospitalaria, re-intervenciones, sobreinfecciones, bajas laborales, secuelas, ..., por lo que es indispensable un buen programa de prevención. La aplicación de un paquete de medidas preventivas podría reducir la ILQ hasta un 50%.

Objetivos

El objetivo general es mejorar la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en el hospital. Los objetivos específicos:

Mejorar la utilización y cumplimentación adecuada del LVQ

Conseguir una alta adherencia a 5 medidas de eficacia probada en prevención de ILQ (profilaxis antibiótica, antisepsia de la piel con clorhexidina alcohólica al 2%, correcta eliminación del vello, normotermia y normogluemia) .

Material y métodos

El objetivo general es mejorar la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en el hospital. Los objetivos específicos:

Mejorar la utilización y cumplimentación adecuada del LVQ

Conseguir una alta adherencia a 5 medidas de eficacia probada en prevención de ILQ (profilaxis antibiótica, antisepsia de la piel con clorhexidina alcohólica al 2%, correcta eliminación del vello, normotermia y normogluemia) .

Evaluación periódica de los Indicadores de seguimiento establecidos en los proyectos y feed-back.

Resultados

En 2018 se estudian 124 pacientes de cirugía de colon y 167 de cardiaca.

En el 7% de los LVQ se detectaron incidentes durante su utilización que dieron lugar a una acción correctora inmediata.

El cumplimiento de cada ítem del bundle IQZ fue superior al 80%. Las tasas de infección se mantienen inferiores a los estándares internacionales, 8,87% en la cirugía contaminada de colon y 2,99% en cirugía cardiaca.

Conclusiones

El apoyo institucional ha sido decisivo para conseguir buenos resultados.

El aumento de la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica y la disminución de las ILQ se ven favorecidos por:

- La implementación de medidas preventivas de eficacia probada
- El trabajo en equipo y mejora de la comunicación del mismo
- Identificar puntos críticos
- Obtener resultados, comunicar y felicitar

GESTIÓN DE EVENTO ADVERSO CON RECLAMACIÓN JUDICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

M. INMACULADA MORAZA-DULANTO¹; C ROBLEDO-ZULET²; S SAYAS-RUIZ DE GAUNA³; E ARTECHE-DAUBAGNA⁴;
E VITORIA-GARCIA⁵; G ALCALDE-BEZHOLD⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI ARABA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La atención sanitaria es una actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de Eventos Adversos (EA), por ello responder adecuadamente a este tipo de situaciones es un reto a nivel organizativo.

Objetivos

Describir la Gestión de un EA relacionado con retraso diagnóstico en una enfermedad neoplásica estadio IV.

Reflexionar sobre la influencia de un Análisis Causa-Raíz (ACR) en la resolución judicial derivada del EA

Material y métodos

Se recibe una reclamación en el Servicio de Atención al Paciente y Usuario (SAPU) por un retraso diagnóstico de una enfermedad neoplásica estadio IV, identificada como posible EA susceptible de ser analizado con metodología de ACR.

Se crea un Equipo de Análisis de EA formado por los profesionales implicados, sus mandos, miembros del equipo directivo, personal del SAPU y referente de seguridad del paciente y se realiza un ACR mediante "Protocolo de Londres"

Dicha reclamación genera una demanda en el Juzgado de Instrucción contra un profesional por homicidio por imprudencia.

Resultados

En el ACR realizado se identifican factores de:

- comunicación escrita inefectiva, ausencia de comunicación oral,
- tarea por inexistencia de circuito efectivo de alertas de hallazgos inesperados, ausencia de otras radiografías en los últimos años
- de equipamiento y recursos por la utilización de dos sistemas informáticos diferentes con una conexión incompleta
- de ambiente de trabajo por alta presión asistencial
- de paciente por ausencia del paciente a las revisiones desde hacía dos años.

Tras la realización del ACR, se elabora un Informe en el que consta la descripción del EA, los factores contribuyentes y las acciones correctoras propuestas. Este informe se envía a la Dirección/Gerencia, a los profesionales implicados y a los jefes de dichos servicios. Es enviado también al Juzgado de Instrucción para su utilización como prueba.

El auto judicial refiere textualmente "debe procederse al sobreseimiento provisional y archivo de la causa, al no apreciarse indicios de la comisión del delito, ni aún a título de imprudencia menos grave", "ha resultado perfectamente acreditado que nos encontramos ante un curso causal complejo en el que concurren un cúmulo de diversas circunstancias". En la explicación de las circunstancias que avalan la decisión se utilizan algunos párrafos que son transcripción literal del informe del ACR presentado. Y concluye el auto diciendo "que el origen puede estar en un simple error en el que puede incurrir la más prudente de las personas"

Conclusiones

Una adecuada Gestión tras un EA en el que se identifican numerosos factores contribuyentes, además de servir como fuente de aprendizaje y base para el establecimiento de acciones correctoras, es utilizada en determinados casos como elemento probatorio para el sobreseimiento provisional y archivo de la causa. Con este tipo de resoluciones se aprecia que la cultura de seguridad del paciente comienza a ser considerada en el ámbito judicial.

PLANIFICACIÓN DE MEJORA DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS EN EL DSAP CÓRDOBA Y GUADALQUIVIR

AUTORES

FRANCISCO JAVIER NARBONA RODRÍGUEZ¹; J SERRANO MERINO²; MA GÁLVEZ ARJONA³.

CENTRO DE TRABAJO

DSAP CÓRDOBA Y GUADALQUIVIR¹; DSAP CÓRDOBA Y GUADALQUIVIR²; HU REINA SOFÍA³.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La Evaluación de la adherencia a las recomendaciones sobre higiene de manos en el Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir se vertebra sobre dos procedimientos:

La observación directa de las técnicas de higiene empleadas por los profesionales sanitarios en el contexto de su labor diaria.

La autoevaluación de los profesionales de Atención Primaria a través de un cuestionario específico.

Objetivos

Sensibilizar a los profesionales de la importancia de la técnica de higiene de manos.

Planificar acciones para la mejora de la técnica de lavado de manos.

Material y métodos

Tal y como se especifica en el protocolo de evaluación del lavado e higiene de manos en el DSAP Córdoba y Guadalquivir, se ha realizado la Observación del Momento 1 de la Higiene de manos, en el 85.71% de los centros (12 de 14 centros), observando al menos 50 oportunidades de los profesionales de enfermería y 25 de medicina o pediatría, en su ámbito de trabajo, estas observaciones han sido realizadas por observadores cualificados a los cuales se formó y adiestró para esta labor. La observación se realizó en diferentes horarios y tareas de los profesionales.

Resultados

Se han realizado un total de 1177 observaciones, de las cuales 253 fueron acciones de lavado de manos con agua y jabón y 552 fricciones con solución hidroalcohólica.

Indicador: Número de episodios de higiene de manos en el periodo de estudio por persona o grupo de ellas/ Número de oportunidades de higiene de manos que ha tenido esa persona o grupo en el periodo de estudio.

Así en el 68.49% de las oportunidades de higiene se observaron episodios de lavado o higiene de manos.

Las técnicas observadas:

El 46.89% de las técnicas de higiene observadas correspondieron a fricción

El 21.49% de las técnicas de higiene de manos observadas correspondieron a lavado.

En muchas de las ocasiones se realizaron las dos cosas.

Por categoría:

Médico de familia : el 60.97% de las oportunidades fueron acciones de higiene de manos.

Enfermera de familia: el 72.61% de las oportunidades fueron acciones de higiene de manos.

Pediatra: el 68.71% de las oportunidades fueron acciones de higiene de manos.

El porcentaje total del Distrito ha quedado en el 68.40% de acciones de higiene de manos.

Observándose que en el caso de Enfermería en el 55% de las ocasiones se realizó higiene de manos y en el caso de Medicina en el 22%.

Conclusiones

En Atención Primaria, en las consultas clínicas de medicina y de enfermería, se dan muchas ocasiones en las que no hay contacto con el paciente.

Pensamos que en muchos casos la observación o no ha estado bien hecha o existe un sesgo al estar el observador, pues hay algún caso de algún centro en el que ha salido el 100% de higiene, en todas las oportunidades, cuando conocemos que esa no es la realidad.

El porcentaje de higiene de manos resultante nos parece elevado.

En muchas ocasiones la higiene no ha sido realizada en el momento adecuado, antes del contacto con el paciente.

La forma de realizar la higiene de manos no es la correcta en muchas ocasiones.

ESTANDARIZACIÓN DE LA REVISIÓN DEL BOX DE CRÍTICOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

AUTORES

Silvia Uruén Pueyo¹; JM Estelrich Barceló²; O Hernandez Villén³; N Illamola Navarro⁴; L Lopez Martin⁵; C Rodriguez Jimenez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Joan XXIII.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La Seguridad del paciente, según la Organización Mundial de Salud (OMS), es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

La aplicación Proactiva en seguridad de los pacientes (ProSP) nace para mejorar la seguridad de los pacientes en el Institut Català de la Salut (ICS) desde el año 2012

La aplicación ProSP informatiza listas de verificación de actividades preventivas de procesos relacionados con la seguridad de los pacientes, dispone de información en tiempo real para el control y mejora del proceso, cuenta con alertas visuales que dan información en relación con el grado de control del proceso y hace el seguimiento de incidencias.

Nuestro centro ha sido el primer hospital del ICS donde se ha implantado esta herramienta para el control y revisión de los boxes de atención aguda en el paciente crítico. Una vez llevada a cabo la prueba piloto está previsto extender su uso al resto de hospitales. En nuestro servicio los procesos informatizados en la atención urgente han sido la revisión del box de críticos y los carros de paros

Objetivos

Generales:

Comparar el cumplimiento de revisión del box de críticos mediante la herramienta ProSP realizados en el box de críticos 1-2 y los del box de críticos 3-4 mediante el registro en papel

Garantizar la prestación de una atención sanitaria urgente de calidad a la población

Específicos:

Reducir la variabilidad asistencial a partir de realizar check-list informatizados de los procesos consensuados a nivel territorial

Detección precoz de cualquier incidente relacionado con el material fungible y la medicación del box de críticos

Acceso al cuadro de indicadores 'on time' relacionados con el proceso

Material y métodos

Estudio comparativo cuantitativo transversal y retrospectivo

Comparación de la revisión de los chek-list de material i funcionamiento del aparataje del box de críticos 1-2 (aplicación ProSP) con la revisión del box de críticos 3-4 (registro en papel) durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018

Resultados

Se planificaron un total de 276 revisiones en papel, de las cuales se realizaron el 92.5% por parte de las enfermeras y un 89.49% en las TCAI. Mediante la Herramienta ProSP se planificaron 294 revisiones, de las cuales se realizaron el 96.26% por parte de las enfermeras y el 93.52% en las TCAI

Queda demostrado tanto en las enfermeras como en las TCAI el aumento de la realización de los check-list mediante la herramienta ProSP. Las incidencias detectadas con los check-list del ProSP representan el 96.78% debido al mal sellado de los carros de paros o maletines de traslado y el 3.23% a la falta de material.

Conclusiones

La implantación del nuevo sistema de chek-list nos ha permitido:

Reducir la variabilidad asistencial

Facilitar el trabajo a los profesionales

Cuadro de indicadores on time

Hay que continuar incidiendo en la importancia de la realización de los controles de verificación

SEGURIDAD PROACTIVA EN EL LABORATORIO CLINICO: CONTROL DE LA TEMPERATURA

AUTORES

Carmen Jiménez Jiménez¹; O Hernández Villén²; J Reverté Calull³; R Reig Puigbertràn⁴; C Carrillo Ciurana⁵; C Gutierrez Fornes⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Joan XXIII

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El Laboratorio Clínico es un servicio central que tiene prioritariamente una función asistencial, que consiste en ofrecer un servicio de soporte al diagnóstico con la máxima calidad técnica y humana y con eficiencia económica. Con ésta misión son proveedores de servicios óptimos y eficientes orientados al cliente con el objetivo de mejorar continuamente

El enfoque de la prevención del riesgo y la detección de incidencias de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (proactivo), se debe integrar entre las herramientas de gestión estratégica de los centros sanitarios. Por ésta razón, en los últimos años se han adaptado las últimas tecnologías situándose en el centro de la calidad asistencial

Objetivos

General; garantizar la temperatura óptima de las muestras biológicas y reactivos dentro del laboratorio clínico

Específicos;

Diseñar el mapa de neveras, estufas y congeladores del laboratorio clínico

Definir estándares de los rangos de las temperaturas

Formar al personal

Implantar la aplicación inteligente ProSp

Analizar los resultados de los primeros meses post implantación de la aplicación

Material y métodos

Creación del grupo de trabajo referente.

Planificación de las reuniones del grupo de trabajo.

Estudio de la situación actual y realización del mapa de neveras, congeladores y estufas.

Revisión de la normativa y estándares de las diferentes temperaturas apropiadas de muestras biológicas y reactivos. Definir estándares y revisión del procedimiento normalizado de trabajo

Definición del diccionario de variables para la aplicación inteligente ProSp, parametrización de valores

Planificación de la realización de la formación del personal

Formación del personal, esta formación se realizó por la Unidad de Calidad Asistencial, de una hora de duración en el propio laboratorio y formado a los profesionales personalmente.

Prueba piloto, durante 5 semanas se realiza una prueba piloto en las áreas de recepción de muestras, Biología Molecular y Bioquímica.

Implantación al resto del laboratorio; áreas Biología Hemática, Extracciones, hemostasia, Inmunoquímica, Inmunoserología, Microbiología y Urgencias. Evaluación de los datos obtenidos a partir del BO del propio programa.

Resultados

Creación del mapa de neveras, estufas y congeladores: Se han contabilizado 18 neveras, 11 estufas y 10 congeladores

Se han formado 26 profesionales, de los cuales 3 son facultativos, 4 DUE, 17 TGM y 2 TCAE

En el período estudiado se han realizado el 88.16% de las verificaciones planificadas

El número de incidencias han sido de 20 que suponen el 5.71%. De los incidentes detectados, el 7% eran por temperaturas por encima del rango y el 93% por determinaciones no realizadas. El grado de solución ha sido del 100%

Conclusiones

La implantación del programa proSp, ha permitido analizar y resolver de manera rápida las incidencias relacionadas con el control de temperaturas de muestras y reactivos. El programa se ha ido adaptando a las necesidades del propio laboratorio y profesionales

IDENTIFICACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE, NÚCLEO DE LA SEGURIDAD PROACTIVA

AUTORES

Carmen Jiménez Jiménez¹; O Hernández Villén²; M Pi Bañeres³; C Carrillo Ciurana⁴; M Olona Cabases⁵; R Reig Puigbertran⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Joan XXIII

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los problemas de identificación de pacientes es una causa importante en las complicaciones asociadas a errores en la asistencia sanitaria

Los fallos en la identificación del paciente se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre, etc. cuyas consecuencias pueden llegar a producir errores muy graves en el paciente. Por este motivo, el establecimiento de medidas que garanticen la identificación inequívoca de pacientes, de sus muestras y de toda su información es una de las prácticas prioritarias recomendadas por diversas organizaciones internacionales como AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality; National Quality Forum; JC: Joint Commission; OMS: Organización Mundial de la Salud

Objetivos

General; Identificar de forma inequívoca a todos los pacientes que son atendidos en nuestro centro

Específicos;

Diseñar dos check list en la aplicación inteligente ProSp como herramienta

Auditorias de la correcta identificación de pacientes; paciente portador de cualquier sistema de identificación validado por el centro así como la realización de la identificación activa de pacientes en situación de riesgo

Analizar los resultados obtenidos

Material y métodos

Definición del diccionario de variables para la aplicación inteligente ProSp

Estudio observacional, analítico, y descriptivo recogiendo datos de manera detallada y ordenada de los criterios cumplidos y no cumplidos en la realización de la identificación activa de pacientes en situación de riesgo

Evaluación de los datos obtenidos a partir del BO del propio programa

Resultados

Los resultados muestran un alto cumplimiento en el uso de pulsera identificativa en nuestro centro, obteniendo un resultado del 100% El resultado de las auditorias de la realización de la identificación activa de pacientes en situación de riesgo, ha sido inferior, mostrando unos resultados altos para el personal de enfermería y un cumplimiento bajo en facultativos y celadores

Conclusiones

La implantación del programa proSp, ha permitido analizar de manera rápida los resultados obtenidos de las observaciones

ACUERDOS Y DESACUERDOS EN LAS PERCEPCIONES DE UTILIDAD DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO ENTRE PERSONAL DE QUIRÓFANO

AUTORES

Laia Domingo¹; C Miret²; C Lasso de la Vega³; M Comas⁴; M Sala⁵; X Castells⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Parc de Salut MAR

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El checklist quirúrgico es una herramienta propuesta desde la Organización Mundial de la Salud para mejorar la seguridad del paciente en el quirófono y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas. Su implantación en el Parc de Salut MAR (PSMAR) se consolidó en 2014, presentando una tasa de cumplimiento >98%. Sin embargo, la percepción de los distintos profesionales implicados sobre su uso y utilidad no ha sido evaluada.

Objetivos

Describir las percepciones del personal de quirófono respecto el cumplimiento, la utilidad, el impacto en la seguridad del paciente y las barreras en la utilización del checklist en el PSMAR.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal a partir de los resultados de la encuesta realizada a todos los profesionales del bloque quirúrgico del PSMAR (Hospital del Mar, Hospital de la Esperanza, Barcelona). La encuesta fue distribuida en papel a través de los referentes de seguridad y se hicieron 2 recordatorios. Se adaptó la encuesta propuesta por O'Connor et al, que consta de 24 ítems que valoran el cumplimiento, impacto en la seguridad del paciente, apoyo, y barreras de uso del checklist a partir de la escala Likert. Se recogió información sobre el perfil profesional (cirugía, anestesia, enfermería de quirófono), años de experiencia en quirófono (< 10 años, 10-20 años, >20 años) y centro de trabajo. Se comparó el grado de acuerdo (valores 4-5 escala Likert) con las afirmaciones de la encuesta y se compararon los resultados entre perfiles profesionales y años de experiencia mediante el test Chi-cuadrado.

Resultados

La tasa de respuesta fue del 36.2% (n=131). Más del 90% de profesionales encuestados percibieron un elevado grado de cumplimiento (90.5%, 94.7%, 95.1% de acuerdo por parte de cirugía, anestesia y enfermería; p=0.722) y manifestaron percibir el checklist como una herramienta de mejora de la seguridad del paciente (91.4%, 94.7%, 92.7%, respectivamente; p=1.000). El personal de enfermería fue más crítico respecto a la atención por parte de los profesionales durante la aplicación del checklist (71.4%, 68.4%, 31.7%, respectivamente; p< 0.001), y en su utilidad para mejorar del trabajo en equipo (87.1%, 78.9%, 64.3%, respectivamente; p=0.019). El personal júnior manifestó que la utilización del checklist aumentaba su confianza, y mejoraba el trabajo en equipo en quirófono. El 64.3% de cirujanos consideró que la utilización del checklist había servido para evitar errores, mientras que el porcentaje fue del 84.2% y 85.7% entre anesestesiólogos y enfermería (p=0.028).

Conclusiones

A pesar de la elevada cumplimentación del checklist en nuestro centro, la percepción de su utilidad como herramienta para evitar errores es moderada entre los cirujanos, mientras que enfermería es más crítica respecto a la atención por parte de los profesionales durante su aplicación. Los resultados apuntan a la necesidad de incrementar la implicación de todos los profesionales para que siga siendo una herramienta real para la mejora de la seguridad del paciente.

ESTOY ADMINISTRANDO MEDICACIÓN; NO ME INTERRUMPAS

AUTORES

Carmen Jiménez Jiménez¹; O Hernández Villén²; C García Olivares³; J Esteve Ferran⁴; L Canadell Vilarrasa⁵; M Gens Barbera⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Joan XXIII.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Según algunos estudios, cada interrupción mientras una enfermera prepara y administra los fármacos aumenta en un 13% el riesgo de cometer un error, según un estudio realizado a 227 enfermeras de un hospital de Adelaida, Australia.

Esta actuación busca hacer visible ante otros profesionales, pacientes y familiares que se está realizando una tarea que requiere especial concentración y que no conviene interrumpirla, salvo urgencia.

Objetivos

General; Reducción de las interrupciones durante la administración de medicación utilizando un chaleco de alerta se quita una vez se haya terminado de administrar la medicación a todos los pacientes.

Específicos;

Detectar interrupciones y sus causas

Diseñar un check list en la aplicación inteligente ProSp como herramienta.

Analizar los resultados y aplicar medidas de mejora (Chalecos)

Valoración de las enfermeras de la implantación del chaleco de alerta.

Material y métodos

Definición del diccionario de variables para la aplicación inteligente ProSp.

Estudio, controlado y aleatorizado, que compara un grupo de enfermeras en las que se ha comparado el uso de un chaleco de alerta con un grupo control.

Evaluación de los datos obtenidos a partir del BO del propio programa.

Cuestionario de satisfacción de la implantación del chaleco de alerta.

Resultados

Un 50% de reducción de las interrupciones al personal de enfermería.

Un 15% más de rapidez en la administración de la medicación.

Y un 18% de incremento de las medicaciones administradas en el tiempo debido (no retrasos en la hora de administración del medicamento).

Las enfermeras que han participado en el estudio han valorado posteriormente la implantación del chaleco de alerta.

Conclusiones

La implantación del programa proSp, ha permitido analizar de manera rápida los resultados obtenidos de las observaciones.

ANÁLISIS DE LOS CHECKLIST PARA LA CARADIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

AUTORES

JOSE RAMON AGINAGA BADIOLA¹; CA MARCELLÁN NARROS²; IT AGOTE VELA³; CA SALVADOR PEREZ⁴; ME GOMEZ GOMEZ⁵; MN DOMINGUEZ MICHELENA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La cardioversión eléctrica (CVE) es un procedimiento agresivo realizado de forma puntual en las salas de reanimación de los Servicios de Urgencias hospitalarios (SU) para el tratamiento de determinadas arritmias cardíacas.

A pesar de la complejidad de la situación clínica, la rotación, la diferente experiencia y los turnos del personal, la cardioversión debe realizarse de forma eficaz y segura, evitando aquellos posibles errores que pueden conllevar a un fatal desenlace.

Tras un análisis multidisciplinar del proceso de CVE, se desarrolló un checklist como herramienta de seguridad nuestro Servicio, que se implantó desde Mayo 2012, en la que participan tanto el personal de enfermería como facultativos.

Objetivos

Uso del checklist en el 100% de los pacientes que son sometidos a una CVE urgente (no emergencia).

Cumplimentación de todos los ítems del checklist.

Analizar la implantación del checklist tras su desarrollo en 2012.

Material y métodos

- Estudio descriptivo retrospectivo.
- Análisis de las cardioversiones realizadas durante los meses de Octubre/2018 a Mayo/2019.
- Para evitar sesgos, durante el 2018/19 no se insistió por ningún canal de comunicación interno la importancia y ventajas del uso del checklist, ni del estudio de análisis que se iba a realizar durante el 2019.
- Análisis de los apartados de las hojas de checklist cumplimentadas: Identificación, fecha, apartado de "A la entrada en la sala de reanimación", "Previo a CVE", "En el momento de CVE" y "Antes de salir de la sala de reanimación".
- Comparación de los resultados con los obtenidos en 2012-2013

Resultados

- Durante los meses de Octubre/2018 a Mayo/2019 se atendieron 57.824 urgencias, 614 (1,06%) en la sala de reanimación. De éstas, 75 (12,2%) fueron CVE.
- Se cumplimentaron 70 hojas de checklist (93,3% del total de CVE)
- La identificación del paciente se cumplimentó en el 100% de los casos, la fecha en 92,86%, los 16 ítems del apartado "A la entrada de la sala de reanimación" en el 100%, los 7 ítems del "Previo a CVE" en el 100%, los 4 ítems del "En el momento de la CVE" en el 100%, y en el 90% (7/70) de las hojas se cumplimentaron los 5 ítems del apartado "Antes de salir de la sala"; sólo en el 10% no se cumplimentamos 2 ítems.
- Estos datos mejoran los resultados obtenidos en Mayo/2012 (cumplimentación del 66,6%; 50% correctas) y el Mayo/2013 (cumplimentación del 83,3%; 75% correctas).

Conclusiones

El procedimiento de aplicación de checklist de cardioversión ha sido integrado como una herramienta más de seguridad dentro de los procedimientos del SU y especialmente en la sala de reanimación.

Siendo un procedimiento inusual, pero crítico, la aplicación del checklist facilita la homogenización del proceso de CV y previene la aparición de posibles complicaciones derivadas del desconocimiento, inexperiencia o descuidos profesionales.

A pesar de los buenos resultados, se consideran importantes los recordatorios periódicos, teniendo en cuenta la alta rotación del personal sanitario dentro del SU

EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS PROFESIONALES: TRAS 10 AÑOS DE IMPLANTACIÓN

AUTORES

Olivia Hernandez Villen¹; C Olona Cabases²; M Gens Barbera³; R Reig Puigbeltran⁴; C Jimenez Jimenez⁵; J Reverte Calull⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Joan XXIII

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La medición de la cultura de Seguridad en el ámbito de la atención hospitalaria es una herramienta básica para sensibilizar a los profesionales, evaluar la cultura de seguridad y su tendencia en la organización, e identificar fortalezas y oportunidades de mejora.

Objetivos

Evaluar los cambios en la percepción de la cultura de seguridad entre los profesionales a los 10 años de la implantación del proyecto de unidades funcionales de SP en un hospital universitario de referencia de Cataluña

Material y métodos

Encuesta transversal, 2008 y 2018. Población de estudio: profesionales que trabajan en áreas asistenciales de un hospital universitario de referencia. Se ha utilizado la versión traducida, adaptada y validada por el Ministerio Sanidad y Bienestar Social del cuestionario de clima de SP Hospital Survey on Patient Safety Culture, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007. Encuesta voluntaria, auto administrada y anónima, 42 preguntas (respuestas escala Likert 0 a 5) y 12 dimensiones de SP. Formato electrónico. Se facilitó acceso a través intranet de centro y código QR. Para el análisis de los datos, se agruparon las respuestas en 3 categorías: positiva (4-5) neutra (3) negativa (1-2). Los datos se presentan como proporción de respuestas por categoría. Se comparan los resultados en ambos períodos mediante prueba de la Ji al cuadrado. El nivel de significación aceptado ha sido p

Resultados

La puntuación media de la percepción de SP en la unidad ha sido $6,5 \pm 2,1$ (2008) y $7 \pm 1,7$ (2018). No hay diferencias entre categoría profesional. La dimensión con peor percepción ha sido la de dotación de personal (60,3% negativa en 2018). En cuanto a la tendencia, los resultados muestran una mejora estadísticamente significativa en 9/12 dimensiones de SP (1.frecuencia incidencias SP notificadas, 2.percepción de la SP, 3.expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad que favorecen la SP, 4.Aprendizaje organizacional/mejora continua, 6. comunicación sincera, 7. feedback y comunicación sobre errores, 8.respuesta no punitiva a los errores, 9. dotación de personal, 10. soporte de la gerencia de centro a la SP) . Pero en las dimensiones de trabajo en equipo en la unidad (4), entre unidades (11) y problemas en cambios de turno/ traslados (12) no se ha detectado mejora significativa. La comparación de los resultados con encuestas realizadas en otros entornos sanitarios, muestran un perfil de respuestas similar.

Conclusiones

El programa ha tenido un impacto positivo en la percepción de los profesionales en la cultura de Seguridad, siendo la tendencia positiva en la mayor parte de las dimensiones. Nuestros resultados son similares a los obtenidos en otros entornos. La encuesta ha permitido identificar oportunidades de mejora.

MEJORA DEL CUIDADO VASCULAR TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS.

AUTORES

Ana Isabel Ruiz de Austri Troya¹; N Arias Rivas²; MJ Bejarano Martin³; I Moraza Dulanto⁴; B González Abasolo⁵; i Ochoa Bedoya⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI Araba HUA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las complicaciones relacionadas con los dispositivos vasculares son un problema de especial relevancia por su frecuencia, morbimortalidad y por ser potencialmente evitables. La Guía de Buenas Prácticas en Cuidado y Mantenimiento de los Accesos Vasculares de la RNAO establece una serie de recomendaciones basadas en la evidencia para disminuir las complicaciones relacionadas con el Cuidado Vascular. Desde marzo 2018 nuestra organización participa como candidata a la acreditación de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC-BPSO) con la implantación de tres Guías de Buenas Prácticas entre ellas la del Cuidado Vascular.

Objetivos

Describir los resultados de los dispositivos vasculares en cuanto al registro de la cura, a duración de los catéteres, catéteres retirados por fin de tratamiento y complicaciones de los mismos.

Material y métodos

Estudio observacional trasversal.

Se incluyen todos los pacientes ingresados en dichas unidades que son dados de alta los últimos cinco días de cada mes en Diciembre 2017 como medición basal y entre Septiembre 2018 y Abril 2019. Criterios de exclusión: menores de 14 años, pacientes que no han tenido ningún dispositivo venoso periférico o central durante el ingreso. La recogida de datos se realiza según el manual de evaluación desarrollado en nuestra organización y los datos se recogen de la historia clínica electrónica y del programa de cuidados de enfermería. Se recogen variables sociodemográficas, de registro y realización de la cura, motivos de retirada y complicaciones. Los datos se introducen en una plataforma online y el análisis estadístico se realiza mediante el programa SPSS 23.0

Resultados

El total de pacientes evaluados ha sido 457 con una media de edad de 70 años (DE:17).

En relación al registro y programación de la cura se ha pasado del 0% en diciembre 2017 al 17% en abril 2019, habiendo alcanzado hasta un 45% en diciembre 2018 y enero 2019. En relación a la duración del dispositivo la media de días de duración de los catéteres periféricos en la evaluación basal (diciembre-17) es de 7'7 días y la media en abril de 2019 es de 10'03 días. El porcentaje de dispositivos retirados por fin de tratamiento ha pasado de 78,85 en la medición basal a 83,7% en Abril de 2019. Las complicaciones del DAV en la medición basal alcanzan el 28,60% y en abril 2019 han disminuido hasta un 19%.

Conclusiones

Parece que la implementación de la guía de buenas prácticas para el cuidado y mantenimiento de los accesos vasculares puede aumentar el tiempo de duración de los DAV, aumentar la proporción de dispositivos retirados por fin de tratamiento y disminuir el número de complicaciones.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN E INTERVENCIONES FARMACEUTICAS REALIZADAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS

AUTORES

MARTA MARTÍN MARQUÉS¹; MA ROCH VENTURA²; PA LÓPEZ BROSETA³; J DEL ESTAL JIMÉNEZ⁴; L CANADELL VILARRASA⁵; R REIG PUIGBERTRAN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Mediante las nuevas herramientas informáticas podemos registrar y extraer datos para poder analizarlos y mejorar nuestro servicio asistencial.

En nuestro hospital se ha implantado una herramienta informática que permite hacer registros diarios de aquellos problemas relacionados con la medicación detectados en pacientes ingresados.

Objetivos

Descripción de la metodología empleada para el registro de los errores detectados y de las intervenciones farmacéuticas realizadas por el servicio de farmacia en los pacientes ingresados durante un año (2018).

Material y métodos

Se implantó un aplicativo web en la intranet del hospital para registrar diariamente la intervención realizada clasificada servicio al que se le realiza la intervención. Además se registró el número de historia, edad y sexo del paciente así como también el motivo de la intervención, medicación por la cual se realiza la intervención, problema de mediación, tipo de intervención realizada y aceptación o no aceptación de la recomendación y tiempo destinado a la intervención.

Resultados

Se realizaron 2423 intervenciones en total de 61% hombres y 39% mujeres. Los motivos de intervención mayoritarios fueron: modificación de la frecuencia en un 11%, suspensión de medicamento 16%, inicio de tratamiento 18%, modificación de forma farmacéutica 7%, modificación de la dosis 15%, cambio de medicamento 6% y modificación de vía 2%.

El tiempo destinado a realizar las intervenciones fue de 0-15 minutos en un 86,8%.

La aceptación de las intervenciones fue de un 95,2%.

Los servicios donde se realizaron las intervenciones mayoritariamente fueron: pediatría en un 15%, vascular en un 10%, cirugía general y digestiva en un 9%, en un 8%, ginecología y gastroenterología en un 7%, unidad de cuidados intensivos pediátricos en un 6% y medicina interna y cirugía pediátrica en un 5%.

Conclusiones

La realización de un registro de las intervenciones realizadas en la prescripción de los pacientes ingresados clasificadas por tipo de intervención y error detectado es esencial para poder analizar y tomar medidas que puedan mejorar una asistencia sanitaria de calidad a los pacientes ingresados.

AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN DURANTE LA ESTANCIA EN UNIDADES DE CIRUGÍA: UNA AMENAZA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

JUAN ABELLÓN RUIZ¹; A PEÑALVER SOTO²; G SÁNCHEZ NICOLÁS³; JC RUIZ RAMÍREZ⁴; MM SOLER SOLER⁵; C CONTESSOTTO SPADETTO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL LOS ARCOS DEL MAR MENOR

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La autoadministración de fármacos durante los ingresos hospitalarios es una costumbre extendida, especialmente entre las Unidades Quirúrgicas, y es causa frecuente de eventos adversos en los pacientes.

Objetivos

El objetivo de este estudio es determinar su prevalencia en las plantas de hospitalización adscritas a especialidades quirúrgicas en un hospital de segundo nivel, como primer paso para la posible puesta en marcha de acciones correctoras dirigidas a disminuir los errores de medicación relacionados con esta práctica.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional prospectivo, en el que se reclutaron 88 pacientes ingresados en Unidades de Traumatología, Urología y Cirugía General, seleccionados al azar de entre los que tenían medicación domiciliaria prescrita en Atención Primaria. Se investigó a pie de cama si el paciente disponía de algún tipo de medicación, aportada por él o su familia, que se estuviera administrando sin la intervención del personal de Enfermería, comprobándose en la historia clínica electrónica la existencia o no de la correspondiente prescripción por parte de los facultativos del hospital. No se consideró adecuada su indicación en la orden médica mediante frases como "y su medicación domiciliaria habitual" o similares.

Resultados

Del total de pacientes estudiados, 78 (el 89%, IC 95%:79.6 – 94.1%) tomaban por su cuenta durante el ingreso la medicación prescrita por su médico de cabecera.

Conclusiones

En nuestro medio, la toma de medicamentos en ausencia de filtros de seguridad como la conciliación farmacoterapéutica, el sistema de dosis unitarias y la supervisión por profesionales de Enfermería, es un fenómeno altamente prevalente entre los pacientes quirúrgicos. Tal como atestiguan los incidentes de seguridad recogidos en nuestro sistema de notificación y relacionados con errores de medicación, esta situación predispone a duplicidades farmacológicas, administración de fármacos contraindicados, interacciones y efectos adversos. A su vez, todo ello puede determinar la suspensión de la intervención, el alargamiento de la estancia hospitalaria, el retraso en la curación y recuperación del paciente, etc.

Los resultados del presente estudio han contribuido a sensibilizar a los profesionales sobre este tema, planteando la necesidad de mejorar la calidad de la prescripción farmacológica electrónica y realizar una adecuada conciliación de la medicación al ingreso.

EL ANALISIS DEL ERROR: OPORTUNIDAD DE MEJORA DEL PROCESO Y EFECTO CURATIVO EN LAS VÍCTIMAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

MERCEDES ALBUERNE SELGAS¹; C PRIETO ANTON²; C NORIEGA LOPEZ³; MJ AMADOR TEJON⁴; FERNANDEZ DIEGUEZ⁵; N FERNANDEZ SOBREDO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTIN DE AVILES

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La comunicación y registro de incidentes relacionados con la atención sanitaria es el primer paso para alertarnos de un posible error, nos estimula a recoger datos y realizar un análisis pormenorizado, con el objetivo de aprender, para que estos errores no se vuelvan a producir, o para que una vez producidos, se minimice su impacto.

Caso a estudio: Varón, 63 años, acude a su Centro de Salud tras varios días con dolor torácico anginoso. Se remite a urgencias en su vehículo particular. 13:45 horas de un lunes de Enero. Espera de admisión a triaje: 45 minutos. Prioridad 2. En 5 minutos ya fue atendido: EKG: descarta código corazón. 5 minutos después presencian parada cardíaca (PCR) que se reanima. En 25 minutos sale con el SAMU hacia la Unidad de Cateterismo (3 stent), pasa a intensivos y fallece en 72 horas.

Tras la PCR el medico pide hablar con la familia, nadie responde: se asume que vino solo. Su esposa si que está en la Sala de Espera. A los 30 minutos pregunta. Ha cambiado el personal de información: inicialmente solo se le dice que su esposo no está en el centro. Se reconduce la situación y son informados de lo sucedido.

Objetivos

Investigar si estamos ante un Evento Centinela. Analizar detalladamente el proceso: identificar errores y plantear medidas de mejora. Presentar con transparencia lo sucedido a la familia. Tratar de minimizar las consecuencias emocionales negativas en los profesionales implicados.

Material y métodos

Se realiza un ANALISIS CAUSA RAIZ. Recogida de información: entrevistas a los profesionales implicados y brainwriting. Representación: diagrama de Espina de Pez. Elaboración con los resultados de un plan de mejora. Se solicita entrevista semiestructurada con la esposa del paciente. Se presentan las lecciones aprendidas a los profesionales implicados.

Resultados

- 1.- Se concatenan 3 incidentes: derivación en transporte inseguro, espera para triaje excedida, retraso y confusión en la información a los familiares.
- 2.- Ninguno de los errores condiciona la evolución al éxito: no fue un Evento Centinela.
- 3.- Mejoras propuestas: Implantación de un segundo triaje. Formación en seguridad en el transporte para AP. Normalización del proceso de información. Cambio estructurado entre el personal de información.
- 3.-La rendición de cuentas genera un efecto sanador y ayuda a la familia a procesar el duelo.
- 4.-Conocer el resultado del análisis, la formulación de planes de mejora y el apoyo de los compañeros reduce el impacto emocional en las segundas víctimas.

Conclusiones

Los eventos adversos son una oportunidad de aprendizaje y mejora en la calidad y seguridad de la atención sanitaria que prestamos. La comunicación de eventos adversos es una buena herramienta para trabajar en "cultura de seguridad".

El análisis de errores y la rendición de cuentas son elementos de sanación para las víctimas y las ayuda a elaborar el duelo.

Reconocer el error y presentar medidas de mejora es una obligación moral de los profesionales y un consuelo para las segundas víctimas.

«IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES. SEGUIMOS TRABAJANDO»

AUTORES

VERÓNICA BRUGOS-LLAMAZARES¹; A RUIZ-COBOS²; JL RUIZ-GÓMEZ³; MJ OTERO-KETTERER⁴; M VALIENTE-MILLÁN⁵; I GUTIERREZ-PÉREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO
HOSPITAL SIERRALLANA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La promoción de la identificación inequívoca de pacientes durante la atención sanitaria, continúa siendo un objetivo de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. A pesar de las mejoras introducidas para poder garantizarla (pulseras, aplicativos informáticos, protocolos, etc.) continúan detectándose deficiencias por lo que es preciso seguir trabajando en la implementación de nuevas estrategias que permitan subsanarlos. Para ello, es fundamental conocer los puntos críticos y causas subyacentes dentro de los procesos asistenciales para así priorizar y adecuar las medidas de barrera más eficientes.

Objetivos

Identificar los procesos asistenciales más frecuentemente relacionados con errores de identificación en nuestro entorno, así como los puntos críticos y posibles causas de los mismos.

Material y métodos

Periodo a estudio: 13/05/12 al 31/12/18.

Fuente de datos: Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP): notificaciones clasificadas dentro de la categoría «identificación».

Análisis: Descriptivo de las notificaciones. Análisis causa-raíz (ACR, versión simplificada) de las notificaciones recibidas relacionadas con incidentes que habían tenido o podrían haber tenido como consecuencia un error de identificación del paciente.

Resultados

-163 notificaciones. Procesos asistenciales: Diagnóstico 113 (68,07%), tratamiento [25 (15,06%), documentación 17 (10,24%), traslados 5 (3,01%).

ACR [12 notificaciones excluidas (no relacionadas con la identificación de pacientes)]:

-Puntos críticos: petición de pruebas (49 casos), extracción (36 casos), comunicación de resultados al paciente (10 casos), diseño de etiquetas (8 casos), registro de administración (7 casos), archivo de documentación (6 casos) y recogida del paciente (6 casos).

-Causas inmediatas: datos incompletos-selección del paciente erróneo (94 casos), uso de etiquetas de otro paciente-preparación del volante antes de la extracción (36), uso de identificadores incorrectos (27 casos); diseño inadecuado (8 casos), firma antes de administrar (7 casos).

-Causas-raíz: no se coteja la identificación del paciente en el momento de realización de la tarea. Desconocimiento de la importancia de la correcta identificación y de los problemas que conlleva una identificación inadecuada.

Conclusiones

Los errores de identificación son transversales a organización y profesionales. Los procesos diagnósticos y terapéuticos son críticos. Parece necesario implementar una estrategia con un enfoque multimodal centrada en: sensibilizar a profesionales y pacientes en la importancia de la correcta identificación favoreciendo la participación de los pacientes y establecer sistemas de gestión de riesgos en procesos/servicios concretos.

«PREVENCIÓN DE LA EMBOLIA GASEOSA DURANTE LA RETIRADA DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL»

AUTORES

M^a LUZ FERNÁNDEZ-NÚÑEZ¹; C EZQUERRA-CARRERA²; EM MARTINEZ-AGÜEUROS³; RG FREIRE-RUIZ⁴; M GUERRA-GARCÍA⁵; RA REVUELTA-ARROYO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL SIERRALLANA¹; HOSPITAL SIERRALLANA²; HOSPITAL SIERRALLANA³; HOSPITAL SIERRALLANA⁴; HOSPITAL SIERRALLANA⁵; CENTRO DE SALUD DE DOBRA⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La promoción de intervenciones, estrategias o abordajes orientados a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención del paciente es fundamental para conseguir entornos sanitarios seguros. La embolia gaseosa, es una complicación rara pero potencialmente grave que ocurre por la entrada de aire al torrente sanguíneo tras la retirada de un catéter venoso central. Por ello, es imprescindible que todos los profesionales conozcan y apliquen las medidas de prevención de esta complicación (aumentar el valor de la presión venosa central durante la retirada y aplicar presión con una gasa hasta lograr la hemostasia).

Objetivos

Presentar los resultados del análisis realizado después de recibir una notificación en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) relacionada con una embolia gaseosa tras la retirada de un catéter venoso central.

Material y métodos

Análisis: Análisis causa-raíz (versión simplificada).

Resultados

Descripción del incidente: Día 1: Paciente (64 años) ingresa en URCC por EPOC severo descompensado por infección respiratoria (gripe A). Día 2: IOT y colocación de catéter central en yugular derecha (control radiológico correcto). Día 7: extubación. Día 8: retirada de vía central. Empeoramiento de la situación clínica tras la misma. Solicitud de TAC craneal: embolismo gaseoso cerebral. Día 10: Ecocardio transesofágico: foramen ovan permeable.

Principales factores contribuyentes identificados: Paciente (EPOC severo, foramen oval permeable, catéter venoso central yugular), tareas a desarrollar (guías disponibles centradas en la inserción y mantenimiento del catéter, ausencia de protocolo escrito para la retirada). Formación y entrenamiento (orientado a la inserción y mantenimiento de catéteres, no a la retirada).

Acciones de mejora propuestas: Informar a supervisoras y grupo operativo catéteres del incidente para revisión de las recomendaciones y guías disponibles; Incorporar un aviso «retirada catéter central» en los programas informáticos de prescripción electrónica y cuidados de enfermería con las medidas de prevención; Incorporar y resaltar los cuidados de la retirada en la formación de catéteres; Publicar una noticia con las medidas de prevención en la intranet del centro y en el apartado «Seguridad del Paciente» del Boletín Informativo. Elaborar y difundir a los profesionales un vídeo explicativo con las medidas de prevención.

Conclusiones

La notificación, ha permitido identificar brechas de seguridad en el proceso de manejo de catéteres venosos centrales (medidas de prevención centradas en la inserción y mantenimiento), favoreciendo la promoción de intervenciones orientadas a la prevención de eventos adversos durante la retirada.

LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA ESTÁ REALIZADA: ¿ES SUFICIENTE PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

AUTORES

MA Burzaco Pérez¹; S Postigo Morales²; U Aguirre Larracochea³; A Gaztelu-Iturri Ortuoste⁴; I Casado Campo⁵; MT Maestre Martínez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI Barrualde-Galdakao

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La eficacia de la lista de la verificación quirúrgica (LVIQ) como barrera de seguridad en la prevención de eventos adversos, radica en que el equipo quirúrgico permita al líder que antes de continuar el procedimiento, este verifique que cada uno de ellos ha realizado sus tareas en la fase de entrada, pausa quirúrgica y cierre, es decir que la LVIQ se utilice según lo previsto. Por lo tanto, la pregunta que debemos realizar es si es suficiente que esté realizado para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico.

Objetivos

Evaluar la calidad de la cumplimentación de la LVIQ en intervenciones de cirugía mayor, el impacto en la seguridad del paciente y en la experiencia del paciente.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de 8567 LVIQ realizadas entre el 1 de julio de 2018 y el 5 de junio de 2019 en las intervenciones de cirugía mayor programada y urgente.

Fuentes. Obiee, sistema de notificación y encuestas de satisfacción.

Análisis de datos con paquete estadístico R.

Resultados

Aunque en nuestra Organización, un 95,17% de las intervenciones programadas y un 47,92 % de las urgentes tienen realizado La LVIQ, hemos observado que solo 21,12% tienen cumplimentados todos los ítems en las 3 fases, siendo un 89,68% en la entrada, un 68 % en la pausa quirúrgica y un 44% en la salida del paciente.

Aún así, en un 71,69% de los casos la cumplimentación es alta (90-97,7% de los ítems), en el 6,19% entre el 80 -85% y en el 1,11% es menor del 80%.

Los ítems con mayor fallo en la cumplimentación son: 67,47% en los problemas con el material quirúrgico y 5.91% en el etiquetado de las muestras.

Además, en un 2,8% de pacientes a pesar de tener riesgo hemorrágico se comprobó que no tenía reserva de sangre y en un 0,78% no se administró la profilaxis antibiótica indicada, manteniendo la tasa de infección quirúrgica dentro del estándar.

Se han notificado 24 incidentes de seguridad con diferentes niveles de daño asociado, relacionadas con las diferentes fases de la LVIQ. La correcta cumplimentación de la LVIQ está relacionada con una menor estancia media hospitalaria.

Un 4,5% de 200 pacientes encuestados refieren haber tenido problemas relacionados con la intervención, un 24,2 % consideró que su problema había mejorado poco o nada y un 97,7% volvería al centro.

Conclusiones

Los bajos resultados de la cumplimentación global de la LVIQ reflejan la existencia de barreras que dificultan su implantación, brechas en la comunicación del equipo y la necesidad de impulsar y reforzar la cultura de seguridad para convencer que el cumplimiento de la LVIQ mejora la calidad y el éxito del procedimiento quirúrgico.

Mejores indicadores de estancia media, seguridad y experiencia del paciente están asociados con la calidad en la cumplimentación de la LVIQ. La no cumplimentación de los diferentes ítems de la LVIQ deberían tener el tratamiento de triggers por poder tener asociado un evento adverso ya que la notificación de incidentes es limitada.

SINASP 2018. PERFIL DE NOTIFICACIONES. CUANDO VEMOS EL PELIGRO...

AUTORES

PATRICIA CORRO MADRAZO¹; JL TEJA BARBERO²; B JOSA FERNÁNDEZ³; V BRUGOS LLAMAZARES⁴; MS OCHOA GUTIERREZ⁵; MP RODRIGUEZ CUNDÍN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL¹; SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL²; GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA³; HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA⁴; HOSPITAL COMARCAL LAREDO⁵; HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Tras el estudio ENEAS en 2005 sobre los Eventos Adversos (EA) ligados a la hospitalización, el Ministerio de Sanidad observó que hay una alta incidencia de EA que además, generan un alto coste. De ahí, que buscara la manera de desarrollar un sistema de notificación de incidencias para su análisis posterior y planificar las medidas para su reducción. La implantación del SiNASP comenzó en nuestra comunidad en los centros hospitalarios y posteriormente, se expandió hasta finalizar su implantación en todos los centros sanitarios de Atención Primaria.

Objetivos

El objetivo principal del SiNASP no es otro que aprender de los errores. Con ello, podemos mejorar la seguridad de los pacientes, promover cambios en el sistema y en el aprendizaje. Sus características son: voluntario, no punible, confidencial, anónimo o nominativo, análisis para el aprendizaje local y orientación sistémica para el análisis con el modelo de Reason. Un modelo que contribuye a examinar los fallos del sistema y su repercusión sobre la seguridad del paciente. ¿Qué notificamos? Incidentes y EA relacionados con la asistencia sanitaria. Esto no significa que, a más notificaciones, más errores... significa que tenemos más oportunidades de aprendizaje y más oportunidades de mejora.

Material y métodos

A lo largo del año 2018, se han registrado un total de 266 notificaciones. En el ámbito hospitalario se registraron 182 notificaciones, mientras que en la atención primaria fueron 84 notificaciones las registradas.

Resultados

Dentro de la atención hospitalaria: El mayor porcentaje de notificaciones registradas según el área donde ocurrieron, fueron: las unidades de hospitalización, seguidas por el servicio de urgencias. Respecto al perfil del notificante, la enfermería notificó un 48% seguido del personal facultativo con un 36%. En la atención primaria: el mayor porcentaje de notificaciones, según el área donde ocurrieron, fueron: las consultas, seguidas por otras áreas del centro de Atención Primaria (escaleras, entradas...). El perfil del notificante que más notificaciones registró fue el personal médico con un 53%, seguido por la enfermería con un 30,38%. La clasificación de los incidentes por orden de frecuencia, son los errores de medicación seguidos por los problemas de identificación y los de gestión organizativa/recursos. Respecto a la capacidad de producir daño al paciente, un 48% de las notificaciones llegaron al paciente y un 15% de ellas produjeron un daño asociado al paciente.

Conclusiones

La herramienta del SiNASP nos proporciona mucha información y de gran valor sobre incidentes y EA. Actualmente existe una infra-notificación. De ahí, la necesidad de potenciar y difundir esta herramienta entre nuestros profesionales, sin olvidarnos de un posible efecto de segundas víctimas que los profesionales pueden desarrollar al estar involucrados en un Evento Adverso.

EVOLUCIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

BEATRIZ FIDALGO HERMIDA¹; E LOPEZ LUNAR²; JM CARRASCOSA BERNALDEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SSM JOSÉ GERMAIN.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La gestión de riesgos asociados a la asistencia sanitaria debe converger en una estrategia organizacional orientada a la mejora continua de los procesos que se llevan a cabo. Uno de los principios y líneas generales de nuestra organización desde hace más de 5 años es la implantación de un sistema de gestión de riesgos derivados de la prestación del servicio sanitario con la finalidad de controlar los riesgos (R) y alcanzar una asistencia sanitaria más segura para el paciente. Lo primero es conocer dichos riesgos de forma proactiva, y poder implantar barreras para minimizarlos

Objetivos

El objetivo principal es la identificación, análisis, evaluación, abordaje y monitorización de los R derivados de la prestación del servicio sanitario

Material y métodos

En 2014 se comienza la implantación del sistema de gestión de riesgos (GRS) para la seguridad del paciente (SP) conforme a la norma UNE 179003:2013. En 2015 se planifican la realización de identificación de R en su vertiente proactiva cada dos años, realizándose en 2015, 2017 y 2019. En cada una de ellas se obtiene la "matriz de R" para la SP llevándose a cabo de diferente forma: 2015: un grupo de expertos formados en GRS se reúne para la elaboración de la primera matriz de R, esta se aprueba por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) y el equipo directivo. En 2017 para aumentar la cultura de SP, se realizan 8 reuniones en las distintas unidades, de 20 minutos de duración, con participación voluntaria de los profesionales y liderado por la unidad funcional de GRS. En 2019 se forma un equipo multidisciplinar en el que participan profesionales de forma voluntaria. En todos los casos se recogen los R en una tabla Excel, se establece por consenso su Número de Prioridad de Riesgos siendo evaluados aquellos que superen el 100 o tengan gravedad 10. De estos, aquellos con mayor Índice de coste factibilidad, se implantan acciones de mejora para los siguientes dos años y se realiza su monitorización

Resultados

En 2015; identifican y analizan 97R, se realizó la monitorización de 6 riesgos para los que se formaron grupos de trabajo. En 2017; identifican y analizan 115R (el 12.37% permanecieron inalterados con respecto a la anterior, 40.21% quedaron englobados en otros R más concretos; 47.42% se consideraron irrelevantes). Se han evaluado 28R. Se han implantado acciones y monitorizado 10 R. En 2019; identifican y analizan 95R (9 nuevos, 6 se reescriben, 5 desaparece el R). Se han evaluado 38R. Se realizara la implantación de acciones de mejora y monitorización de 20R

Conclusiones

La evolución en la identificación de R para la SP, ha permitido aumentar la cultura en SP, mejorar el control y la gestión de los riesgos, la implantación de acciones de mejora y su monitorización y mayor transparencia con los resultados. Esto genera mayor participación de los profesionales, no solo en el proceso de identificación, análisis y evaluación, sino en el abordaje y tratamiento de dichos riesgos, repercutiendo directamente en la seguridad de nuestros pacientes

MARCAR PARA NO ERRAR: ADHERENCIA AL MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

AUTORES

ALICIA DÍAZ-REDONDO¹; C FERNÁNDEZ-ESCOBAR²; V QUESADA-CUBO³; L PARRA RAMÍREZ⁴; J SIERRA MARTICORENA⁵; B NIETO PEREDA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los procedimientos quirúrgicos son una fuente habitual de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Entre ellos, la realización de intervenciones en un sitio quirúrgico incorrecto es especialmente preocupante, por ser potencialmente grave y completamente prevenible. Estos incidentes suelen ser el resultado de una mala comunicación en el equipo quirúrgico, y distintas organizaciones recomiendan realizar el marcado inequívoco del sitio a intervenir como una herramienta de seguridad. Tras un evento centinela, en nuestro hospital se decidió instaurar un protocolo de marcado del sitio quirúrgico, cuyo cumplimiento nos dispusimos a evaluar.

Objetivos

Evaluar el cumplimiento correcto del protocolo de marcado del sitio quirúrgico en un hospital de alta complejidad, segmentado por servicios y procedimientos, para detectar áreas de mejora.

Material y métodos

Estudio de corte transversal con muestreo consecutivo de las intervenciones quirúrgicas realizadas durante dos semanas en el hospital, 2 años después de implantar el protocolo. Los profesionales de enfermería del área quirúrgica recogieron, en cada intervención, el servicio, el procedimiento quirúrgico, su uni o bilateralidad, la realización de marcado del sitio con un "SÍ" (según el protocolo), una "X", otro marcado o ninguno, y observaciones sobre el cumplimiento de las recomendaciones. Se describió el tipo de marcado realizado, con un análisis agrupado por servicios quirúrgicos y procedimientos.

Resultados

Se estudiaron 573 procedimientos quirúrgicos, correspondientes a 19 servicios quirúrgicos/intervencionistas. Los servicios más representados fueron oftalmología (34%), traumatología y ortopedia (16%) y cirugía general (11%).

Los procedimientos más frecuentemente observados fueron: cirugía de cataratas 74 (13%), inyecciones intravítreas 63 (11%) y punciones/infiltraciones espinales 28 (5%).

El 59% de los procedimientos observados tenían lateralidad (N=338). De éstos, el 76,6% se marcaron con un "SÍ", el 12,8% con una "X" u otro marcado, y el 10,6% (un total de 35 operaciones) no se marcaron. De los procedimientos no marcados, un 34% correspondían a cirugía general (principalmente herniorrafias), un 11% a cirugía maxilofacial y otro 11% a ginecología y obstetricia (cirugía mamaria).

Conclusiones

Aunque el marcado del sitio quirúrgico no se realiza homogéneamente entre especialidades y procedimientos, se marcaron casi el 90% de los procedimientos estudiados, el 85% de ellos según el protocolo establecido. De las cirugías con lateralidad, es decir, las de mayor riesgo de error, el 10% (n=35) no se marcaron de manera adecuada.

Este estudio nos ha facilitado priorizar los servicios y procedimientos en los que focalizar esfuerzos para fomentar la adherencia al protocolo de marcado inequívoco, para prevenir eventos adversos graves en el futuro.

PREVALENCIA DEL RIESGO DE INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES PRESCRITOS EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES

GEMA SÁNCHEZ NICOLÁS¹; J ABELLÓN RUIZ²; AA PEÑALVER SOTO³; MT ALONSO DOMÍNGUEZ⁴; JM ALONSO HERREROS⁵; C CONTESSOTTO SPADETTO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Debido principalmente al envejecimiento de la población, en la actualidad hay muchos pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales. Estos medicamentos presentan un gran número de interacciones farmacológicas, que alteran sus efectos y pueden ser causa de fracaso terapéutico o eventos adversos incluso graves. Por ello es importante disponer de datos de prevalencia sobre el uso simultáneo de anticoagulantes y otros fármacos susceptibles de interacción con éstos.

Objetivos

El objetivo general es analizar la situación de riesgo de interacciones farmacológicas asociado al uso de anticoagulantes orales en nuestro medio, tanto antagonistas de la vitamina K como de acción directa. Los objetivos específicos son: determinar el número de pacientes en tratamiento anticoagulante crónico en nuestro Área de Salud, qué porcentaje de ellos están expuestos al riesgo de interacciones, y analizar las posibles interacciones de los fármacos de uso más frecuente con los distintos anticoagulantes orales, haciendo especial hincapié en las diferencias entre los antivitamina K y los directos.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio longitudinal retrospectivo del consumo simultáneo de anticoagulantes orales y fármacos que interactúan con ellos en pacientes de un Área de Salud, para detectar en riesgo de posibles interacciones farmacológicas que hayan podido tener lugar durante el año 2018. Se ha utilizado la base de datos "ADN Farmacia" para medir las recetas de anticoagulantes orales dispensadas en las oficinas de farmacia comunitaria a cargo del Servicio Murciano de Salud. Para conocer qué fármacos interactuaban con cada anticoagulante utilizamos la base de datos "Micromedex".

Resultados

Se identificaron 1.874 pacientes tratados con anticoagulantes orales en nuestro área a lo largo de 2.018. De éstos, el 76.9% tomó fármacos antivitamina K (74.25% acenocumarol y 2.66% warfarina) y el resto anticoagulantes orales directos. Del primer grupo de pacientes, el 71% estuvo en situación de riesgo por recibir tratamientos simultáneos con fármacos con posible interacción farmacodinámica y/o farmacocinética con acenocumarol o warfarina. De los pacientes tratados con anticoagulantes orales directos, el 5.5% estuvo en la misma situación de riesgo, con escasas diferencias entre los distintos fármacos.

Conclusiones

Existe una elevada prevalencia del riesgo de interacciones farmacológicas para todos los anticoagulantes orales prescritos en nuestro Área de Salud, especialmente en el caso de los antivitamina K. Hay que destacar que la menor susceptibilidad a la interacción farmacológica de los anticoagulantes orales directos no los exime del riesgo de producir efectos clínicos indeseables graves, dada la imposibilidad actual de monitorizar el estado de la coagulación de los pacientes con dicho tratamiento. Por ello es esencial mantener en todos los casos un alto nivel de sensibilización entre los profesionales implicados en su prescripción.

NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE INCIDENTES; MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

AUTORES

M^a Elena Mateo Zapata¹; M Albuja Font²; M Martin Marques³; S Pardo Ruiz⁴; A Cendegui Jaques⁵; N Gonzalez Barge⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Joan XXIII

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los sistemas de notificación de incidentes son una herramienta fundamental para detectar los puntos débiles del sistema, aprender de los incidentes y aplicar medidas de mejora para evitar que se vuelvan a producir.

El TPSC Cloud® es una plataforma tecnológica que permite a los profesionales el análisis y gestión de los riesgos en la asistencia sanitaria y es aplicable a todo tipo de incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes entre ellos los asociados a la medicación. El uso de esta herramienta permite el análisis local de los casos y la implementación de mejoras en el ámbito del centro sanitario.

Objetivos

Mejorar la seguridad en prescripción, preparación y administración de fármacos en la uci neonatal y pediátrica a raíz de la notificación de incidentes relacionados con la medicación de manera voluntaria.

Material y métodos

Creación de un grupo de seguridad multidisciplinar encargado de analizar las notificaciones voluntarias relacionadas con errores de medicación en el área pediátrica e implementar las acciones de mejoras pertinentes para evitar su reaparición.

Resultados

Tras la recepción de tres notificaciones voluntarias relacionadas con la administración de medicación, se decide crear un equipo de trabajo multidisciplinar para analizar los incidentes mediante el método causa-raíz, analizar todas las posibles acciones viables de mejora y finalmente implantarlas.

Las acciones implantadas fueron:

- reforzar los conocimientos adquiridos sobre prescripción, preparación y administración de medicamentos del programa informático usado en la unidades (3 sesiones)
- cambio de procedimiento de trabajo en la preparación de los medicamentos que incluía la preparación-administración y registro dentro del box.
- dotación del material necesario para poder llevar a cabo el cambio de procedimiento de trabajo (taburetes para el ordenador, material fungible dentro del box.)
- enfaticar en el sistema informático ciertos aspectos relacionados con la administración de medicamentos.
- actualización de protocolos normalizados de trabajo
- adecuar los componentes del grupo de mejora
- establecimiento de indicadores para la medición de los objetivos

Conclusiones

La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad y los errores de medicación son un importante porcentaje de los efectos adversos prevenibles ligados a la asistencia sanitaria.

Los objetivos se orientan a promover y mejorar la cultura de la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias, formando a los profesionales en aspectos de seguridad e implementando practicas seguras.

ERRAR ES HUMANO: NOTIFICARLO Y ANALIZARLO NOS ACERCA AL DAÑO ZERO

AUTORES

VÍCTOR QUESADA CUBO¹; A DÍAZ-REDONDO²; R PLÁ MESTRE³; D MOLINA VILLAVERDE⁴; C FERNÁNDEZ-ESCOBAR⁵; N LÓPEZ FRESNEÑA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La cultura de seguridad es clave en la mejora de la calidad y seguridad asistencial, una de las estrategias más empleadas para potenciarla es la detección, notificación y análisis de incidentes. Los sistemas de notificación permiten obtener información determinante y realizar un posterior análisis para establecer medidas de prevención.

Objetivos

Describir la estrategia para impulsar la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en un hospital de alta complejidad, evaluando su impacto mediante la evolución de los mismos y las medidas de mejora implantadas tras su análisis.

Material y métodos

Se realiza la difusión e implantación de un sistema de notificación centralizado, voluntario y anónimo entre los distintos profesionales del hospital. Para ello se realizan 12 sesiones formativas específicas a los referentes de seguridad, formador de formadores, como conocedores de las particularidades de las distintas unidades del hospital. Además se les facilita material de apoyo y consulta (protocolos, cartelería, vídeos...), para que cada referente lo difunda al resto de sus compañeros.

Posteriormente, se estudia el análisis realizado, los factores implicados y las medidas implantadas, así como la evolución de éstos durante el periodo 2016-2018.

Resultados

Durante el período 2016-2018 se han notificado 4433 incidentes de seguridad y errores de medicación, y se han analizado 3147 (71%) de los casos.

Un 36% de ellos (n=1099) se analizaron mediante discusión de casos, un 22% (n=683) con entrevistas y el 15% (n=467) mediante grupos de discusión. Además se realizaron 63 Análisis Modal de Fallos y Efectos, 51 Análisis de Causa Raíz y 238 Análisis por Sistemas. Un 35 % de los incidentes se consideraron de probable repetición y un 43% se detectarían en caso de que ocurrieran de nuevo. El 36% de los errores de medicación notificados estaban relacionados con dosis incorrecta u omisión de la misma, atribuyéndolos a la falta de cumplimiento de procedimientos de trabajo establecidos en el 27%.

Se ha producido un incremento progresivo de las medidas correctivas adoptadas, superando las 1300 en los últimos 3 años.

Un 39% de los incidentes notificados y un 34% de los errores de medicación alcanzó al paciente, de los cuales un 38% y un 8% respectivamente produjo algún daño

De los 1082 incidentes notificados en 2016 se pasó a 1725 en 2018. Del 29% de referentes de seguridad que participaron en el análisis el primer año, pasaron al 50% en 2018.

Conclusiones

La consolidación de un sistema de notificación de incidentes constituye una herramienta útil para la mejora de la cultura y la seguridad del paciente existiendo un incremento continuo de las notificaciones, del personal implicado en su gestión, que se refleja en el número de medidas correctoras implantadas lo que influye de forma muy positiva en la seguridad de la atención prestada a nuestros pacientes.

GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA

AUTORES

MARIA NATALIA ALVAREZ-MOREZUELAS¹; A VITERI-JUSUE²; MI ARRILLAGA-FÁBULA³; M MARTINEZ-MARTINEZ⁴;
AM ARIN-URRUCHI⁵; ME SANZ-GONZALEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA-OSAKIDETZA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Desde enero 2017 se está notificando en un sistema anónimo y voluntario, incidentes de seguridad (IS) sin daño. Los eventos adversos se gestionan según procedimiento de la organización.

Objetivos

- 1.Describir la gestión de incidentes y su evolución.
- 2.Identificar el tipo de incidentes mas frecuente y sus características
- 3.Describir las acciones de mejora puestas en marcha.

Material y métodos

Todo el personal de la organización sanitaria puede comunicar un IS a través de la herramienta informática. Formación inicial a todo el servicio de radiología, creación de grupo multidisciplinar (13 personas) formado por facultativos, personal de enfermería, TSID, celador, administrativo y un referente de seguridad. Reuniones mensuales, para analizar causas y proponer mejoras.

Resultados

Se han notificado 77 incidentes de seguridad sin daño. El número está aumentando con los años (17, 41, 19*). Se ha analizado, según procedimiento, dos eventos adversos con daño que derivó en un Plan de Acciones específico. Los colectivos que más notifican son enfermería (43%), facultativos (29%) y TSID (17%). Por tipologías de incidentes, los más frecuentes y sus subrelaciones son: Procedimientos diagnósticos (38)-Incompleto/inadecuado (18/38) y No se hizo cuando se indicaba (14/38); Equipos y Dispositivos (14)- Error de usuario (6/14). Los Factores Contribuyentes más frecuentes en los incidentes están relacionados con: Protocolos (31), Trabajo en equipo (28), Comunicación entre profesionales (28) y Formación (14), entre otros. Las acciones correctivas adoptadas más destacables son: Actualización y unificación de protocolos, valoración de volantes TC con check-list de seguridad para administrativo, radiólogo y DUE/TSID, Estandarizar informes radiológicos, Estandarizar circuitos de hallazgos relevantes, Formación/sensibilización en: identificación de pacientes, prevención de infecciones, soporte vital orientado a radiodiagnóstico; Cartelería para el personal y Hojas informativas para paciente.

Conclusiones

Los incidentes mas frecuentes fueron los relacionados con el procedimiento diagnóstico: inadecuado/incompleto y retrasos. Algunas medidas dependen de estamentos superiores, pero ello no impide que se hayan puesto en marcha mejoras desde el propio servicio. Las medidas de mejora mas habituales han sido: mejora de la comunicación entre los profesionales, acuerdos con otros servicios, unificación de protocolos, sesiones de formación y sensibilización al personal y la cartelería. La notificación y el análisis han permitido identificar la necesidad de realizar actividades formativas específicas para mejorar la práctica clínica. Es necesaria el trabajo y colaboración con otros servicios dada la interacción frecuente. Queda pendiente la difusión de los resultados del análisis a los profesionales para aumentar la concienciación y sensibilización de las personas en la adopción de buenas prácticas que mejoren el trabajo y la seguridad del paciente.

GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA

AUTORES

MARIA NATALIA ALVAREZ-MOREZUELAS¹; M FERNANDEZ- TRASTOY²; M CASTRO-SAN MARTIN³; N MARTINEZ-DEL PINTO⁴; LA MARTINEZ-LÓPEZ⁵.

CENTRO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA-OSAKIDETZA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Desde junio de 2014 se está notificando en un sistema anónimo y voluntario de incidentes de seguridad (IS) en un servicio de urología.

Objetivos

1.Describir la gestión de IS en un servicio de urología y su evolución. 2.Identificar el tipo de incidentes más frecuente. 3) Describir las acciones de mejora (AM) implantadas.

Material y métodos

Los profesionales pueden comunicar IS a través de la herramienta informática. Un grupo de multidisciplinar de 10 personas (facultativos y personal de enfermería del servicio, y referente de seguridad), se reúne trimestralmente para identificar causas y proponer mejoras. Se utilizan herramientas de análisis sencillas de identificación de causas (5 Por qué, Protocolo de Londres simplificado, otras)

Resultados

Se han notificado 112 IS sin daño. Uno de estos, la casi extirpación de un riñón sano (Casi Evento Centinela), en este caso ACR que derivó en un Plan de Acciones específico. El número ha ido aumentando con los años (6, 8, 18, 26, 39, 15*). También la frecuencia de las reuniones de análisis. El colectivo que más notifica es enfermería (86), facultativos (15) y otros/no especifica (11). Los IS más frecuentes y sus subrelaciones son: Medicación (43)- medicamento erróneo (14/43), dosis /frecuencia errónea (10/43) y omisión de medicamento o dosis (10/43); Equipos-Dispositivos (25)- error de usuario (13/25), varios relacionados con olvidos de despinzamientos, y mal funcionamiento (6/25); Documentación (18)- documento para paciente erróneo (7/18) y otro tipo (11/18) y Procedimientos (10). Destacan las AM: Uso de tablets a pie de cama (toma de constantes, identificación del paciente y administración de medicamentos), Creación de sala blanca de farmacia, Check-list en recepción de pacientes, Sesiones de concienciación/formación, Cartelería para el personal, Hojas informativas para pacientes, Rediseño de hoja de petición de pruebas específicas, Grupo multidisciplinar con otros servicios clínicos, Doble validaciones, informatización de hojas, Solicitud de aumento de RRHH, etc.

Conclusiones

Como en otros estudios, los incidentes de medicación son los más frecuentes. La notificación y el análisis de permite tener evidencias de lo que ocurre, si bien estos sistemas dependen participación voluntaria del notificante. Estas reuniones permiten poner de relevancia factores que causan IS. Los profesionales notifican IS y no hacen un uso incorrecto de esta herramienta. Algunas medidas dependen de estamentos superiores, ello no impide que se hayan puesto en marcha muchas mejoras. Las medidas que más se usan son las de concienciación/sensibilización al personal y la cartelería. Es necesaria el trabajo y colaboración con otros servicios dada la interacción frecuente. Se deben difundir los resultados de este análisis para aumentar la concienciación y sensibilización de las personas en la adopción de buenas prácticas que mejoren el trabajo y la seguridad del paciente.

LUCES Y SOMBRAS DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: EVOLUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO Y PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES

AUTORES

VÍCTOR QUESADA CUBO¹; L PARRA RAMÍREZ²; C FERNÁNDEZ-ESCOBAR³; A GARZÓN SÁNCHEZ⁴; N LÓPEZ FRESNEÑA⁵; A DÍAZ-REDONDO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Tras la recomendación de la OMS de implantar un listado de verificación quirúrgica (LVQ), las organizaciones han adaptado éste a sus necesidades. A pesar de la evidencia, su aplicación no siempre es la adecuada. La implicación y el convencimiento de su utilidad por parte de los profesionales son fundamentales. Tras la notificación de incidentes de seguridad, que el uso del LVQ habría evitado, se consultó a los profesionales implicados sobre su cumplimiento.

Objetivos

Evaluar el cumplimiento y las percepciones de los profesionales de área quirúrgica sobre la aplicación del LVQ antes y después del desarrollo de un plan de mejora.

Material y métodos

Estudio cuasi experimental de tipo antes después: en 2014 se aplicó un cuestionario realizado ad hoc, autoadministrado y anonimizado con 19 preguntas a cirujanos, anesestesiólogos y enfermeras del área quirúrgica. Se recogieron variables sociodemográficas, categoría profesional, grado de cumplimentación, satisfacción, utilidad del LVQ y sugerencias de mejora.

Se procedió al análisis descriptivo de los datos.

Se desarrollaron mejoras en la herramienta y en su aplicación sugeridas por los profesionales, además de sesiones formativas.

Esta misma metodología se replicó 4 años después, comparando los resultados de ambos cortes.

Además se evaluó el cumplimiento del LVQ mediante dos cortes transversales de los procedimientos realizados en el hospital antes y después del plan de mejora.

Resultados

La participación en 2018 fue de 20,2% frente al 35,8% de 2014. Los perfiles profesionales y demográficos fueron similares en ambos estudios. La cumplimentación a tiempo real aumentó de 68,0% a 91,6% ($p < 0,005$)

La cumplimentación de la fase preinducción aumentó (99,1% vs 91,3%), disminuyó la de la preincisión (20,5% vs 43,8%) y de la fase previa a la salida de quirófano (25,3% vs 50,0%) ($p < 0,001$)

El número de profesionales que no estaban de acuerdo sobre si el LVQ:

- ayuda a prevenir errores: 12,2% en 2014 vs 1,2% en 2018 ($p=0,003$)
- favorece la comunicación entre los profesionales: 16,3% en 2014 vs 3,6% en 2018 ($p=0,006$)
- ha conseguido prevenir un error desde 29,0% en 2014 a 15,7% en 2018 ($p < 0,001$).

En ambos cortes las principales barreras encontradas por el personal para la cumplimentación adecuada del LVQ fueron la falta de implicación de algún miembro del equipo y la falta de motivación.

La evaluación objetiva del cumplimiento del LVQ en 2014 fue de 85% frente al 96,3% de 2019.

Conclusiones

Aunque la participación fue menor en el 2018, existe un cambio cultural en los profesionales, demostrado por la mejora objetiva de la aplicación de la herramienta, así como el aumento de la cumplimentación a tiempo real y la percepción de la utilidad.

La fase anterior a la inducción anestésica es la que mejor se cumple en ambos momentos, siendo aún escasa la cumplimentación de las fases posteriores.

La falta de motivación y de implicación de algún miembro del equipo son las principales razones para no cumplimentar adecuadamente el LVQ.

DISEÑO DE UNA APLICACIÓN MULTIPLATAFORMA PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

AUTORES

SILVIA MARTÍNEZ-ARRECHEA¹; A FERRO-URIGUEN²; I BEOBIDE-TELLERIA³; A ALTZELAI-ETXEZARRETA⁴; M GARMENDIA-ALVAREZ⁵; B MIRÓ-ISASI⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL RICARDO BERMINGHAM-MATIA FUNDAZIOA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La administración de medicamentos es un punto crítico dentro del circuito de uso del medicamento siendo el último filtro para la detección de posibles errores de medicación. Por ello, se ha diseñado una aplicación multiplataforma (APP) que garantice una administración segura, además de permitir el registro de dichas administraciones.

Objetivos

Incrementar la seguridad en la administración de medicamentos.

Material y métodos

Es un proyecto piloto desarrollado desde febrero 2019 en la Unidad Psicogeriátrica de un hospital geriátrico de media-larga estancia con 105 camas. El departamento de informática, enfermería, médicos y farmacéuticos hospitalarios participan activamente en el desarrollo de una APP para registrar la administración de medicamentos.

Desde el servicio de farmacia, con un sistema automatizado de dispensación, se dispensan los medicamentos para un periodo de 24 horas. Todos los medicamentos que se administran por vía oral (excepto los que requieren condiciones especiales de manipulación), se dispensan empaquetados en una bolsa hermética, con código QR, con la siguiente información: paciente, habitación, horario de toma, medicamento y número de unidades y, número total de unidades por bolsita. El resto de medicación se introduce en unidosis en el cajetín de cada paciente en el carro de medicación hospitalaria.

Recibida la medicación en la unidad hospitalaria, la enfermera realiza la administración a pie de cama empleando como herramienta para el registro de la administración una tablet. Con esta, identifica al paciente leyendo el código de barras de la pulsera identificativa, después lee el código QR de la bolsita verificando que ese tratamiento corresponde al paciente y al momento de toma. Tras esta doble comprobación se firma la administración existiendo la posibilidad de registrar incidencias (negativa a la toma, administración fuera del horario marcado...). Los medicamentos dispensados fuera de la bolsita se firman manualmente por no estar aún codificados.

Resultados

En la puesta en marcha se han detectado problemas referentes a la conexión de red, pautas de prescripción, funcionamiento de la unidad, lectura de códigos de barras y QR, registro de administración en pacientes que se van de alta, entre otros.

Sin embargo, se ha incrementado la seguridad evitando en repetidas ocasiones la administración de un fármaco a un paciente equivocado, de una pauta incorrecta (dosis, horario) así como la disminución de errores por omisión de dosis de fármacos no dispensados en las bolsas herméticas.

Además, la firma de la administración permite registrar inicios y cambios de tratamientos, incidencias, número de administraciones de pautas "si precisa" controlando mejor la farmacoterapia que recibe el paciente. Igualmente, esta APP permite otras funciones como el registro de glucemias, tensión arterial y más constantes.

Conclusiones

La APP permite una administración correcta, eficiente y segura de medicamentos garantizando una correcta identificación de paciente, medicamento, toma, dosis y vía.

CONTROL DE LOS CARROS DE PARADA CARDIORESPIRATORIA

AUTORES

Olivia Hernández Villén¹; C Jiménez Jiménez²; S García Arroyo³; P Barberan Oliet⁴; M Olona Cabases⁵; O Ramiro Ruiz⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Joan XXIII

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Durante la atención en una emergencia vital, es necesario garantizar que se disponga del material imprescindible y que este en óptimas condiciones, por ello, se debe consensuar su contenido y sistematizar la metodología de las revisiones, reposiciones y mantenimiento de éstos; así como un correcto sellado después de la revisión.

El enfoque de la prevención del riesgo y la detección de incidencias de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (proactivo), se debe integrar entre las herramientas de gestión estratégica de los centros sanitarios. Por ésta razón, en los últimos años se han adaptado las últimas tecnologías situándose en el centro de la calidad asistencial.

Objetivos

Generales; Garantizar que todos los carros de PCR estén siempre en condiciones idóneas de calidad .

Específicos

- Definir el mapa y las ubicaciones de los carros de paros.
- Implantar el listado de verificación de Carro de paros en el aplicativo ProSP que, permitirá realizar el control de los carros de parada cardiorespiratoria de forma rápida y segura, detectando la falta o deficiencia del material, antes de su utilización.

Material y métodos

Se crea un grupo multidisciplinar de trabajo en el cual se incluye la dirección de centro, unidad de calidad, servicios generales (mantenimiento), unidad de compras y dirección de enfermería.

Se revisa el mapa de ubicaciones y carros de RCP del centro y se planifica una auditoria específica que se le pasa a todos los carros definidos en el mapa.

Se inicia la formación y la implantación en todas las unidades del hospital donde haya carro de paros

Se revisan las variables y se paramentizan en la aplicación inteligente ProSP

Se revisa los PNT's de actuación en caso de RCP y el de revisión de estos.

Implantación del Procedimiento y evaluación

Resultados

Se cambiaron la totalidad de los carros de parada cardiorespiratoria

Se cambiaron dos desfibriladores

Se actualizó el procedimiento normalizado de trabajo de actuación en caso de parada cardiorespiratoria

Conclusiones

La estrategia planteada permitió estandarizar el contenido de todos los carros de parada cardiorespiratoria de todo el hospital

VALIDEZ DE LA ESCALA DE BRADEN PARA PREDECIR ÚLCERAS POR PRESIÓN

AUTORES

MIRIAM VAZQUEZ CAMPO¹; AM GOMEZ GOMEZ²; PC BERMEJO ANSIA³; GC IGLESIAS CASAS⁴; SB PULGARIN SOBRINO⁵; I CARCACIA VÁZQUEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las úlceras por presión son producidas por la prolongada presión ejercida por un objeto externo sobre prominencias óseas, provocando ulceración y necrosis del tejido involucrado. En general, los pacientes que más frecuentemente presentan úlceras por presión son aquellos de edad avanzada, postrados por períodos prolongados en condiciones de inmovilidad. La incidencia de las úlceras por presión, como reconoce la OMS, refleja la calidad asistencial de la red hospitalaria. Para una identificación objetiva y precisa del riesgo de presentar úlceras por presión se han desarrollado diversas escalas. Una de las más utilizadas es la de Braden.

Objetivos

El objetivo de este estudio es predecir validez de la escala Braden para predecir la presencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en unidades de área médica en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre todos los pacientes ingresados en nuestro hospital en el año 2018 en unidades del Área Médica (Medicina Interna, Oncología y Paliativos, Nefrología, Neumología, Cardiología, Digestivo y Hematología)

Se estudiaron las siguientes variables: Valoración en la escala de Braden, presencia de úlceras por presión, presencia de intervenciones de prevención para el desarrollo de UPP.

Los datos fueron extraídos de manera anonimizada del aplicativo GACELA. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados y para la valorar la asociación entre las variables principales de utilizo estadístico Odds Ratio.

Resultados

Fueron evaluados un total de 10.398 pacientes. De estos 4229 (40.67%) presentaban un Braden de riesgo y 6169 (59.32%) sin riesgo. Un total de 775 pacientes presentaron UPP, de las cuales de desarrollo intrahospitalario fueron 250 (32%)

De los pacientes con riesgo 523 (12.3%) presentaban UPP, frente a 49 (0.79%) pacientes con UPP en los pacientes sin riesgo.

La asociación entre presentar un Braden de riesgo y úlceras por presión es estadísticamente significativa con un valor de Odds Ratio igual a 6.8 IC 95% (5.07-9.13); $p < 0.0001$

De los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión (n=4229) un total de 4061 (96,01%) tuvieron dentro de su plan de cuidados acciones e intervenciones de prevención de úlceras.

Conclusiones

La escala de Braden es un instrumento capaz de predecir el riesgo de desarrollar úlceras por presión con una adecuada sensibilidad y especificidad.

A pesar de que la mayoría de los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión le son aplicadas intervenciones y cuidados preventivos, acaban desarrollando estas lesiones.

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN INTELIGENTE DE SEGURIDAD EN EL HOSPITAL

AUTORES

Olivia Hernández Villén¹; C Jiménez Jiménez²; D Ayala Villuendas³; R Reig Puigbertràn⁴; J Esteve Ferran⁵; N Hernandez Vidal⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Joan XXIII

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Dentro de la estrategia de nuestro centro, una de las líneas clave, es la mejora de la Calidad. La seguridad del paciente es una dimensión fundamental, en ésta línea y un reto para los proveedores de asistencia sanitaria. La Seguridad del Paciente se puede abordar desde la vertiente Proactiva, que es la prevención de efectos adversos/incidentes y desde la vertiente reactiva que son las notificaciones i el análisis de los incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente. Por tanto, es el abordaje proactivo de la Seguridad del Paciente (detectar el riesgo antes que se produzca algún incidente o efecto adverso) es una herramienta de gestión de cambio de las practicas asistenciales y un objetivo que nos ayuda a planificar mejoras que nos llevan a tener unas instituciones sanitarias más seguras. Por todo esto, se hace necesaria la monitorización sistemática de los estándares que nos permita controlar el riesgo.

Objetivos

Impulsar el abordaje proactivo de la Seguridad del Paciente de nuestro centro.
Evaluación de la implantación de la aplicación ProSp en el ámbito hospitalario.

Material y métodos

1. Descriptivo de la herramienta (Material)

El ProSP aplicación inteligente aplicación que nos da soporte a la estandarización, ya que el diccionario de variables para crear el listado de verificación, aunque es adaptable a las necesidades de cada centro, unidad, servicio..., se tiene que aprobar por consenso. También da soporte a los profesionales en la toma d decisiones para los informes on time y los Cuadros de indicadores

2. Acciones (Metodología)

Creación del grupo de trabajo referente.

Estudio de la situación actual y realización del mapa de los estándares de seguridad del paciente

Planificación de las reuniones del grupo de trabajo.

Definición del diccionario de variables para la aplicación inteligente ProSp, parametrización de valores, para cada control

Prueba piloto, todos los controles tienen una prueba piloto antes de la implantación

Implantación definitiva

Evaluación de los datos obtenidos a partir del BO del propio programa

Resultados

Creación del mapa de las listas de verificación implantadas en el hospital

En total se han implantado 18 controles de seguridad;

Proceso; Uso seguro del medicamento (1 control)

Proceso; Atención aguda (7 controles)

Proceso; Gestión del material (1 control)

Proceso; Auditorias Seguridad del paciente (5 auditorias)

Control temperatura laboratorio clínico

Las diferentes implantaciones se iniciaron, el segundo semestre del 2017 y se han finalizado durante el primer trimestre del año 2019

Se han planificado 11958 controles y se han realizado 10810, el 90.40 % de los controles planificados

Conclusiones

El programa se ha ido adaptando a las necesidades del centro realizando una monitorización sistemática de los estándares que nos permita controlar el riesgo obteniendo resultados on time

¿SON EFICACES LAS MEDIDAS DE SUJECCIÓN Y PROTECCIÓN EN PACIENTES CON RIESGO DE CAIDAS?

AUTORES

PATRICIA CONCEPCIÓN BERMEJO ANSIA¹; AM GOMEZ GOMEZ²; GC IGLESIAS CASAS³; M VAZQUEZ CAMPO⁴; A GONZALEZ GONZALEZ⁵; SB PULGARIN SOBRINO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Se ha estimado que un tercio de las personas mayores de 65 años, y la mitad de las personas mayores de 80 años, sufren al menos una caída al año. Se ha atribuido esta alta incidencia a diferentes factores, incluidos los traumatismos, la debilidad, el entorno hostil, la edad, el estado cognitivo, la duración de la estancia hospitalaria y el género. A pesar de que se han realizado muchos estudios y se han publicado diversos artículos, las caídas de los pacientes continúan siendo un gran problema en nuestros hospitales. Una estrategia empleada para minimizar el número de caídas de los pacientes en el hospital es el uso de instrumentos de evaluación para identificar a los pacientes con riesgo de caídas para poder establecerse intervenciones apropiadas para disminuir dicho riesgo.

Objetivos

Evaluar la eficacia de las medidas de protección antes las caídas en pacientes hospitalizados con riesgo

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal sobre los pacientes ingresados en un hospital de segundo nivel durante el año 2018.

VARIABLES: medidas de protección, nº de caídas, valoración de riesgo de caídas

Los datos fueron extraídos anonimizados del aplicativo GACELA. Se realizó un análisis descriptivo de los datos usando el programa Excel.

Resultados

Durante el año 2018 ingresaron un total de 23759 personas con riesgo de sufrir una caída. De estas personas con riesgo un 53.6% presentó un riesgo alto (n=12746) y un 33.5% un riesgo moderado (n=7988) y un 12,7% un riesgo bajo (n=3025).

Del total de pacientes con evaluación del riesgo de caídas 20993 presentaban en su plan de cuidados medidas e intervenciones encaminadas a minimizar dicho riesgo. Al 100% de los pacientes con riesgo alto o moderado se les aplicó medidas de protección y prevención, y al Entre ellos el 100% de los pacientes con riesgo alto o moderado y al 6,5% de los pacientes con riesgo bajo.

Hubo un total de 333 caídas a lo largo de año, de las cuales el 57% los pacientes resultaron ilesos (n=190)

Conclusiones

El uso de sujeciones mecánicas y medidas de protección que limitan la movilidad de los pacientes con riesgo puede ser un método controvertido para reducir el riesgo de caídas. Son muchas las caídas que se producen a pesar de que se usen las sujeciones en el momento de la caída. Sería recomendable aumentar la concienciación sobre las caídas entre profesionales y familiares, así como evaluar la eficacia de las intervenciones que se llevan a cabo, además de estudiar e indagar todos los factores que contribuyen a la generación de una caída

GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

AUTORES

MARIA NATALIA ALVAREZ-MOREZUELAS¹; I MORAZA-DULANTE²; J SANCHEZ-ZUGAZUA³; J DIAZ GUTIERREZ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA-OSAKIDETZA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Somos una organización sanitaria integrada que hace gestión de incidentes de seguridad tanto con daño (Evento Adverso-EA) como sin daño. Desde mayo del 2018 contamos con una guía de actuación de gestión de EA propia cuyos aspectos destacables son: la comunicación (Dirección, Referente de Seguridad y servicios implicados) y el análisis detallado de los casos.

Objetivos

- Describir la gestión de EA en una organización sanitaria.
- Analizar las características de los EA que se comunican y analizan.
- Describir las dificultades encontradas en la gestión de los EA.

Material y métodos

Se dispone de una guía de actuación propia para la gestión de EA. La guía de actuación establece: la creación de un equipo de "gestión" formado por personas de la dirección, profesionales de los servicios implicados y referente de seguridad. Contempla comunicación a la familia y al profesional implicado, y la constitución ad hoc de un grupo de análisis del EA. En el grupo de análisis participan profesionales de los servicios implicados y referentes de seguridad expertos en herramientas de análisis de causas, principalmente cuestionario-ACR y Protocolo de Londres(PL). Se realiza un informe de análisis que recoge conclusiones y propuesta de acciones de mejora.

Resultados

Se han comunicado y analizado 25 EA desde septiembre de 2017. El número de análisis está creciendo con los años (3, 14 y 8*). En todos los casos el EA ocurrió en un área hospitalaria. Las herramientas de análisis más utilizadas fueron: ACR (56%, pendiente de hacer en el 16% de los casos), PL (16%) y ninguna- (12%). La causa de no utilizar herramientas fue la falta de información o la sencillez del caso. Se consideraban evitables en 76% de los casos. Fueron comunicados por el servicio de atención al paciente (32%), por el profesional o servicio implicado (56%) y por otro profesional (24%). En el 16% hubo fallecimiento y en el 48% la gravedad fue alta. Los EA analizados más frecuentes fueron: caídas, retrasos y errores diagnósticos, procedimiento clínico, cuerpo extraño, accidentes, fugas y relacionados con infección (material sucio). Cualitativamente, se identifican las siguientes dificultades: resistencia de los profesionales en el abordaje de los análisis, retrasos en la comunicación temprana de los EA y se identifica como carencia la atención a los profesionales.

Conclusiones

La cultura de seguridad está creciendo en la organización, si bien es preciso seguir sensibilizando a los profesionales para mejorar en la comunicación de la gestión de los EA.

La herramienta más utilizada fue el cuestionario ACR, si bien el PL es útil cuando hay varios servicios implicados.

Al igual que otros servicios destaca la evitabilidad de los casos estudiados.

Del análisis cualitativo se desprende la necesidad de abordar la atención a segundas víctimas.

EVACUACIÓN PROGRAMADA ANTE RIESGO DE INUNDACIÓN DEL HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS POR DESBORDAMIENTO DEL RÍO PILOÑA.

AUTORES

MARÍA AMADA PELLICO LÓPEZ¹; V CUERVO ÁLVAREZ²; JM GONZÁLEZ BASTIDA³.

CENTRO DE TRABAJO

ÁREA SANITARIA VI ASTURIAS.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las catástrofes naturales son acontecimientos sobrevenidos que generan momentos de caos en las organizaciones sanitarias, al iniciarse una situación de descompensación entre demanda y necesidades, exigiendo una respuesta extraordinaria con el fin de optimizar los recursos existentes. El Hospital de Oriente de Asturias-Francisco Grande Covián (HOA), se encuentra situado en la ribera del río Piloña. Debido al aumento del cauce de este se ha visto amenazado por riesgo de inundación en varias ocasiones, teniendo que activarse el Plan de Evacuación del centro, como sucedió el pasado 23 de enero de 2019.

Tras la exitosa experiencia de ese día, desde la Dirección de Gestión de Cuidados y Enfermería redactar un Protocolo de Traslado de pacientes a otros hospitales de Asturias por riesgo de desbordamiento.

Objetivos

- Describir los pasos a seguir para llevar a cabo la evacuación programada del hospital en condiciones de seguridad para el paciente, optimizando tiempo y recursos
- Enumerar los registros utilizados para apoyar la evacuación
- Demostrar los resultados en cuanto a satisfacción de pacientes y familiares con el proceso

Material y métodos

Durante la madrugada del día 23, se evacuó la planta baja del hospital por la crecida del río y se suspendieron programación quirúrgica, consultas y laboratorios. Vista la progresión durante las primeras horas de la mañana del día 23, se decidió iniciar la evacuación programada de las unidades de hospitalización. Se hizo un triaje en planta para determinar prioridad y necesidades de movilidad de los pacientes. Se comenzó dando altas a pacientes cuya situación clínica lo permitía. Se priorizaron los recursos de ambulancia de toda la región para los traslados. Se creó en Urgencias un puesto de recepción y evacuación del paciente con tres enfermeras, responsables de su identificación, comprobación de registros, hospital y unidad de destino e información a familiares.

En días posteriores, en grupos de trabajo formados por los profesionales implicados, se analizaron resultados, elaborando registros específicos y protocolos detallados, necesarios en un futuro.

Resultados

Desde las 11,30h que se dió orden de evacuación y hasta las 18h que se completó, se dieron 31 altas (9 marcharon en ambulancia y el resto con medios propios) y se evacuaron 44 pacientes. Se informó a todos los pacientes y familiares de hospital y unidad de destino, hora y medios del traslado. Se cumplimentaron registros detallados para comprobar en todo momento la identificación y destino de los pacientes para garantizar su seguridad. Quedaron funcionando Urgencias y la Unidad de Críticos. Los Centros de Atención Primaria del Área adecuaron su actividad a la evacuación del Hospital. 48 horas después comenzó la vuelta a la actividad normal.

Conclusiones

La Seguridad del Paciente y la Humanización de Cuidados forman parte de las líneas estratégicas a desarrollar por nuestra Dirección de Gestión de Cuidados y Enfermería, que velan por su cumplimiento aún en situaciones excepcionales.

PLAN DE DE FORMACIÓN CONTINUADA EN CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES EN EL ÁREA SANITARIA IV - PRINCIPADO DE ASTURIAS

AUTORES

MARIA MILAGROS VÁZQUEZ RUEDA¹; MJ FERNÁNDEZ DIAZ²; L ALONSO CALO³; E RUBÍN GALLINAR⁴; A DÍEZ ÁLVAREZ⁵; B FERNÁNDEZ COLOMER⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El Servicio de Calidad del Área Sanitaria IV (AS.IV), en el marco de sus competencias, asume la responsabilidad de captar, difundir y generar conocimiento en materia de calidad y de seguridad del paciente de acuerdo a las políticas y estrategias determinadas desde la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias y los Servicios Centrales del SESPA.

Objetivos

Establecer el marco formativo en el ámbito de Calidad y Seguridad del Paciente, que asegure una oferta íntegra y ajustada a las necesidades de los profesionales del Área Sanitaria IV en función de las necesidades de atención a la salud de la ciudadanía, de la sociedad y del sistema sanitario

Material y métodos

Para diseñar el plan se tuvo en cuenta, los resultados de la encuesta de seguridad de pacientes. realizada por la comisión de Seguridad del Paciente del AS-IV. Se realizó con acceso online a cumplimentación de Encuesta HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) modelo en Atención Hospitalaria - Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Tomando en cuenta sus resultados, los requisitos de la organización, los requisitos legales (Reglamento Europeo de protección del datos 25 mayo 2018), los requisitos del servicio y las necesidades del profesional. Se diseño un plan de formación continuada en calidad y seguridad.

Resultados

La encuesta obtuvo una participación 18,8% (776 respuestas 65% personal de enfermería), en resumen el 50% no cree que haya problemas de seguridad en su unidad y considera buenos los procedimientos empleados. Y la puntuación media en seguridad fue de 7 sobre 10.

La información y las actividades formativas se estructuraron en tres niveles de conocimientos (N1: nivel básico, N2: nivel medio y N:3 nivel superior) y en tres subniveles siendo el contenido diseñado por niveles el siguiente:

- N1.a Conceptos básicos de Calidad y de Seguridad del Paciente.
- N1.b Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
- N1.c Sistema de notificación incidentes y eventos adversos.
- N2.a Gestión documental
- N2.b Sistemas de Gestión de Calidad
- N2.c Objetivos e indicadores
- N3.a Sistemas de Gestión de Calidad: Nivel avanzado
- N3.b Abordaje problema crítico. Gestión proyectos. Planes de mejora
- N3.c Gestión eventos adversos
- N3.d Gestión del riesgo

Para poder desarrollar el plan, también se determinaron las competencias por categoría y por nivel de calidad. La difusión del plan formativo se realizó a través de la comunicación a las direcciones correspondientes, comisiones, comités y publicación en carteles, boletines de seguridad, Web corporativa y correo electrónico. Se evidenció la ejecución del plan en los formatos normalizados. Por último se solicitó la acreditación del Plan a la Comisión de Acreditación de Formación continuada de Profesiones Sanitarias.

Conclusiones

El plan de formación se ha implantado con éxito en nuestra área sanitaria. Destacamos que el plan de formación fue acogido por las supervisiones de área de profesionales de enfermería de hospitalización y de consultas externas.

IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE ENFERMERIA EN MEDICINA NUCLEAR DEL HOSPITAL CLINICO DE BARCELONA

AUTORES

ESTHER RECIO FERNANDEZ¹; S ARANES BENET²; J RIBERA PERIANES³; D BUJAN LEYVA⁴; E MARCOS SEGURA⁵; D FUSTER PELFORT⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La UEMN se inició en junio del 2018 para cubrir las necesidades asistenciales de los pacientes que anteriormente no se cubría. Los pacientes ingresados en nuestro centro o en otros centro de referencia, programados para la realización de pruebas en Medicina Nuclear de nuestro hospital, requieren de una vigilancia y atención de enfermería para garantizar en todo momento la seguridad del paciente durante la estancia en la UEMN.

La enfermera de la UEMN llamará al servicio o centro hospitalario para informarse de los datos clínicos del paciente, dieta actual, nivel de conciencia, control del dolor (EVA), control de glicemias (sobretudo en el caso del PET), incontinencia urinaria, si el paciente está aislado y tipo de aislamiento requerido, movilidad del paciente, constantes vitales actuales, medicación pautaada y seguimiento de la misma a través del IPA herramienta informativa del proceso asistencial de enfermería. Finalmente se decidirá conjuntamente como se trasladará al paciente para su máximo confort. La estancia de los pacientes en la UEMN es de 1 a 6 horas.

Objetivos

Garantizar un proceso asistencial seguro de los pacientes que son trasladados a nuestro servicio para la realización de pruebas.
Seguimiento y vigilancia.
Detectar los problemas de salud.
Registrar las curas de enfermería realizadas.

Material y métodos

Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal y prospectivo que incluye a todos los pacientes intrahospitalarios programados y trasladados de centros de referencia para la realización de pruebas en Medicina Nuclear, que han pasado por la unidad de enfermería desde la implementación en 2018.

Resultados

Se han evaluado durante este período, un total de 120 pacientes, a los cuales necesitaron de los siguientes cuidados de enfermería:
Administración de analgesia: 80 pacientes presentaron dolor.
Administración de otros tratamientos: 10 pacientes
Control de glicemias: 40 pacientes
Solicitud de ambulancia: 20 pacientes
Constantes vitales: 100 pacientes
Eliminación urinaria: todos los pacientes necesitaron control de la eliminación urinaria antes de la adquisición de las imágenes
Educación sanitaria: todos los pacientes necesitaron de ser informados de la prueba y de su duración así como también de las medidas de radioprotección necesarias.
Todos estos datos fueron registrados en el curso clínico que cada paciente.

Conclusiones

Podemos constatar que la Unidad de Enfermería de Medicina Nuclear ha aportado seguridad en el proceso asistencial del paciente con la atención integral prestada. Se ha implementado la vigilancia de los pacientes trasladados a medicina nuclear así como el seguimiento de las curas de enfermería sin interrumpir en ningún momento los tratamientos de los pacientes. Estamos trabajando en la elaboración de una hoja de registro para los pacientes trasladados de otros centros. Queda pendiente la elaboración de un informe de alta de enfermería para registrar los datos clínicos de los pacientes durante la estancia en UEMN.

GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS: CUANDO LA ASISTENCIA CAUSA DAÑO AL PACIENTE

AUTORES

MA Burzaco Pérez¹; S Postigo Morales²; O Mora Atorrasagasti³; PM Olaechea Astigarraga⁴; AM Iruarrizaga Díez⁵; JA Arriaran Azpiri⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI Barrualde-Galdakao

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Cuando se produce un evento adverso (EA), las expectativas de pacientes y profesionales se ven truncadas porque tanto uno como el otro sufren un daño. La percepción de los errores y EA tiene un impacto negativo en la experiencia del paciente y esta empeora si no se establece un proceso de comunicación en el que no se le informa de lo ocurrido. Por su parte, el profesional puede sufrir consecuencias afectivas, de toma de decisiones clínicas, de pérdida de prestigio profesional, de relación con otros profesionales, o con la familia y finalmente, implicaciones legales.

En nuestra Organización establecimos como una prioridad elaborar e implantar un protocolo de gestión de EA graves y centinelas que cumpliera las expectativas del paciente, profesionales y organización, sintiendo que el análisis y la retroalimentación a los profesionales era una oportunidad de mejora.

Objetivos

Evaluación de la implantación del Protocolo de Gestión EA Graves/Centinelas.

Establecer un feed-back con los profesionales de los casos reportados

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los 23 casos reportados entre el 1 de marzo de 2018 y 30 de abril de 2019.

Fuentes: Informes análisis causa raíz, encuestas de satisfacción profesionales.

Resultados

En el periodo de estudio se reportaron 23 casos, un 28,33% estaban relacionados con la comunicación entre profesionales, un 50% con procedimientos invasivos, un 8,33% con la medicación, un 4,16% con el diagnóstico, un 4,16% no fue considerado como un evento adverso.

En cuanto a la gravedad del daño: el 4,34% fue moderado, el 26,08% causó un daño temporal al paciente y el 69,58% produjo un daño grave al paciente.

Las medidas adoptadas para reducir el riesgo han estado dirigidas a creación de protocolos, mejora de los circuitos asistenciales, de relación con el paciente y entre profesionales y a la formación del personal en cultura de seguridad.

En cuanto a la valoración realizada por los profesionales de una sesión formativa sobre la gestión de EA se obtuvieron 8,25 puntos sobre 10 en el interés de los contenidos, 8,11 puntos la idoneidad de los casos prácticos, 7,77 puntos la aplicabilidad en su trabajo y 8,82 la adecuación a las expectativas.

Conclusiones

Las diferentes velocidades en la organización en lo que respecta a la cultura de seguridad limitan el cambio cultural necesario a la hora de comunicar un evento adverso. Sin embargo con la implantación del protocolo de gestión de eventos adversos graves / centinelas, hemos crecido y madurado como organización porque aprender de los errores, solo es posible cuando son comunicados.

Se ha creado un espacio no punitivo donde está presente la cultura del reporte, la puesta en común, el dialogar, analizar el caso y la generación de planes de mejora frente al enfoque unilateral y una simple declaración de los hechos.

El feed-back realizado en la Organización permite la concienciación de los profesionales en la comunicación de los mismos y favorece la difusión de las acciones de prevención.

DESPLIEGUE DE UNA ESTRATEGIA CORPORATIVA DE COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS EN SACYL

AUTORES

M^a Soledad Montero Alonso¹; MJ Pérez Boillos²; No De Miguel García³; Jo González Pastrana⁴; To Maté Enríquez⁵; Es Arrieta Cerdán⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia Regional de Salud

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los resultados obtenidos en nuestro servicio de salud en el indicador de consumo de PBA y en las autoevaluaciones realizadas con el marco diseñado por la OMS en los últimos años, indicaban que era necesario adoptar nuevos enfoques si queríamos mejorar la adherencia a esta práctica segura.

Objetivos

Mejorar la adherencia a la higiene de manos y desarrollar una cultura de tolerancia zero a la no higiene de manos en nuestra organización. Crear una red de líderes que apoyara la HM y desarrollara la estrategia multimodal de la OMS. Reconocer a los líderes, las organizaciones y las unidades más comprometidas con la HM.

Material y métodos

Para conseguir ese objetivo, se diseñó una estrategia de compromisos con la HM con tres niveles de avance (inicial, avanzado, excelente). El compromiso podía ser adquirido a nivel de una organización o de una unidad. Para firmar el compromiso era necesario realizar una autoevaluación con una versión adaptada del marco diseñado por la OMS. Una unidad/organización accedía al nivel inicial si conseguía un 40% de cumplimiento en los criterios componentes y un 20% en resultados (consumo, adherencia,..). La firma del compromiso suponía que en los 2 años siguientes de vigencia se iban a desarrollar todas las actividades previstas en la estrategia multimodal de la OMS.

La firma de compromisos se realizaba entre responsables de la organización/unidad y el Consejero de Sanidad.

La estrategia iba acompañada de una serie de materiales de apoyo específicos (cartelería, chapas, salvamanteles, diplomas, etc..) cuyo objetivo era hacer visible el compromiso adquirido.

Resultados

Durante 2019 han firmado compromisos de nivel inicial: el 78% de hospitales, el 27% de áreas de Atención Primaria, 15% de servicios hospitalarios (entre los que se encuentran el 73% de UCIs) y 14% de centros de salud.

La puntuación con la que se han incorporado las organizaciones y unidades participantes ha superado ampliamente el nivel de entrada que se estableció: componentes (60% en hospitales, 57% para áreas de Atención Primaria, 56% en servicios hospitalarios y 45% en centros de salud) y resultados (34% en hospitales, 26% para áreas de Atención Primaria, 47% en servicios hospitalarios y 38% en centros de salud)

Conclusiones

La estrategia ha despertado interés tanto en las organizaciones como en las unidades. Se han adherido al compromiso 3 de cada 4 hospitales y 1 de cada 4 áreas de Atención Primaria.

El desarrollo de los proyectos zero puede explicar el alto porcentaje de UCIs que han sido reconocidas.

La firma del compromiso entre Consejero y gerentes/responsables de servicios hospitalarios- centros de salud permite situar a los líderes al frente del desarrollo de la estrategia de HM y definir sus responsabilidades en este ámbito.

La estrategia ha creado una primera red de organizaciones /unidades líderes que han demostrado contar ya con un alto desarrollo de la estrategia de la OMS y que podrán actuar como modelos de referencia en el desarrollo de la cultura de tolerancia zero que nos hemos propuesto.

AGENTE CONVERSACIONAL PARA SOLICITUD DE CITAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLICACIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

Vicente Santana López¹; J Parrilla Miles²; R Serna García³; J Sánchez Blanco⁴; I Tatar Fiszbein⁵; J Ferrero Alvarez-Rementería⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía¹; Deloitte España²; Deloitte España³; Servicio Andaluz de Salud⁴; Consejería de Salud y Familias⁵; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los avances en inteligencia artificial y en el reconocimiento del lenguaje natural están abriendo la puerta a nuevos modos de reforzar la seguridad del paciente. La interacción por voz puede hacer más usable y accesible a la población mayor la tecnología en torno a la salud digital.

Objetivos

Diseñar una interfaz de voz para usuarios y vincularla al módulo de citas de atención primaria para: permitir solicitar cita con el médico o la enfermera, cancelarla o consultar las citas del paciente.

Explorar los aspectos de esta interacción que pueden contribuir a mejorar la seguridad del paciente, o constituirse en nuevos riesgos.

Material y métodos

Prueba de concepto (PoC) en la que participan desarrolladores en el ámbito del reconocimiento del lenguaje natural, profesionales sanitarios de atención primaria, responsables de seguridad del paciente y expertos en comunicación corporativa.

Para la construcción de esta interfaz de voz, basada en inteligencia artificial (Machine learning y procesamiento del lenguaje natural -PLN), se utiliza el software Dialogflow, desplegado sobre Google Assistant.

Tipo de tecnología: Para smartphones, incorporado a la app de citas (ClicSalud+)

Gestión de diálogos basada en agente con definición de:

Iniciativa de diálogo: Mixta (usuario y sistema)

Modalidad de entrada/salida: Voz y texto/imágenes accionables/urls

Orientado a tareas (Gestión de citas y recomendaciones sobre seguridad)

Resultados

Publicada versión en Beta del agente conversacional para las intenciones de “pedir cita” “cancelar o cambiar” e “informar sobre la cita” Desarrolladas hasta 42 intenciones de charla común (small talks) para dotarlo de personalidad, y gamificar la interacción.

Al cierre de la conversación se incluye un set de recomendaciones sobre los principales elementos a considerar en el transcurso de la atención: identificación inequívoca, uso seguro de medicamentos, o resolución de dudas (please Ask).

Conclusiones

El acto de pedir cita puede enriquecerse con contenidos adicionales y recomendaciones sobre seguridad del paciente, que el agente virtual ofrece de manera incansable.

El uso de agentes conversacionales puede liberar tiempo de los profesionales de atención al usuario, que invertir en atender peticiones más complejas.

Este ejercicio supone plantear y definir cuál es la “voz” de una organización, y su estilo de comunicación.

La flexibilidad en la conversación de este tipo de agentes puede originar errores de comprensión del lenguaje natural, de generación de respuestas o interpretación por el usuario, o desatender peticiones que requieran una actuación inmediata.

Esta PoC puede ofrecer pistas para el desarrollo de agentes conversacionales con diferentes intenciones y propósitos en la atención sanitaria.

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA AMFE A UN SERVICIO DE TRANSFUSIÓN: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

MARÍA IDA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ¹; E MARTÍNEZ REVUELTA²; M VÁZQUEZ RUEDA³; D BURÓN REGUERA⁴;
L ALONSO CALO⁵; JM GARCÍA GALA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La transfusión sanguínea es un proceso irremplazable, permite tratamientos que de no disponer de ella no serían posibles, pero se trata de un proceso complejo con posibilidad de cometer errores muy graves para el paciente.

Es necesario conocer los riesgos existentes para poder prevenir fallos, para ello se lleva a cabo el análisis reactivo de los errores habidos. La necesidad de incrementar la Seguridad Transfusional conduce a realizar un análisis proactivo de los posibles riesgos con la consecuente implementación de medidas preventivas para evitar su aparición.

Objetivos

Definir los subprocesos operativos del proceso transfusional.

Establecer un mapa de riesgos del proceso transfusional.

Implementar medidas encaminadas a incrementar la Seguridad Transfusional.

Eliminar o reducir los riesgos asociados a la transfusión.

Material y métodos

Herramienta de planificación “Análisis Modal de Fallos y Efectos” (AMFE), estudio proactivo, identifica los riesgos del proceso Transfusión Sanguínea para eliminarlos o reducirlos, con la implantación de medidas preventivas. Etapas:

1. Definición del proceso.

2. Creación de un equipo de trabajo multidisciplinar capaz de evaluarlo proactivamente.

3. Identificación y representación gráfica de las fases necesarias para lograr el resultado del proceso.

4. Análisis de los Riesgos:

Identificación de los modos de fallo en cada subproceso. Método “Lluvia de ideas”.

Análisis de factores contribuyentes según NPSA (National Patient Safety Agency).

Cálculo para cada fallo potencial del número de priorización de riesgo (NPR), resultado del producto de: la frecuencia de aparición del fallo, la gravedad de sus consecuencias si se produce y la capacidad de detección de la que se dispone.

5. Implementación de medidas de mejora para modos de fallo más críticos.

6. Reevaluación del coeficiente de riesgo para esos modos de fallo.

Resultados

Se crea un equipo de trabajo multidisciplinar (10 componentes), profesionales de diferentes categorías que conocen cómo se lleva a cabo el proceso. 8 reuniones (noviembre 2018 – mayo 2019), duración de 2 horas cada una. Se imparte una sesión formativa sobre “Gestión del Riesgo”. Se realiza una representación gráfica de los subprocesos hasta llegar al cierre del circuito transfusional.

Identificación de 34 modos de fallo (NPR de 700 a 4). Se decide actuar sobre los mayores de 300.

Se proponen medidas para prevenir la aparición de los modos de fallo más críticos a implementar durante los próximos 6 meses-1 año.

Conclusiones

El proceso Transfusión Sanguínea es idóneo para aplicar el AMFE.

El grupo de trabajo multidisciplinar y cualificado para el análisis de puntos críticos del proceso es fundamental para el desarrollo del AMFE.

La “Lluvia de ideas” es un método cualitativo adecuado para determinar eficazmente los modos de fallo.

La priorización de los riesgos según valor de NPR determina sobre qué modos de fallo actuar, implantando medidas de mejora.

La reevaluación del NPR permite conocer si las medidas fueron eficaces en la reducción del riesgo.

¿QUÉ TIENEN EN COMÚN UNA ZAPATILLA, UNA BOMBILLA Y EL OMEPRAZOL? CAMBIANDO PARADIGMAS EN CAIDAS

AUTORES

CARMEN FUNES-MOLINA¹; D MOLINA-VILLAVARDE²; I ARAQUE-CRIADO³; I IZQUIERDO-MEMBRILLA⁴;
MD PUENTE-GONZALEZ⁵; C LLORENTE-PARRADO⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 424 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionadas. Constituyen un indicador de calidad asistencial y la Joint Commission International (JCI) las reporta como el sexto evento más notificado de la base de datos de Eventos Centinela.

Un reto para las organizaciones es mantener un ambiente libre de riesgos; hay evidencia de caídas no sólo en pacientes hospitalizados sino en población infantil y en la comunidad, por lo que trabajar en un proyecto transversal con un equipo multidisciplinar proporciona un abordaje integral del problema, lo que conlleva una mayor implicación de los profesionales en su desempeño.

Objetivos

Establecer criterios de actuación en la prevención y cuidados a pacientes pediátricos y adultos con riesgo de caídas, tanto en el ámbito de hospitalización como en áreas ambulatorias en un hospital de tercer nivel

Material y métodos

Se realiza un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por geriatra, farmacéutica, rehabilitadora, enfermera asistencial de críticos pediátricos, enfermera de práctica avanzada de geriatría, supervisor de consultas externas, miembros del subcomité de caídas de enfermería (de hospitalización de adultos e infantil) y enfermeras de la unidad de gestión de la calidad.

Se trabaja sobre protocolo vigente de prevención de caídas a paciente hospitalizado para enfermería: se amplía alcance a transversal, se extiende a población infantil y se incluye abordaje en área ambulatoria, sistematizando las actuaciones en toda la organización.

Resultados

El protocolo es de aplicación a todos los profesionales que pueden implementar actuaciones para la prevención de caídas o minimización del daño derivado de éstas en cualquier ámbito de la atención sanitaria; se enfatiza el papel activo de todo el equipo en la gestión del riesgo de caídas y se describe proceso en área ambulatoria, tanto la gestión del riesgo como del circuito ante una caída; se realizan materiales informativos para pacientes y cuidadores con consejos para prevenir caídas en consultas externas y áreas de mayor riesgo.

Conclusiones

El problema de las caídas comienza a tener cada vez más impacto en las organizaciones, pero aún existe un amplio margen de mejora. Estandarizar la gestión de riesgos y la actuación ante caídas a nivel transversal e implicar al paciente en la prevención, ayuda a trabajar en todos los ámbitos asistenciales y fomentar un cuidado de mayor calidad. El abordaje de múltiples estrategias a nivel organizacional puede favorecer que disminuya este importante problema.

IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES NO HACER EN ATENCIÓN PRIMARIA: HACIA UNA SANIDAD BASADA EN APORTAR VALOR

AUTORES

TOMÁS MATÉ ENRÍQUEZ¹; MS MONTERO ALONSO²; MJ PÉREZ BOILLOS³; N DE MIGUEL GARCÍA⁴; J GONZÁLEZ PASTRANA⁵; M ALCALDE MARTÍN⁶.

CENTRO DE TRABAJO

SERVICIO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES. GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Para avanzar hacia una sanidad basada en aportar valor es tan necesario “hacer lo que hay que hacer” como “dejar de hacer lo que no hay que hacer”.

Objetivos

Implicar a los profesionales sanitarios en la implantación y despliegue de la estrategia NO HACER de la organización, incrementando su adherencia a las recomendaciones.

Material y métodos

Se apostó por una estrategia bottom-up: los profesionales sanitarios de los centros de salud (CS), voluntariamente adheridos a la estrategia, priorizaron al menos dos recomendaciones NO HACER de entre el catálogo propuesto en la iniciativa “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas”. Posteriormente diseñaron un plan de acción para su implantación, incluyendo la identificación de barreras para dejar de hacer y las medidas para su abordaje.

Para las principales recomendaciones priorizadas se establecieron indicadores de seguimiento y se diseñó un cuadro de mando ágil y dinámico para su monitorización.

Paralelamente a la implantación local de las recomendaciones se desarrolló una campaña de comunicación institucional dirigida a los pacientes (carteles y videos), difundida por diferentes medios (prensa, radio, televisión y portal web) con el lema “si no es necesario, puede hacer daño”.

Resultados

Inicialmente secundaron la estrategia el 85% de los CS (actualmente 91%), resultando priorizadas 39 recomendaciones. 12 recomendaciones aglutinaron el 92% de las elecciones, siendo las más priorizadas las relacionadas con: 1) uso de IBP: 57% de los CS participantes; 2) uso de tiras de glucemia en diabéticos tipo 2: 31%; 3) frecuencia de determinación de HbA1c: 31%; 4) pruebas de imagen en lumbalgia: 20%; 5) duplicidad de AINE: 19%; 6) medidas terapéuticas intensivas en diabéticos ancianos frágiles: 12%; y 7) determinación del PSA: 10%.

El 71% de los CS han implantado y desplegado alguna recomendación, obteniendo resultados positivos, con repercusión visible a nivel del servicio de salud, en el 82% de las priorizadas con mayor frecuencia, siendo los más destacables: 1) tiras de glucemia: -23%; 2) uso aislado de LABA's en asma bronquial: -21%; 3) AINE: -16%; 4) HbA1c: -14%; 5) tratamiento antihipertensivo inmediato al detectar cifras de presión arterial elevadas: -8%; 6) PSA: -7%; y 7) pruebas de imagen en lumbalgia: -5%. En algunas recomendaciones los resultados no fueron los esperados: medidas terapéuticas intensivas en diabéticos ancianos frágiles (-1%) e IBP (+3%/-3%/0% en función del indicador utilizado).

Conclusiones

Casi tres de cada cuatro CS han implantado alguna recomendación no hacer, con impacto visible en el servicio de salud en más del 80% de las recomendaciones priorizadas con mayor frecuencia.

La estrategia bottom-up ha sido clave en este proyecto, favoreciendo su difusión entre los profesionales y la participación de un alto porcentaje de CS. Otros puntos críticos en el desarrollo del proyecto han sido la definición de los indicadores de seguimiento, el diseño del cuadro de mando para su monitorización y la campaña dirigida a pacientes.

ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ANALISIS DE INCIDENCIAS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

ANGELA CORTES CORTES¹; O SALSENCH FERNANDEZ²; M COTS MORENILLA³; M COTS MORENILLA⁴; M BONILLO BARAS⁵; N CAMAÑES GARCIA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

ATENCION PRIMARIA¹; ATENCION PRIMARIA²; ATENCIO PRIMARIA³; ATENCIO PRIMARIA⁴; ATENCIO PRIMARIA⁵; GERENCIA⁶.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En la Dirección de Atención Primaria del Camp de Tarragona (DAP) , mediante la Comisión Territorial de Calidad i Seguridad del paciente (CQiS) se consigue, con la estandarización de los procedimientos, incidir de forma positiva en la seguridad del paciente. Hasta el año 2015 no se contemplaba el proceso administrativo como parte implícita en cualquier procedimiento asistencial, detectándose incidentes en esa parte del proceso, por ello se crea un grupo de mejora integrado por profesionales administrativos, y que depende directamente de CQiS de la DAP del Camp de Tarragona con la finalidad de estandarizar dichos procedimientos. El grupo lo conforman 10 profesionales representativos del territorio .En el año 2013 y vinculado con el Proyecto de las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente del Departament de Salut (UFSP), se implantó el sistema de notificación de incidentes (TPSC cloud) que permite la clasificación de dichos incidentes según su tipología. los incidentes notificados mediante este sistema se recalifican mediante el sistema APEAS que nos permite detectar las zonas donde se producen los incidentes y el sistema MADS que clasifica según el tipo incidentes.

Objetivos

Definir y estandarizar los procedimientos administrativos

Incluir a los profesionales administrativos en la CQiS , i en la UFSP mediante en un grupo de mejora

Potenciar la notificación de errores por parte del personal administrativo

TReducir los errores administrativos utilizando las mismas herramientas para detectar o evitar los errores asistenciales

Material y métodos

Material: ProsP herramienta proactiva para sistematizar y registrar procedimientos . TPSC_ Cloud Herramienta reactiva de notificación de incidentes .Metodología: Reuniones mensuales y difusión de los procedimientos corporativa. Análisis incidentes y aplicación de mejoras. Formación: en las herramientas i en los procedimientos

Resultados

36 procedimientos estandarizados. 2 incluidos como parte del procedimiento asistencial, 16 procedimientos revisados: 1546 notificaciones TPSc cloud : 681 áreas de Documentación analógica-digital y Gestió clínico-administrativa. Según MADS 233 incidentes en los propios procesos administrativos, 108 área laboratorio y en menor impacto en el resto de áreas .Según Apeas: 218 incidentes por comunicación, 170 de ellos interviene el personal administrativo y 305 incidentes por gestión, 285 son por gestión administrativa. Resolución de los incidentes en el propio equipo en 48,5 % y un 15% responsable de Atención a la ciudadanía. Implantación de un check list en la aplicación ProsP: Diseño de dos check list pendientes de validación para ProsP,

Conclusiones

Se consigue la Implicación de los profesionales administrativos en la seguridad del paciente. La estandarización de los procedimientos da valor y visualiza el trabajo de los administrativis en los centros de salud. Diseño de un plan formativo de aquellos procedimientos estandarizados

RESULTADOS ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS 2007-2018

AUTORES

Engracia Fernández Piqueras¹; A Cortés Palacios²; ML Gálvez Deltoro³; A Cotura Vidal⁴; V Pomar Solchaga⁵; J Lopez-Contreras González⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La higiene de manos (HM) es la medida más eficaz para reducir las infecciones sin embargo su implementación es tarea difícil que exige múltiples estrategias.

Objetivos

Mostrar los resultados de una intervención multimodal para promocionar la HM en un hospital terciario entre 2007-2019.

Material y métodos

2007 Dispensadores de PBA en todas las salas. Primera campaña formación (48 sesiones a médicos y enfermeras) Primera sesión HM en bienvenida de MIR. Medida consumo de PBA / estancias.

2008 PBA en áreas ambulatorias. Primera celebración día de la HM.

2009: Noticia día HM en intranet, sesiones HM en bienvenida estudiantes medicina y enfermería, primeras observaciones directas cumplimiento HM, carteles rotatorios diferentes unidades, dípticos consultas externas. Salvapantallas ordenadores para promocionar HM.

2010: Feedback cumplimiento de HM, se difunden videos OMS y se potencia profesionales realicen el curso online de HM del SNS. Primer Curso Actualización Infección Nosocomial (IN) para miembros Programa INPA (10 ediciones).

2011: Feedback por servicios y áreas de enfermería. Campaña con formación teórico-práctica (980 profesionales). Primera encuesta conocimiento HM. Recordatorios HM en máquinas tickets de comida, banners en intranet , trípticos propios sobre 5 momentos, se realiza primera edición del curso para Residentes sobre prevención IN (8 ediciones).

2012 Campañas por áreas: quirófano, ambulatoria, urgencias y UCI. Se informatiza observaciones de HM programa IScrub. Carteles recordatorios puertas todas las habitaciones y boxes. Exposición carteles antiguos HM. Premios a la unidad con mejor cumplimiento (7 ediciones).

2013 Carteles en pasillos dirigidos a familiares para HM antes y después visitar a pacientes.

2016: Cartel propio sobre los 5 momentos para área quirúrgica.

2017: Campaña en Whatsapp y en redes sociales.

2018 Campaña promoción de HM (1049 profesionales), feedback dirigido, cambio de los carteles recordatorios en lugar de trabajo,

2019 Formación de nuevos observadores en HM, concurso de dibujo sobre HM para hijos de profesionales. Talleres para pacientes sobre HM.

Todas las acciones referidas se mantienen en la actualidad.

Resultados

La higiene de manos ha pasado de 33-34% en 2009-10 a 62-68% en 2015-8 con cumplimientos 75-92% en las UCI. El consumo de PBA ha pasado 8.6 L/1000 estancias en 2007 a 57.6L/1000 estancias en 2018. La prevalencia de IN 9,2-14,2% entre 1997-2007 ha descendido a 5,2- 8% en 2008-2018. La bacteriemia de catéter venoso central ha pasado de 0.61 episodios /1000 estancia en 2007 a 0.15 en 2018.

Conclusiones

La utilización de múltiples estrategias para promocionar la HM ha conseguido un incremento progresivo del cumplimiento objetivado por observación directa, por consumo de PBA/estancias a la vez que una reducción simultánea y significativa de la prevalencia de IN y de la bacteriemia asociada a catéteres venosos.

AVANZANDO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

Noelia Ron Martínez¹; N Rilla Villar².

CENTRO DE TRABAJO

Hospital del Oriente de Asturias.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Disponer de un sistema de notificación de eventos adversos, resulta clave para poder analizar las situaciones o incidentes capaces de provocar daños a los pacientes. Mediante la notificación y el posterior análisis de dichas situaciones, es posible dotar a los centros sanitarios de las barreras y mejoras necesarias para evitar que se vuelvan a producir.

Objetivos

Dotar al Área Sanitaria de un sistema de notificación y la sistemática a seguir para llevar a cabo la identificación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, su notificación, análisis, implementación y seguimiento de planes de reducción de riesgos.

Material y métodos

Dotar a todos los centros del área sanitaria de un sistema de notificación accesible desde cualquier centro o lugar de trabajo, así como desde casa, únicamente mediante la introducción de códigos de entrada.

Elaborar e implantar un protocolo descriptivo de como realizar la notificación, análisis, implementación y seguimiento de planes de mejora.

Designar a uno o varios gestores para realizar el manejo inicial de los incidentes notificados y realizar análisis cualitativos y cuantitativos tanto de forma individual como agregada.

Crear una Comisión de Seguridad de pacientes para llevar a cabo el análisis profundo y el desarrollo de los planes de reducción de riesgos y monitorizar su implantación.

Resultados

Desde la implantación de la herramienta de notificación en enero de 2018 se han notificado 29 incidentes. El 34,48% se produjeron en el área de Urgencias, el 20,69 en Cuidados Avanzados, el 17,24% en las Unidades de Hospitalización, el 1% en consultas externas y el resto en otras unidades. Los profesionales que más notifican son el personal de enfermería con un 51,72% de las notificaciones, seguido por los médicos con un 27,59%.

De todos los incidentes notificados, el 48,28% fueron situaciones con capacidad para ocasionar un incidente, pero no lo llegaron a ocasionar; el 20,69% fueron incidentes que ocurrieron pero que no llegaron al paciente y el 31,03% incidentes que llegaron al paciente aunque el 20,69% de ellos no le ocasionaron daño.

Conclusiones

Disponer de algún tipo de sistema de notificación de efectos adversos y protocolos que definan la sistemática de actuación tanto de gestores como de la Comisión de Seguridad, incide directamente en la mejora de la seguridad de los pacientes ya que hace que aumente la notificación de dichos efectos y permite la elaboración e implantación de planes de mejora que permiten que dichos incidentes se minimicen y/o no se vuelvan a repetir.

RESULTADOS DE UN CUESTIONARIO SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

ALFONSO ALONSO JAQUETE¹; V FLOR MORALES²; MF GARCÍA REIJA³; FJ BURÓN MEDIAVILLA⁴; S MOYA MIER⁵; C FARIÑAS ÁLVAREZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Diez años después de su elaboración por el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS), desde la Comisión de Seguridad Clínica se consideró necesario realizar un análisis de la cultura de seguridad del paciente en el hospital.

Objetivos

Evaluar la cultura sobre seguridad del paciente entre los profesionales de un hospital terciario con el fin de identificar fortalezas y debilidades y analizar las actitudes y comportamientos relacionados con la misma en función de las diferentes áreas y tipo de profesional.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Se recogieron datos entre el 9 de octubre y el 15 de diciembre de 2018. Se tuvo acceso a todo el universo: total de profesionales sanitarios y no sanitarios de un hospital de 900 camas. Se utilizó el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Se aplicó de forma autoadministrada y voluntaria, se envió vía correo institucional mediante un enlace al cuestionario en formato electrónico. Los resultados se estratificaron según categoría profesional y contacto habitual con pacientes. Se utilizó la chi-cuadrado para valorar asociación estadística entre variables cualitativas. Se identificaron fortalezas (≈75% respuestas positivas) y debilidades (≈50% respuestas negativas). Se calculó el Índice de Percepción Positiva (IPP) por dimensión (media aritmética de los porcentajes de respuestas positivas). Se compararon los resultados con otros hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) procedentes del informe publicado por el MSPS en 2009.

Resultados

Se enviaron 5.360 encuestas y se obtuvieron 559 respuestas (tasa de participación 10,4%). Las profesiones más representadas fueron enfermería con 124 (tasa de participación 8%) y medicina con 97 (13,8%), el personal en formación con 16 (5%) y celadores con 5 (1,2%) las que menos. Un 66,4% refirió contacto directo habitual con pacientes. Se obtuvo un 7,25 (DE=1,75) de media al puntuar el grado de seguridad del paciente (escala 0-10). La dimensión con mayor IPP fue el trabajo en equipo (62,5%) y la de menor la dotación de personal (29%). Existieron diferencias estadísticamente significativas según grupo profesional: 3 fortalezas específicas en administración y 1 en enfermería y medicina, así como 2 debilidades en personal en formación y 1 en medicina. Como fortaleza global destacó el anotar en el documento clínico correspondiente las órdenes recibidas verbalmente. Como debilidades dos ítems referentes al exceso de carga laboral. Se localizaron 4 debilidades y 1 fortaleza menos que en el conjunto de hospitales grandes del SNS.

Conclusiones

Comparando con otros hospitales, pese a ligeras diferencias metodológicas (solo incluir sanitarios y tasa de respuesta mayor) puede considerarse buena la percepción de la cultura de seguridad en nuestro hospital. Se localizaron áreas que deben ser la base de acciones que busquen una mejor y más segura asistencia sanitaria, así como comunicar los resultados tanto al personal como a la dirección del hospital.

EFFECTIVIDAD DE UNA RECOMENDACIÓN NO HACER EN LA ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

AUTORES

José Angel Maderuelo-Fernández¹; V Quirós-González²; J Obreo-Pintos³; M Bernad-Vallés⁴; P Vicente_Andrés⁵; A Pose-Arufe.

CENTRO DE TRABAJO

Gerencia de Atención Primaria de Salamanca¹; Complejo Asistencial Universitario de Salamanca²;
Gerencia de Atención Primaria de Salamanca³; CS de Calzada de Valdunciel. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca⁴;
Gerencia de Atención Primaria de Salamanca⁵; Complejo Asistencial Universitario de Salamanca⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La recomendación “no prescribir IBP como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales” está avalada por varias sociedades científicas. Ha sido la recomendación No Hacer priorizada por un mayor número de centros de salud en la Comunidad Autónoma y la segunda en el Área de Salud, para emprender actuaciones con el fin de adaptar la práctica clínica a dicha recomendación.

Objetivos

El objetivo del presente estudio fue conocer el impacto de una intervención sobre el consumo sin indicación de fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Material y métodos

Estudio cuasiexperimental antes-después, en el que se compararon los indicadores de consumo de IBP en el primer trimestre de 2018 y 2019. Además, con carácter descriptivo y transversal, se analizó la intención de deprescribir este grupo de fármacos tras la intervención. En nuestro ámbito, la aplicación de la recomendación fue potenciada mediante el diseño, por un equipo multidisciplinar, de una ficha en la que se incluía una breve explicación de la recomendación, algoritmos de decisión para una prescripción adecuada, excepciones al cumplimiento, alternativas de tratamiento y beneficios esperados. En el periodo mayo-julio de 2018 se impartieron sesiones formativas en cada uno de los Centros de Salud del área, difundiendo este material junto con recursos de educación sanitaria para pacientes. Además, se facilitó un listado, individualizado para cada Unidad Básica Asistencial, de los pacientes con prescripción no adecuada de IBP, según los criterios recogidos en la ficha. Los profesionales debían verificar la pertinencia de la indicación, justificándola en base a las excepciones recogidas en la ficha.

Resultados

Se obtuvo información de 1311 pacientes (6,6%), divididos en menores de 65 años sin prescripción de fármacos gastrolesivos (FG) (311), menores de 65 años con un FG (358) y mayores de 65 años sin FG (642).

En el 32% de los casos (420 pacientes) se mostró la intención de deprescribir el fármaco. En el 47% de los registros se señaló una indicación temporal del IBP o a largo plazo bajo los criterios recogidos en la ficha. En 275 casos (21%) no se señaló la indicación concreta o no estaba recogida como excepción en el documento.

Tras la intervención, se redujo levemente el % de pacientes < 65 años que toman IBP y ningún fármaco gastrolesivo (enero-marzo 2018: 43,35%; enero-marzo 2019: 42,90%) y el % de pacientes ≥ 65 años que toman IBP y ningún fármaco gastrolesivo (33,65% y 33,03%, respectivamente).

Conclusiones

Las estrategias “No Hacer” poseen un impacto innegable en la práctica clínica, con la consiguiente mejora en la seguridad de los pacientes. Pese a que nuestra experiencia muestra la efectividad de la intervención en cuanto al reconocimiento de prescripción no adecuada, debe estudiarse la discrepancia entre la intención inicial de deprescripción y la discreta reducción en los indicadores de consumo.

VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA 'TRIGGER' PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

AUTORES

Ana Isabel Pérez Zapata¹; P Ruiz López²; E Rodríguez Cuellar³.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Infanta Elena¹; Hospital Universitario 12 de Octubre²; Hospital Universitario 12 de Octubre³.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La identificación de EA supone el primer paso del conjunto de actividades que conforman la gestión de riesgos tanto para establecer medidas de mejora como para la evaluación de sus resultados.

El ámbito de la Cirugía constituye un marco favorable para la aparición de EA, considerándose de especial interés para su estudio.

Aunque no existe una herramienta perfecta para la detección de EA, algunos estudios comparativos consultados adjudican a la herramienta Trigger Tool una sensibilidad del 90% y una especificidad de hasta el 100% y, por tanto, parece ser el mejor método para determinar y medir los EA. Si bien esta herramienta ha sido utilizada en pacientes quirúrgicos en algunos estudios, ésta no ha sido validada.

Objetivos

Validar un conjunto de "Triggers" para la detección de eventos adversos en cirugía general. Determinar la prevalencia de eventos adversos en pacientes de cirugía general.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, multicéntrico (31 hospitales de todos los niveles de asistencia), observacional y descriptivo, con componentes analíticos para la determinación y análisis de los EA de los Servicios de Cirugía General utilizando para su identificación la documentación de las historias clínicas de los pacientes.

Se incluyeron pacientes Historias clínicas completas y cerradas; pacientes mayores de 18 años; con ingreso formal en Cirugía General; realización de un procedimiento quirúrgico, urgente o programado y alta hospitalaria desde cualquier Servicio dentro del mismo hospital.

La identificación de EA se llevó a cabo mediante una revisión de historias clínicas empleando una adaptación de la metodología "TriggerTool" tras lo cual se asignó una categoría de daño y un grado de evitabilidad.

Los datos se registraron y explotados en "Research Electronic data Capture".

Se realizó un análisis descriptivo mediante media, mediana y desviación típica para variables continuas y mediante distribución de frecuencias para variables categóricas.

Resultados

Se analizaron 1.081 pacientes. El 31,2 % de los pacientes tuvo al menos un EA, el 10 % dos EA, el 4,9% de los registros tres EA y el 2,53% cuatro eventos adversos. El EA más frecuente fue infección del sitio quirúrgico seguido de íleo paralítico, fístula intestinal y absceso intraabdominal.

En el 25,8% de los pacientes se identificó al menos un trigger. El trigger más veces identificado fue empleo de antibioterapia de amplio espectro (20,4%), seguido de realización de radiología no planeada en el postoperatorio (16,6%) y atención en servicio de urgencias 30 días posteriores al alta.

El 57% de los eventos adversos supusieron un aumento de la estancia hospitalaria o reingreso. El 34,1 % de los mismos se consideraron evitables.

Conclusiones

La herramienta Trigger es eficaz en la detección de EA en pacientes sometidos a intervención quirúrgica que cursan con ingreso. La tasa de eventos adversos en cirugía general es superior a la descrita en la literatura.

MEDICINA ALTERNATIVA EN UNA CONSULTA DE VACUNOLOGIA

AUTORES

JOSE LUIS CARRETERO ARES¹; A ALVAREZ DIAZ²; M MARTINEZ SUAREZ³; A LÓPEZ DÍAZ⁴; C NATAL RAMOS⁵; S DIAZ RODRIGUEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Dentro de la cartera de servicios de medicina preventiva en nuestro hospital, la consulta de vacunas se realiza orientada a pacientes con patologías complejas que pueden producir inmunosupresiones. Es una consulta de gran accesibilidad, a la que acuden pacientes derivados de Atención Primaria (AP) o bien por interconsultas que se hacen desde Atención Especializada, por diversos servicios hospitalarios (AE)

Objetivos

Conocer si los pacientes con patologías complicadas que requieren ser inmunizados de forma activa artificial (vacunas) son usuarios de prácticas de medicina alternativa, lo que podría interaccionar con los tratamientos prescritos, y las vacunas administradas.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal de un mes de duración, en el que se pasa un cuestionario heteroadministrado con consentimiento por parte del paciente analizando distribución por edad y sexo, consumo de hierbas/sustancias de herbolario, desechando supermercados/farmacias, o plantadas/recogidas por ellos mismos; su finalidad, si experimentaron mejoría, si conocen curanderos, homeópatas o masajistas, si asistieron a sus consultas, el porqué, su procedencia, tarifa y si notaron mejoría.

Ámbito del Estudio: Consulta vacunología hospital de tercer nivel.

Resultados

Preliminares; hasta el momento 15 pacientes. Edad media: 48,46 (rango:15-66). Sexo:33,3% hombres. Consumen hierbas 6 (46%); todos comprada; 5 (83%) por problemas articulares, y el resto tranquilizantes. Solo 3 pacientes refirieron notar algo de mejoría. Conocen consultas de medicina alternativa 10: 5 curanderos, que solo acudió 1, y 5 masajistas a los que acudieron todos; la mayoría no recuerda cuanto fue la tarifa, y en muy pocas ocasiones refieren leve mejoría.

Conclusiones

Existe una baja prevalencia de pacientes tomando remedios naturales que pueden interferir con otros tratamientos clínicos. Un alto porcentaje conoce otras alternativas a la medicina científica, aunque menos de la mitad ha mejorado de su patología. Se necesitan más estudios para conocer la frecuencia real de este fenómeno en nuestra región, y analizar el porqué.

“ABRIENDO LAS PUERTAS AL CAMPO”: TWITTER COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD

AUTORES

D MOLINA-VILLAVERDE¹; C FUNES-MOLINA²; I ARAQUE-CRIADO³; I IZQUIERDO-MEMBRILLA⁴; MD PUENTE-GONZALEZ⁵; P BALSALOBRE-LOPEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Desde 2005 se impulsa la Estrategia de Seguridad del Paciente en el territorio nacional. Desde 2016 el HGU. Gregorio Marañón (HGUGM) está inmerso en la acreditación por el organismo Joint Commission International, por lo que la estrategia de seguridad del paciente representa el foco principal para la mejora de la calidad y seguridad. Dentro de esta estrategia, un elemento clave es la comunicación entre los profesionales y la difusión del conocimiento y las buenas prácticas de cultura de seguridad tanto a profesionales como a pacientes.

Twitter se ha convertido en una herramienta digital cada vez más utilizada tanto por los profesionales de salud como por la comunidad de pacientes ya que permite búsqueda de información, además de ser un canal de comunicación directo. Por todo esto, se crea canal de Twitter desde el Departamento de apoyo a la Práctica Avanzada, dependiente de la Dirección de Enfermería.

Objetivos

Difundir conocimiento y evidencia científica dentro de la estrategia de seguridad del paciente del hospital a través de un canal digital

Material y métodos

En enero de 2019 se crea un perfil de Twitter en el Departamento, de libre acceso para toda la población, desde el cual, se realiza a diario mínimo una publicación con evidencia científica, y se difunden actividades de la organización relacionadas con la estrategia de seguridad.

Se monitoriza la actividad e impacto mediante Twitter Analytics y herramienta Audiense

Resultados

En 4 meses contamos con 639 seguidores: 63% mujeres, 37% hombres. 1303 Tweets, que consiguieron 201 mil impresiones en período de enero a mayo de 2019. Media de 8,56 tweets por día, 673 menciones de media al mes y 546 tweets marcados como favoritos (41,97%) en un total de 2329 veces. El tuit con más impresiones ha sido sobre ronda de seguridad en la urgencia pediátrica (5409 impresiones, tasa interacción 11,9%) y el hashtag más usado fue #SegPac

Conclusiones

Es necesario crear canales de comunicación ágiles con contenidos de salud. Tener un perfil en una red social hace que se aumente de manera exponencial la difusión de la estrategia de Seguridad de la organización, promoción de actividades e intercambio de conocimiento, cumpliendo nuestros objetivos de crear cultura de seguridad.

ABORDAJE DE CAIDAS DESDE UNA VISION DE CALIDAD ENFOCADA A LA PREVENCION

AUTORES

ELENA FERNANDEZ CANO¹; A GONZALEZ GARCIA²; A ROBLEDO GONZALEZ³.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO STA CRISTINA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Los pacientes que ingresan en un hospital están sometidos a riesgos que pueden producir eventos adversos y comprometer su seguridad. La incidencia de caídas en el hospital es un indicador de calidad asistencial que debe de monitorizarse para su control. Está incluido en el contrato gestión de los hospitales de nuestra Comunidad como indicador para mejorar la seguridad del paciente disminuyendo los riesgos relacionados con la asistencia sanitaria. Durante el año 2017 se alcanzó la meta objetivo. Sin embargo, al compararnos con otros hospitales nuestros resultados eran mejorables. Esta situación hizo que comenzáramos a desarrollar en el año 2018 un plan de mejora enfocado desde la prevención.

Objetivos

General

- Disminuir la incidencia de caídas en el hospital mediante la prevención de las mismas.

Específicos

- Analizar las causas de las caídas actuando sobre ellas.
- Actualizar el Protocolo de caídas del hospital.
- Mejorar la calidad de los cuidados mediante la identificación del riesgo en los planes de cuidados.
- Evaluar los resultados.

Material y métodos

Se realizó una revisión de búsqueda bibliográfica apoyándonos fundamentalmente en la Guía de Buenas Prácticas Clínicas: “Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas” de la RNAO (Registered Nurses Association of Ontario).

Se llevó a cabo un estudio de las caídas producidas en el hospital y se estudiaron mediante los registros de caídas disponibles en la herramienta informática HCIS.

Se completó el análisis de las causas analizando los factores contribuyentes mediante espina de pescado. Se priorizaron las mismas.

Se actualizó el Protocolo de Prevención Primaria y Secundaria en caídas.

Para la sensibilización de los profesionales se llevaron a cabo píldoras formativas sobre prevención de caídas.

El resultado del indicador de caídas mensual se comunicó a través de la elaboración de infografías.

Resultados

En el año 2018 el indicador de caídas anual fue de 1.74 caídas por cada 1000 estancias frente a 2.23 del año 2017.

Estos resultados se obtuvieron de la puesta en marcha de diferentes acciones para la prevención de las caídas en nuestro hospital tales como:

Actualización del Protocolo de Caídas. Prevención Primaria y Secundaria.

Acogida de los nuevos profesionales incluyendo la sensibilización en caídas.

Se han mejorado los registros de valoración al ingreso teniendo presente el enfoque al riesgo y utilizando la escala validada de Downton.

La Planificación de Cuidados incluye el Diagnóstico 0155- Riesgo de Caídas: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Conclusiones

El análisis en profundidad de las causas y los factores que contribuyen a las caídas de los pacientes en el hospital nos ha permitido establecer acciones que disminuyen la incidencia de caídas así como facilitar y optimizar la labor asistencial en beneficio de la seguridad del paciente que recibe cuidados planificados (lenguaje enfermero)

Es necesaria la evaluación continua del proceso.

IMPACTO REAL DE LA HERRAMIENTA AMFE EN LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

AUTORES

ROSA PLÁ MESTRE¹; A MORA CAPÍN²; R MARAÑÓN PARDILLO³; C IGNACIO CERRO⁴; C LLORENTE PARRADO⁵; P VÁZQUEZ LÓPEZ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La elaboración de un Mapa de Riesgos es una estrategia proactiva que nos permite detectar los puntos críticos del proceso asistencial con el objetivo de prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

Objetivos

Identificar y tratar los riesgos de una Unidad de Urgencias Pediátricas (UP), utilizando la herramienta AMFE, valorando el impacto de las acciones de mejora (AM) desarrolladas a partir del mismo.

Material y métodos

1ª fase 2017: Formación del Grupo de Trabajo (referentes de seguridad y responsables de calidad). Elaboración del Mapa de Riesgos sobre el Mapa de Procesos de la unidad (Registro-Clasificación, Emergencia vital, Atención prioridad 2-5, Observación, Pruebas complementarias, Tratamiento y Alta), utilizando la herramienta AMFE (Análisis modal de Fallos y Efectos). Puntuación por Gravedad (G), Frecuencia (F), Detectabilidad (D) y clasificación según nivel de riesgo (IPR), por el que realizamos la priorización de modos de fallo (MF) críticos y la planificación y puesta en marcha de AM.

2ª fase 2019: Actualización del Mapa de Riesgos siguiendo el mismo proceso por el mismo Grupo de Trabajo (referentes de seguridad y responsables de calidad).

3ª fase 2019: Análisis de la evolución del Mapa de Riesgos en los dos últimos años. Análisis del impacto de las AM desarrolladas, comparando el sumatorio de las puntuaciones IPR de los MF que se habían abordado global y desglosados por procesos).

Resultados

Mapa Riesgos 2017: Se identificaron 107 MF. Nivel de Riesgo Muy alto: 1 (0.9%); Alto: 57 (53.3%); Medio: 49 (45.8%). Se planificaron 19 AM para abordar 46 MF considerados prioritarios. El 100% de las AM fueron implantadas (Ejemplos: Programa simulación Multidisciplinar de trabajo en equipo, nueva aplicación informática de Triage pediátrico, protocolo de Identificación Inequivoca del paciente, Gestor de la Unidad de Observación, registro Trazabilidad de pruebas microbiológicas urgentes, Prescripción electrónica (protocolos con limitación de dosis máxima), Talleres de Comunicación...)

Mapa Riesgos 2019: Se identificaron 115 MF. Nivel Riesgo Muy alto: 0; Alto 56 (48.7%); Medio 57 (49.6%); Bajo 2 (1.7%).

Análisis del impacto de las AM (IPR 2019 Vs IPR 2017): Global (1377 Vs 1894). Desglosado por procesos: Registro – Clasificación (60 Vs 72). Emergencia vital (60 Vs 40). Atención Prioridad 2-5 (248 Vs 384). Observación (141 Vs 221). Pruebas (214 Vs 282). Tratamiento (420 Vs 528). Alta (234 Vs 367).

Algunos de los MF detectados en 2017 no aparecían en 2019 y los que se repetían disminuyeron significativamente su IPR.

Conclusiones

La realización de un Mapa de Riesgos es una herramienta que permite proponer de una manera sistemática áreas de mejora y evaluar el impacto de las mismas. En nuestro servicio, ha servido para identificar riesgos y desarrollar mejoras que han disminuido significativamente el índice de impacto de los riesgos tratados, y por tanto, ha mejorado la seguridad de la atención que prestamos a nuestros pacientes.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ADN DE LA ORGANIZACIÓN: NUESTRA ESTRATEGIA

AUTORES

DIANA MOLINA-VILLAVERDE¹; S GARCIA-DESANJOSE²; C FUNES-MOLINA³; I ARAQUE-CRIADO⁴; A DIAZ-REDONDO⁵;
D GARCIA-GARCIA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Desde 2005 se impulsa la Estrategia de Seguridad del Paciente en el territorio nacional. El hospital es centro de referencia nacional en 11 patologías y desde 2016 está inmerso en la acreditación por el organismo Joint Commission International, por lo que la estrategia de seguridad del paciente representa el foco principal para la mejora de la calidad y seguridad. La interiorización de buenas prácticas es un reto como gestión del cambio en las organizaciones y para ello destacan las estrategias multimodales, que reúnen un paquete de intervenciones recomendadas científicamente respaldadas. La elección de éstas se basa en aplicabilidad y cumplimiento, lo que hace que esta herramienta sea valiosa para lograr resultados y mejorar los indicadores de seguridad.

Objetivos

Evaluar la efectividad de la implantación de una intervención multimodal en la estrategia de seguridad del paciente en un hospital de referencia nacional.

Material y métodos

Diseño: Estudio cuasiexperimental de tipo antes/después

Ámbito: Unidades de hospitalización

Periodo de estudio: junio 2018 - diciembre 2018

La muestra incluyó a 384 profesionales. Como intervención se diseña una estrategia de intervención multimodal basada en: creación de infografías, formación basada en varias píldoras formativas -con un máximo de 15 minutos el conjunto- y evaluación mediante técnica de gamificación con herramienta comercial (Kahoot) a través cuestionario creado ad hoc antes (pre-formación) y después (post-formación) y encuesta de satisfacción posterior.

Resultados

Se realizan 12 infografías que se alojan en intranet. Se realizan sesiones en todas las unidades de hospitalización de área médica y quirúrgica con píldoras formativas relacionadas con seguridad del paciente. El nivel basal de conocimientos global fue de 57% de aciertos. Tras la intervención educativa, se incrementa a 90%. El nivel de satisfacción con la herramienta fue del 80%.

Conclusiones

Una intervención multimodal se puede asociar a un impacto positivo en la adquisición y refuerzo sobre contenidos de seguridad. El uso de la gamificación, las píldoras formativas breves y el contenido visual de las infografías fue valorada positivamente. Esta estrategia puede suponer un recurso adicional de bajo coste, escalable y de alto impacto relevante para la consecución de los objetivos internacionales de seguridad del paciente.

EL VALOR DE UN EJÉRCITO IMPLICADO EN SEGURIDAD

AUTORES

ALICIA DÍAZ-REDONDO¹; R PLÁ MESTRE²; D MOLINA VILLAVERDE³; V QUESADA CUBO⁴; N LÓPEZ FRESNEÑA⁵; S GARCÍA DE SAN JOSÉ⁶.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La seguridad del paciente, aunque hoy día se contempla como línea estratégica de cualquier organización sanitaria, no siempre es fácil de implantar.

Así mismo, la evaluación y consecución de resultados que impacten directamente en la seguridad de la atención que prestamos, aún sigue siendo un reto y depende en gran parte de la cultura de seguridad tanto de la organización como de los profesionales que la integran.

Objetivos

Mejorar los resultados relacionados con la seguridad del paciente identificando y formando a un conjunto de personas que de forma horizontal, llegan al resto de profesionales desde la base en un hospital de alta complejidad, impactando en la cultura de seguridad del mismo.

Material y métodos

Desde 2013 se seleccionaron progresivamente profesionales de distintas categorías y turnos. La selección se hizo de acuerdo a su capacidad de liderazgo, su implicación y el área en la que trabajaban. Después se les proporcionó formación reglada en seguridad del paciente, además de sesiones breves frecuentes, y se propusieron objetivos anuales.

Se realizaron reuniones semestrales para el seguimiento y evaluación de objetivos, así como para compartir prácticas seguras. Se les facilitó material audiovisual, herramientas y espacios para el análisis de riesgos y la difusión de lo aprendido entre sus compañeros.

Variables resultado: evolución de referentes de seguridad, incidentes de seguridad notificados y analizados, prácticas seguras, prevalencia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, y utilización del listado de verificación quirúrgica (LVQ) antes y después.

Resultados

- Antes del desarrollo del plan, contábamos con 12 referentes de seguridad, pasando a tener 231 cinco años después.
- De los 41 incidentes de seguridad notificados y analizados en 2012 se llegó a 2470 en 2018, de los que se analizaron 1922 (77,81%)
- En el año 2012 se desarrollaron 13 prácticas seguras en el centro frente a las 681 del año 2018.
- La prevalencia de infección relacionada con la asistencia sanitaria bajó del 10,97% en 2012 al 6,34% en 2018.
- El cumplimiento del LVQ antes del desarrollo de la red de referentes fue de 85% frente al 96,3% posterior.

Conclusiones

La identificación, formación y apoyo de profesionales líderes naturales y conocedores de la realidad y contexto de su área de trabajo, es una estrategia eficiente para reforzar la cultura de seguridad y es muy útil en la mejora de resultados, especialmente en organizaciones complejas.

ALERTA VISUAL: RIESGO DE DISFAGIA

AUTORES

CARMEN PAJUELO DIEZ¹; O MARTIN VELASCO²; M^a SEIJAS SANCHEZ-ROMO³; C GARCIA FERNANDEZ⁴; C ALONSO MONTOYA⁵.

CENTRO DE TRABAJO

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Una de las causas más comunes de disfagia orofaríngea son los problemas neurológicos desde pacientes con enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple o patología vascular así como procesos neuro quirúrgicos que cursan con alteración de la deglución. Es importante su detección temprana para prevenir las complicaciones a nivel respiratorio y/o nutricional.

Objetivos

Implantación de pulsera identificativa para pacientes con alteración de la deglución (disfagia) ingresados en la unidad de neurología/neurocirugía, para mejorar su atención y evitar posibles complicaciones como son la broncoaspiración, desnutrición y deshidratación
Disminuir los efectos adversos producidos por falta de identificación paciente con riesgo
Evaluar la eficacia de esta medida una vez implantada
Realizar formación paciente y/o cuidador principal desde el ingreso hasta el alta hospitalaria

Material y métodos

Población diana: pacientes que ingresan en la unidad de neurología/neurocirugía y son identificados como población de riesgo de disfagia. La enfermera responsable del paciente procede a la valoración en el ingreso. Coloca la pulsera identificativa de disfagia en pacientes con:

- Diagnóstico conocido de disfagia
- Sospecha de disfagia

Los registros iniciales de la enfermera incluyeron constantes vitales, valoración de enfermería, plan de cuidados, dieta en cocina, observaciones de enfermería. Se inició educación al paciente y familia/cuidador principal sobre la dieta y recomendaciones higiénico-posturales, hasta ser valorado por la Unidad de disfagia. Se les entrega un tríptico que explica las medidas generales que hay que tener en cuenta en pacientes con disfagia.

Se realiza interconsulta a la unidad de disfagia. Inclusión en el informe de enfermería la adaptación específica de la dieta que el paciente debe continuar al alta. Interconsulta a enfermera de continuidad asistencial para comunicar al personal de Atención Primaria alta del paciente para su seguimiento.

Resultados

Durante los meses de marzo, abril, mayo se realizaron 73 valoraciones de pacientes con riesgo de 302 ingresos en la unidad. De los 73 pacientes captados todos realizaron seguimiento por la unidad de disfagia. De ellos 9 pacientes fueron tratados por una rehabilitación logopédica de la deglución. Al alta los pacientes recibieron el informe de enfermería con los cuidados. Los pacientes con dieta de disfagia y SNG, son derivados a enfermera de continuidad asistencial para comunicación con enfermera de Atención Primaria.

Conclusiones

La visualización del riesgo del paciente a través de la pulsera identificativa hace que los profesionales identifiquen a los pacientes con disfagia y minimicen efectos adversos. Se favorece el proceso de comunicación entre enfermería y el resto del equipo multidisciplinar en relación al riesgo y a la toma de decisiones.

La detección precoz de la disfagia evita complicaciones que producen una disminución de la calidad de vida del paciente e incluso un aumento de su morbimortalidad.

«ACTIVIDAD SINASP 2012-2018: DE LA NOTIFICACIÓN A LA ACCIÓN»

AUTORES

VERÓNICA BRUGOS-LLAMAZARES¹; M GUERRA-DÍAZ²; S DIEZ AJA-LÓPEZ³; AJ ABAD-FRANCO⁴; MA URBIETA-QUIROGA⁵; R VALLE-BERNAD⁶.

CENTRO DE TRABAJO
HOSPITAL SIERRALLANA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La promoción de distintos métodos para la identificación de riesgos relacionados con la seguridad, así como de elementos para la gestión de los mismos continúa siendo uno de los objetivos de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Dentro de ellos, los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la atención sanitaria orientados al aprendizaje y resolución de problemas constituyen una potente herramienta de mejora, si bien su uso y sostenibilidad en el tiempo es uno de los principales retos a los que se enfrentan los profesionales que trabajan con ellos.

Objetivos

Evaluar la actividad del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) 6 años después de su implantación en la Gerencia.

Material y métodos

Periodo a estudio: 13/05/12 al 31/12/18. Tipo de estudio: descriptivo de las notificaciones recibidas y mejoras propuestas por el Núcleo de Seguridad SiNASP. Herramienta de evaluación: Módulo de elaboración de informes SiNASP [análisis comparativo (datos de la comunidad y de todos los centros que usan el SiNASP)].

Resultados

Se recibieron 586 notificaciones (1.613 en la Comunidad, 29.767 en todos los centros). Al igual que en la Comunidad y resto de centros, la mayoría fueron: no SAC 361 (61,60%), de unidades de hospitalización 216 (37,24%), notificadas por personal enfermero 272 (46,42%) y relacionadas con identificación 163 (18,69%). Mejoras propuestas 273: elaborar un procedimiento para la identificación inequívoca de pacientes, volantes y muestras durante el proceso de extracción, colocar en los carros de medicación un cartel indicando que hay que firmar después de administrar, confeccionar unas instrucciones para canalizar accesos venosos en pacientes quirúrgicos, crear un grupo de trabajo para la revisión del abordaje de una parada cardiorespiratoria, colocar carteles explicativos en las habitaciones indicando como deben ser utilizadas las sillas plegables, revisar y analizar por parte de los profesionales del Laboratorio y de Primaria, cómo se lleva a cabo la etapa pre-analítica en los Centros de Salud.

Conclusiones

A pesar de que muchas mejoras requieren proyectos a medio-largo plazo para su implementación por lo que los profesionales pueden no percibir el resultado de su notificación inmediatamente y de la necesidad de una alta dedicación y tiempo para la gestión del SiNASP, tras 6 años de funcionamiento se mantiene la actividad en la Gerencia, con resultados similares al resto de centros que usan la herramienta, habiendo ayudado a la identificación y priorización de problemas de seguridad. Además, ha permitido establecer un nuevo canal de comunicación Especializada-Primaria mediante de la investigación de notificaciones de manera conjunta.

DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA NEFROPATÍA INDUCIDA POR CONTRASTE MEDIANTE VALORACIÓN ENFERMERA: UN CIRCUITO DE SEGURIDAD

AUTORES

Raquel Crespo Calvo¹; S Falip-Sagués²; G Serra-Sánchez³; N Viadel-Giménez⁴; D Buján-Leiva⁵; C Sebastià-Cerqueda⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínic

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Para la realización de una Tomografía Computarizada (TC) diagnóstica o de control evolutivo es necesario en la mayoría de los casos la administración de contraste yodado via intravenosa. Este contraste puede afectar la función renal del paciente. Según el protocolo instaurado en el 2014 en nuestro centro, realizamos profilaxis de hidratación intravenosa previa y posterior a la TC a todos los pacientes que presenten en una analítica de menos de 3 meses un Filtrado Glomerular $< 45 \text{ mL/min}$ y que requieran un estudio con contraste yodado, sin otras contraindicaciones. Desde la consulta enfermera del Centro de Diagnóstico por Imagen, nos encargamos de cribar a los pacientes que presenten afectación de la función renal y se les solicite una TC con administración de contraste yodado, realizando una valoración individual del paciente y su posterior seguimiento, para detectar una posible nefropatía inducida por el contraste (NIC). Esta valoración forma parte de un ensayo clínico que ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente.

Objetivos

1. Garantizar un proceso asistencial seguro de los pacientes que presentan un $\text{FG} < 45$ para la realización de una TC. 2. Detectar pacientes que sufren una nefropatía inducida por el contraste. 3. Hacer seguimiento de su evolución hasta su derivación al nefrólogo si fuera preciso.

Material y métodos

Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal y retrospectivo que incluye a todos los pacientes extra hospitalarios pendientes de realizar una TC con contraste, que han sido cribados desde la consulta enfermera durante enero del 2018 a mayo del 2019 y que han sido incluidos en nuestro protocolo de profilaxis de la NIC.

Resultados

Se han evaluado durante este período, un total de 321 pacientes, a los cuales se les ha realizado profilaxis de la NIC mediante hidratación, con control y seguimiento de la creatinina y filtrado glomerular post procedimiento.

En este periodo se han detectado 23 casos de pacientes con un aumento de más de 0.5 mg/dL de la creatinina entre las 48/72 horas post TC mediante el seguimiento analítico. 13 pacientes equipararon la función renal previa al TC en el 2º control analítico realizado a los 15 días post TC. 5 pacientes precisaron de un 3er control a los 30 días para equiparar la función renal previa al TC. Finalmente se derivaron al nefrólogo de referencia en 5 casos.

Conclusiones

Podemos decir que la consulta enfermera ha aportado seguridad al proceso asistencial en el paciente con la función renal disminuida que se ha de realizar una TC con contraste. Se ha implementado un circuito de seguimiento para estos pacientes. Estamos trabajando en la elaboración de material informativo para pacientes, familiares y cuidadores. Queda pendiente para próximas investigaciones, el manejo de estos pacientes en futuras TC con contraste.

LA SEGURIDAD ESTÁ EN JUEGO: EVALUACIÓN DE ACCIÓN FORMATIVA MEDIANTE GAMIFICACIÓN

AUTORES

IRENE ARAQUE-CRIADO¹; C FUNES-MOLINA²; MJ TORAÑO-OLIVERA³; C BOVE-ORTEGA⁴; D MOLINA-VILLAVERDE⁵.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Una de las líneas estratégicas del HGU Gregorio Marañón es el compromiso con la calidad asistencial y seguridad del paciente. Para conseguir una mejora en la seguridad del paciente es fundamental que todo el personal lleve a cabo prácticas acordes con la mejor evidencia disponible. La interiorización de buenas prácticas es un reto como gestión del cambio en las organizaciones; como elemento innovador se ha introducido la gamificación (serious game), que consiste en trasladar la dinámica de los juegos al ámbito de la formación, evaluando el nivel de conocimiento gracias a la herramienta, permitiendo a los profesionales un rol activo en su propio aprendizaje, con resultados óptimos.

Objetivos

Identificar el nivel de conocimientos sobre Seguridad del paciente y evaluar los resultados obtenidos mediante herramienta de gamificación.

Material y métodos

Se realiza un proyecto de intervención educativa al personal del HGUGM de junio a diciembre de 2018. El universo quedó conformado por 384 profesionales de distintas categorías. Mediante gamificación (herramienta libre Kahoot®) se realiza encuesta inicial, y tras intervención educativa breve a modo de píldora formativa, se repite la misma encuesta con el juego. Una vez finalizado, los participantes evaluaron la herramienta.

Resultados

El nivel basal de conocimientos global fue de 58,51% con un IC 95%(51,65-65,37) de aciertos. Tras la intervención educativa, se incrementa a 89,42% (80,63-98,22), siendo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

279 personas (72% de la muestra) completaron el nivel de satisfacción con la herramienta; de estos un 80% valoraron positivamente la herramienta (5/5)

Conclusiones

La seguridad de las organizaciones sanitarias necesita un salto cualitativo que permita situarnos a la altura de otros ámbitos, como la aviación. La implantación de una cultura de seguridad en todos los trabajadores es necesario para ello. La utilización de la aplicación Kahoot resultó positiva en el proceso de formación y evaluación aportando un carácter motivador. El empleo de gamificación se puede asociar a un impacto positivo en la adquisición y refuerzo sobre contenidos de seguridad del paciente.

TRABAJANDO PARA CAIDAS ZERO

AUTORES

Begoña De Andres Gimeno¹; A Santano Magariño²; M Revuelta Zamorano³; P Cazallo Navarro⁴; J Hernan Sanz⁵; MA Parrado Hernandez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital U. Puerta de Hierro Majadahonda

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Uno de los objetivos internacionales de la Joint Commission International (JCI) para la seguridad del paciente es minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas. Disminuir su frecuencia es un objetivo del contrato programa del SERMAS para hospitales desde el año 2016. En el hospital se notifican caídas en un formulario específico de la historia clínica electrónica.

Objetivos

Disminuir la incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados

Material y métodos

Seguimiento mensual de la incidencia de caídas durante 2017, 2018 y 2019.

Evaluación sobre la adecuación del instrumento de cribado del riesgo de caídas en el paciente hospitalizado.

Creación de un grupo de trabajo Zero Caídas (comisión de cuidados, dirección y unidades clave). Análisis causa efecto y priorización de acciones de mejora relacionadas con:

ESTRUCTURA: Actualización del protocolo de prevención de caídas que incluye: Evaluación del riesgo a todos los pacientes e implementación de acciones preventivas según resultado. Elaboración de un plan de cuidados normalizado para pacientes con riesgo.

Revisión de elementos estructurales para la prevención: luz de referencia nocturna y elementos reflectantes, longitud de cable de timbre, revisión de estado de sillones, relojes por habitación.

Creación de alerta en caso de pacientes de riesgo que figura en mapa de camas de cada unidad

PACIENTE: Implicar al paciente/familia mediante la información estructurada sobre prevención de caídas que el profesional proporciona al ingreso. Colocación de pictogramas en las habitaciones del hospital.

ORGANIZACIÓN: Elaboración de cuadro de mandos por unidad para supervisoras que incluye indicadores de proceso (evaluación del riesgo de caídas al ingreso) y de resultado (pacientes con riesgo de UPP e incidencia de caídas).

Sesiones de despliegue estratégico de resultados de caídas por unidad por parte de referentes de seguridad.

Creación de píldora formativa en app de formación continuada visible en Smartphone de profesionales. Envío de video general y dirigido a profesionales de unidades clave.

Sesión informativa al personal de nueva incorporación e inclusión en el protocolo de acogida por unidad de enfermería.

Resultados

La incidencia de caídas por 1000 estancias en 2017:1,81; 2018:1,78; 2019:1,27

El análisis del formulario nos permite conocer la evolución de la severidad de las caídas: 1,9% con consecuencias graves en 2018; 1,6% en 2019. 72% sin consecuencias en 2018 y 75% en 2019. 26% consecuencias leves en 2018 y 23% en 2019.

El perfil de paciente que sufre una caída es: >75 años en 50%, 62% con limitación de la movilidad y un 52% se producen por la noche.

Las unidades con mayor prevalencia son M. Interna, Cardiología y Neurología.

El 63% de los profesionales han visualizado el video de prevención en su teléfono.

Conclusiones

La creación del grupo y el plan de mejora implantado han favorecido la disminución de las caídas en el hospital. Conocer las causas de las caídas es primordial para trabajar en gestión del riesgo y la minimización de las caídas.

MEJORA CONTINUA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL

AUTORES

Arantza Mendaza Iriberrí¹; M Araiz Ranirez²; M Dominguez Rubio³; NM Rodriguez Canas⁴; T Zurutuza Zurutuza⁵; A Pérez Jáuregui⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Donostia -OSI Donostialdea

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La transfusión de componentes sanguíneos es un proceso asociado a diversos riesgos de seguridad de diferente gravedad, incluida la muerte. Esto se debe a la complejidad del proceso en sí mismo, con varios pasos y llevados a cabo por diferentes agentes, generando múltiples oportunidades de error.

En 2016 se implantó en nuestro centro un Sistema de Seguridad y trazabilidad Transfusional (Gricode), consistente en el registro informatizado, in situ y en tiempo real de todos los pasos del proceso, mediante lectura de códigos de barras. Con él se identificó como área de mejora las incidencias ocurridas durante la fase de extracción e identificación de la muestra pretransfusional, momento crítico del proceso.

Objetivos

Disminuir el número de incidencias acontecidas durante la extracción e identificación de la muestra pretransfusional.

Material y métodos

Utilizando la metodología PDCA (Plan-Do-Check-Act) se establecieron sendos circuitos para la detección y notificación de incidencias, y se construyó una base de datos para el posterior análisis y explotación de los mismos. Tras dicho análisis se identificaron las incidencias más frecuentes en 2018 y se diseñaron varias acciones para disminuirlas que se implantaron entre enero y marzo de 2019: implantación de mejoras en la herramienta gricode, redefinición del periodo de validez de la muestra pre transfusional, actualización formativa en el procedimiento de gricode, o difusión de las incidencias más frecuentes y sus causas a los profesionales de enfermería. Se comparan las incidencias antes y después de las acciones implantadas.

Resultados

En 2018 se transfundieron 19.667 componentes y se notificaron 285 incidencias producidas durante la extracción y/o identificación de las muestras pretransfusionales (1,82% del total de extracciones realizadas).

Comparando las incidencias notificadas en el cuatrimestre previo al inicio del plan de acción, con las detectadas en el cuatrimestre posterior, se ha producido un descenso del 33,33% (de 126 a 84). Si se incluye Mayo del 2019, el descenso en las incidencias pasa a 42,86% (de 35 a 20).

Según incidencias: la no coincidencia del número identificativo del paciente (CIC) en la solicitud y en Gricode disminuyó un 100%, la introducción manual del CIC descendió un 62,86%, el uso de una solicitud ya utilizada disminuyó un 23,08%, el envío de muestra sin haber completado el procedimiento de Gricode disminuyó un 21,05% y el error en el orden de lectura de los códigos disminuyó un 33,33%. Se detectó un área de mejora: el corte de pulseras de Gricode todavía válidas.

Conclusiones

El establecimiento de una metodología PDCA para la mejora continua de la fase de extracción e identificación de la muestra pre transfusional dentro del proceso de transfusión de componentes sanguíneos, es una herramienta útil que nos ha ayudado a cumplir nuestro objetivo de disminuir el número de incidencias asociadas a esta fase en un 42,86%.

EXTRACCIÓN SANGUINEA MINUTO CERO EN EXTRAHOSPITALARIA

AUTORES

VERÓNICA REAL MARTÍNEZ¹; JL PEREZ OLMO²; C CARDENETE REYES³; JC CERDEIRA VARELA⁴; MV HERNANDEZ JARAS⁵.

CENTRO DE TRABAJO

SUMMA112.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El servicio de emergencias medicas (SEM) realiza la atención al paciente de urgencias/emergente a todos los pacientes en todos los ámbitos asistenciales: domicilio, vía publica y centros de urgencias.

En la mayoría de los pacientes graves precisa de un tratamiento farmacológico y/o estabilización hemodinámica para lo que es prioritaria la canalización de un acceso vascular periférico.

Una vez el paciente es transferido a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se realiza siempre en primer lugar, una nueva punción para extracción de muestra sanguínea.

Se planteo la elaboración de un procedimiento conjunto (SEM-SUH) que permitiese en una sola punción canalización, extracción de analítica y administración de medicación si procede.

Objetivos

- 1-Aumentar la humanización de la asistencia
- 2-Mejorar la continuidad asistencial
- 3-Renovar resultados
- 4-Aumentar en la seguridad del paciente
- 5-Ganar en seguridad del profesional
- 6-Enriquecer el registro con taxonomía enfermera

Material y métodos

La propuesta de mejora de procedimiento, parte de un análisis DAFO del proceso.

Para hacer viable la extracción sanguínea a la par que la canalización venosa en la asistencia inicial, era necesario unificar criterios con todos ellos y que esos tubos fueran compatibles para todos los hospitales, a pesar de que contasen con diferentes modelos de analizadores en cada laboratorio y la compra de material de cada hospital este descentralizada.

Dentro del potencial mapa de actuaciones derivados del análisis DAFO-CAME, se elaboró una propuesta inicial que cumpliera los requisitos anteriores y que permitieran llevar a cabo este procedimiento.

Se consensuan tubos a utilizar, se establece nueva sistemática de trabajo, se aprueba conjuntamente y se elabora una instrucción técnica para informa a todos los profesionales implicados.

Resultados

Elaboración de procedimiento unificado de SEM y SUH para extracción sanguínea y administración de medicación.

Mejora en la calidad de atención percibida por el paciente

Registro de parámetros de extracción de analítica minuto cero para su posterior comparativa con siguientes extracciones realizadas en el hospital durante el ingreso del paciente.

Implementado la taxonomía enfermera en registro para recogida de datos futuros

Optimización del proceso de compra de tubos de extracción

Conclusiones

Mejora de tiempos de atención y decisión clínica de paciente clínico

Implementación de un ítem de mejora en nuestros procesos de cuidados de pacientes críticos

Medición y cuantificación de actividad con el registro de taxonomía enfermera.

Trazabilidad y comparativa multicentrica de parametros analizados

Aumento de seguridad clínica, calidad asistencial y seguridad para profesionales

ADAPTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 791/2018 A LA UNIDAD DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL

AUTORES

BEATRIZ FERNANDEZ BUENA¹; MC PLAZA GOMEZ²; E FERNANDEZ CANO³; A ROBLEDO GONZALEZ⁴.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SARA CRISTINA

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Con fecha 11 de abril de 2018 se publica la Resolución 791/2018 en nuestra Comunidad por la que se dictan instrucciones de carácter obligatorio en las operaciones de venopunción destinada a la extracción sanguínea para analíticas, la colocación de dispositivos de canalización endovenosa periférica o para la venoclisis. El hospital cuenta con una Unidad de Extracciones que da cobertura a todos los pacientes derivados a la misma para extracción de sangre y donde se realizan más de 28000 venopunciones al año. La importancia del proceso nos conduce a la revisión completa del proceso. Liderados por la Dirección de Enfermería se implanta la normativa, realizando previamente un análisis de situación por parte de las supervisoras de Laboratorio, Consultas y Calidad.

Objetivos

General

- Aplicar la Resolución 791/2018 en la unidad de extracciones.

Específicos

- Revisar el proceso actual de extracciones del hospital.
- Dar a conocer la Resolución a los profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de extracciones.
- Cumplir las instrucciones recogidas en la Resolución.

Material y métodos

Para la revisión del proceso del circuito de extracciones se llevó a cabo un grupo de trabajo donde se estudió el mismo diagramándose mediante flujograma y detectándose áreas de mejora. Para la comunicación de la Resolución se impartió una sesión a los profesionales tanto de la unidad de extracciones como de consultas. Mediante entrevista con los profesionales, el apoyo de la Supervisora de Recursos materiales y el grupo de trabajo se llevaron a cabo las modificaciones pertinentes para dar cobertura punto por punto.

Resultados

- Se rediseña el proceso de extracciones.
- La comunicación se llevó a cabo mediante sesiones informativas.
- Todos los puestos de atención están separados por una distancia mínima de un metro.
- Se estandariza la limpieza de superficies de forma diaria y semanal.
- Se diseñó la colocación del material de extracciones en la mesa.
- Se retira el material textil y se sustituye por desechable.
- Los compresores se cambian si están sucios o deteriorados y de forma rutinaria una vez a la semana.
- Se cambió el alcohol de 70 ° por Clorhexidina alcohólica al 2 %.
- Los contenedores clase III se localizan ahora fuera de la zona de limpio de la mesa.

Conclusiones

El cumplimiento de la Resolución 791/2018 nos ha permitido la revisión del circuito de extracciones. Apoyados en el uso de herramientas de calidad se ha diseñado las acciones de mejora que nos han llevado a una gestión más eficiente y garantizando la seguridad del paciente sujeto a venoclisis.

La implicación desde el principio de la aplicación de la normativa de los profesionales implicados asegura la consecución de los objetivos de manera óptima.

La Resolución se presenta no sólo como una instrucción de carácter obligatorio sino que además ha sido para nuestra unidad: una oportunidad de mejora.

CUMPLIMIENTO DE INDICADORES EN LA CIRCULACIÓN/HIGIENE DE MANOS DEL BLOQUE QUIRÚRGICO: ESTUDIOS DE PREVALENCIA 2016-2018

AUTORES

Rosa M^a Sabater-Raga¹; A Aloy-Duch²; D Maldonado-López³; C Oller-Miralles⁴; A Pérez-Hurtado⁵; M Viñeta-Pou⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital General de Granollers

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Según la OMS, la infección de localización quirúrgica (ILQ) representa el 15% de las infecciones nosocomiales. Esta suele contraerse durante la propia intervención, ya sea en forma exógena o endógena.

Los factores que influyen en la contaminación del quirófano transmitida por el aire son diversos destacando, el número y movimiento de personas dentro del quirófano, el grado de cumplimiento de la higiene de manos o la uniformidad del personal.

Objetivos

Presentar los resultados obtenidos mediante 8 estudios de prevalencia, en los tres últimos años, sobre el cumplimiento de los indicadores descritos en la normativa interna sobre 'Higiene y Circulación del Bloque Quirúrgico (HCBQ)'

Material y métodos

Nuestro centro es un hospital general de referencia comarcal universitario que abarca un área de influencia de 400.000 habitantes, con 300 camas y 9 quirófanos, realizando unas 11.000 intervenciones quirúrgicas anuales.

En 2015 se elaboró interdisciplinariamente una normativa para mejorar la HCBQ. Ésta incluye diferentes indicadores, descritos en los resultados, agrupados en dos macroindicadores (el área no crítica, y crítica) y uno global (cumplimiento general). Los estándares se establecieron al 95%. La enfermera responsable de control de infecciones ha evaluado, semestralmente, mediante observaciones directas, el cumplimiento de los indicadores.

Resultados

Se han realizado 8 estudios de prevalencia con los siguientes indicadores de media anual:

1. Subindicador del área no crítica (uniforme adecuado sin joyas u otros; HM en preanestesia y reanimación, y mascarilla en técnicas; transfer cerrado...) en 2016 hasta el 2018, respectivamente: 81%, 58% y 46%.
2. Subindicador del área crítica (número de profesionales en quirófanos; mascarilla; materiales personales inadecuados como móvil; puertos y guillotinas cerradas; HM quirúrgica adecuada; salidas innecesarias del quirófano; uniforme adecuado dentro de los quirófanos ...): 94%, 66% y 75%, respectivamente.
3. Indicador global sobre el cumplimiento de la normativa HCBQ: 87%, 62 % y 61%, respectivamente.

Se han propuesto las siguientes acciones de mejora: formar > 80 profesionales; eliminar la entrada de papel (libros); aumentar los puntos de solución alcohólica en las áreas de preanestesia y reanimación; control sobre el uso del móvil; y, mejora del formulario de recogida de datos.

Conclusiones

Los estudios de prevalencia muestran un bajo cumplimiento de la normativa sobre HCBQ. Esperamos que la propuesta de acciones mejoren en 2019 los resultados obtenidos. Creemos que es imprescindible la retroalimentación de los resultados obtenidos, la potenciación de las acciones de mejora anteriores, responsabilizar a los mandos, implicar a los profesionales, y controlar más estrictamente su cumplimiento. Una práctica adecuada de las medidas de prevención sobre la debería mejorar el entorno y los hábitos quirúrgicos, y presumiblemente reducir las tasas de infección posquirúrgica.

DESARROLLO DE ENFOQUES MÁS EFECTIVOS PARA EL DESPLIEGUE DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

AUTORES

MONTSERRAT ALCALDE-MARTIN¹; MJ PÉREZ-BOILLOS²; N DE-MIGUEL-GARCÍA³; S MONTERO-ALONSO⁴; E ARRIETA-CERDÁN⁵; J GONZÁLEZ-PASTRANA⁶.

CENTRO DE TRABAJO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Desde la puesta en marcha de nuestro sistema de notificación corporativo (sisnot), se han formado más de 700 gestores de unidad. Su labor es poner en marcha el proyecto en sus unidades comenzando con una sesión de formación-presentación, realizar el análisis de las notificaciones recibidas y proponer las mejoras a llevar a cabo.

En los últimos años, en un alto porcentaje de casos la formación de estos gestores no ha ido acompañada de la puesta en marcha posterior de sisnot en sus unidades.

Objetivos

Aumentar el porcentaje de gestores que tras recibir la formación ponen en marcha el sistema de notificación en sus unidades.

Material y métodos

En el proyecto sisnot se imparte una formación inicial a las personas responsables de las diferentes unidades. El curso, de 5 horas lectivas, comprende una parte de seguridad de pacientes, cultura de seguridad y otra sobre el sistema de notificación.

En la formación realizada en el año 2017, las actividades formativas incluían una evaluación de satisfacción y de aprendizaje y en el 2018 se incorporan además, las de transferencia e impacto.

La evaluación de la satisfacción se realiza a través de una encuesta a la finalización del curso; la de aprendizaje mediante un test pre y post curso; en la evaluación de transferencia se valora si el nuevo gestor ha realizado una sesión de formación-presentación sobre el sistema de notificación en la unidad donde se implanta el proyecto y en la evaluación de impacto se valora el número de notificaciones y mejoras que se han realizado en los seis meses posteriores a finalizar el curso.

Resultados

En el año 2017 se formaron un total de 148 profesionales en 9 sesiones diferentes. En el 2018 fueron 111 profesionales en 7 sesiones diferentes.

La evaluación de satisfacción del curso en 2017 fue de 8 puntos sobre 10 y en 2018 de 8,5.

La evaluación del aprendizaje del 2018 fue satisfactoria con claras diferencias de los test realizados antes y después del curso. El test previo tuvo un 83% de aprobados frente al 98% después del curso. El porcentaje de test con todas las respuestas correctas fue del 21% antes del curso y del 40% al finalizar el mismo.

La evaluación de transferencia fue realizada por el 55% de los participantes de la formación a los 6 meses de la misma.

Respecto a la evaluación de impacto, se ha producido un incremento en las notificaciones y mejoras del primer semestre después de la formación, con un incremento del 26% en las notificaciones (de 311 a 393) y un 44% en las mejoras (de 163 a 234). Lo que supone una media de notificaciones por unidad en ese semestre de 5,7 en 2018, frente a 3,2 en 2017 y una media de 3,4 mejoras por unidad en el semestre en 2018, frente a 1,7 en 2017.

Conclusiones

El nuevo enfoque de formación-acción ha sido muy efectivo, ha mejorado de forma importante tanto el porcentaje de gestores que ponen en marcha sisnot tras recibir la formación como la utilización del sistema en las nuevas unidades que se incorporan al proyecto.

COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y PERSONAL EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO ACREDITADO EN GESTIÓN DE RIESGOS

AUTORES

María Ángeles Martínez López.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital de Monforte de Lemos.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En el hospital de día oncohematológico, de un hospital comarcal, acreditado en la norma UNE 179003 de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente, establecemos un sistema de comunicación con los grupos de interés: en este caso pacientes, familiares y personal de la unidad. Con los pacientes y familiares se utilizó una encuesta de seguridad de paciente de elaboración propia y con los profesionales reuniones de grupo.

Objetivos

Establecer un canal de comunicación con los pacientes y conocer su percepción sobre seguridad.

Transmitir a los profesionales la información recogida y recabar aportaciones para el sistema de Gestión de Riesgos.

Material y métodos

Para los pacientes se diseñó una encuesta de 5 preguntas: identificación del paciente, información sobre riesgos del tratamiento, pruebas y transfusiones, información sobre cuidados en domicilio, resolución de dudas sobre tratamiento y cuidados, y si la actuación de los profesionales transmite seguridad. Se completa la encuesta con 2 preguntas: si los profesionales no transmiten seguridad puede explicar porqué, y que tendríamos que mejorar en la atención.

En cuanto a los profesionales (5) se realizaron reuniones en las que se transmite el resultado de las encuestas y se recoge su opinión y análisis de dicho resultado.

Resultados

Pacientes: durante 2018 se entregaron 60 encuestas y se recogieron 38 (tasa de respuesta 63%). Pacientes atendidos: 358, porcentaje de encuestados 10,6%, responden la encuesta 71% pacientes, 15% familiares, 13% no especifica quien responde. Se comprueba la identificación del 100% de pacientes, 95% recibieron información sobre los riesgos del tratamiento, pruebas y transfusiones, 100% le explicaron los cuidados en el domicilio, 95% resolvieron sus dudas sobre el tratamiento y cuidados, 97% percibieron seguridad en la actuación de los profesionales, 1 caso no transmite seguridad por personal nuevo sin experiencia. A la pregunta de que hay que mejorar: menos cambios de personal y personal con más experiencia.

Personal: sensibilizado en la importancia de identificar correctamente a todos los pacientes, completar la información sobre riesgos del tratamiento dada por el facultativo requiere mejorar la comunicación entre el equipo y más formación sobre los tratamientos y sus efectos, complicaciones. Durante 2018 hubo una rotación muy alta de personal (bajas, permisos), mayoría de personal sustituto sin experiencia, programa de formación del personal sustituto ineficaz. Consideran que la rotación de personal, el aumento de carga de trabajo (aumento de actividad y elevado número de registros) y la necesidad de formación son factores que contribuyen a aumentar los riesgos.

Conclusiones

Mejorar la comunicación entre el equipo.

Mejorar la formación.

Revisar las necesidades de personal y el programa de formación del personal sustituto.

Incluir la información recogida en el Sistema de Gestión de Riesgos.

LAS RADIACIONES RADIOLOGICAS. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

AUTORES

Carmen Santiago-Garcia.

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL SANTA LUCIA.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

exploraciones radiológicas lleva implícito una mayor exposición a las radiaciones a los pacientes. No existe una limitación específica del máximo de radiación que puede recibir un paciente. A nivel europeo hay una normativa, próxima a incorporar a la reglamentación española, que establece que se debe vigilar activamente los niveles de radiación que el equipamiento radiológico emite, con el fin de hacer la práctica segura. La Directiva Europea 2013/59/Euratom ha incorporado la necesidad de establecer niveles de referencia de dosis de radiación en las exploraciones radiológicas, con el fin de gestionar la seguridad radiológica del paciente mediante un proceso de optimización continua

Objetivos

- 1.- Conocer las dosis de radiación que reciben los pacientes en las distintas exploraciones.
- 2.- Optimizar en cada caso las dosis de radiación recibidas

Material y métodos

Tenemos un programa para la recogida de datos de todos los procedimientos radiológicos de nuestros hospitales, DoseWatch, que permite el registro de la dosis de radiación de los pacientes sometidos a exploraciones radiológicas en su histórico individual.

En nuestra CCAA tenemos conectados al sistema 11 TCs. De todos los estudios radiológicos se han seleccionado 5, que por su relevancia y volumen generan mayor exposición radiológica a la población, correspondiéndose con la TC de Cráneo, TC de Tórax-Abdomen-Pelvis, TC de Abdomen-pelvis, TC de Abdomen y TC de Tórax.

Se ha elaborado el análisis de los niveles de referencia regionales de dosis sobre los estudios radiológicos seleccionados, tomando como indicador de dosis el parámetro CTDIvol (índice de dosis de tomografía computarizada volumétrica), que es normalmente empleado para este tipo de análisis. Se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar que trabaja en la optimización.

Resultados

Los niveles de referencia (DRL: Dose Reference Level) obtenidos para los TCs comparados con los niveles publicados a nivel internacional de nuestro entorno europeo, muestran los datos más bajos en TCs de cráneo, Tórax-Abdomen-y Pelvis, el 2º más bajo en Tórax, solo superado por Bélgica y un nivel intermedio en Abdomen.

Esto demuestra la buena optimización de los protocolos de exploración en nuestro equipamiento radiológico, pero de forma desigual en los distintos equipos. Se puede comparar en tiempo real el cumplimiento de los niveles de exposición, detectar aquellas exploraciones que exceden estos niveles, pudiendo establecer con prontitud medidas correctoras.

La Directiva Europea 2013/59/EURATOM, obligará a la obtención de valores de referencia. Nuestros datos podrán contribuir a determinar los niveles de referencia españoles

Conclusiones

El trabajo en equipo y reglado ha permitido conocer y mejorar la exposición a radiaciones de nuestros pacientes.

USO DEL CÓDIGO DATAMATRIX EN UNA APP DE SEGUIMIENTO DE LA MEDICACIÓN: OPORTUNIDADES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

Vicente Santana López¹; M Pacheco Mera²; J Macías Morón³; P Pérez Pérez⁴; J Ferrero Álvarez-Rementería⁵.

CENTRO DE TRABAJO

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía¹; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía/Sopra Steria²; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía/Sopra Steria³; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía⁴; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía⁵.

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Desde Febrero de 2019(1), están vigentes las nuevas normas sobre dispositivos de seguridad de los medicamentos en la UE. Consisten en dos elementos que se colocan en el envase de un medicamento:

(1) un dispositivo que permite verificar si dicho envase ha sido manipulado.

(2) un identificador único, una secuencia única incluida en un código de barras bidimensional que permite la identificación y verificación de la autenticidad del envase individual en el que se encuentra impreso;

Este identificador (código datamatrix) irá incluido en todos los envases de medicamentos sujetos a prescripción (excepto los excluidos por su bajo riesgo) y podrán figurar en medicamentos no sujetos a prescripción con riesgo especial. Afecta a 15.000 de los cerca de 17.000 medicamentos comercializados en nuestro país. Al escanear el datamatrix se accede a la información contenida en el identificador único para ese envase, que se compara a la almacenada en el repositorio que gestiona el Sistema Español de Verificación de Medicamentos (SEVeM)

Este modelo está estructurado como sistema de "extremo a extremo" de la cadena de suministro en el que participan todos los intervinientes, fabricantes (que incluyen el datamatrix), distribuidores mayoritarios (que pueden practicar verificaciones en cualquier momento), y por último oficinas de farmacia (que verifican el identificador único del envase que van a dispensar).

Brindar también la opción a pacientes y usuarios de acceder desde sus móviles a la información alojada en el código datamatrix, podría ofrecer ventajas adicionales a la seguridad del paciente.

(1)Directiva 2011/62/UE que modifica la Directiva 2001/83/CE sobre medicamentos de uso humano, completada con el Reglamento Delegado (UE) 2016/161 de la Comisión, que es de aplicación a partir del 9 de febrero de 2019

Objetivos

Desarrollar un caso de uso de utilización por la ciudadanía del código datamatrix desde una aplicación móvil, para reforzar la seguridad del paciente.

Material y métodos

Se realizará una actualización de la app para pacientes RecuerdaMed (Android) para el seguimiento de la medicación, que permita leer y utilizar la información contenida en el nuevo identificador único:

- PC: código del producto
- SN: número de serie
- Lote/Lot: Lote
- CAD/EXP: Caducidad

Resultados

Se presentará la app RecuerdaMed con esta nueva funcionalidad implementada (número de serie disponible al que vincular posibles alertas de la AEMPS, avisos automatizados de próxima caducidad...)

Conclusiones

De acuerdo con los responsables del SEVeM, este nuevo sistema de verificación, uno de los proyectos tecnológicos de mayor envergadura acometidos por el sector, constituye 'el primer paso en la digitalización y trazabilidad completa de la cadena del medicamento', que puede brindar beneficios adicionales al paciente.

Abre la puerta a nuevos desarrollos para el SNS (aún pendientes de definir) relacionados con la farmacovigilancia y la farmacoepidemiología. Su utilización, más allá del cupón precinto, reforzaría la seguridad del paciente.

EL RESIDENTE COMO SEGUNDA VÍCTIMA DE EVENTOS ADVERSOS

AUTORES

Inmaculada Sánchez-Pérez¹; J Alcaraz-Martínez²; MD Gómez-Pellicer³; D Peñalver-Espinosa⁴; MJ Carrillo-Burgos⁵; J Nicolás-Galvez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Morales Meseguer

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Un aspecto fundamental de la seguridad del paciente es establecer mecanismos para evitar, paliar o detectar situaciones que den lugar a daño innecesario al paciente derivado de la asistencia sanitaria. Esto es incuestionable, pero no hay que olvidar al profesional que se ve implicado directa o indirectamente en el evento y que puede verse afectado por el mismo. A nadie le gusta que las cosas salgan mal. Los residentes son un colectivo que requiere una atención especial, en este aspecto.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer la implicación de los residentes en incidentes de seguridad del paciente comparando los datos de dos años consecutivos

Material y métodos

Se ha utilizado un cuestionario sobre segundas víctimas, basado en tres trabajos publicados sobre residentes, que ya se había pilotado previamente. En este cuestionario se preguntaba por si en el último año se habían visto involucrados directa o indirectamente en algún incidente de seguridad con algún paciente y su posible afectación por el hecho. Este cuestionario se ha distribuido entre los residentes que hacen guardias en Urgencias. Se les ha dado un curso de formación de seguridad del paciente, en el que se ha hablado de segundas víctimas y de prestar ayuda entre iguales, en el primer escalón de asistencia. Un año después se ha pasado de nuevo el cuestionario a residentes de primer y segundo año.

Para evaluar la diferencia entre proporciones se ha utilizado el test de la chi cuadrado.

Resultados

Se han obtenido un total de 37 cuestionarios en el primer año y 28 en el segundo.

Del total de encuestados en el primer año, 21 (60%) refieren haberse visto implicados en algún incidente de seguridad directamente, en una ocasión en la mayor parte de veces (50%). En el segundo año, el 67,8% (19) declararon haber presenciado un incidente. No ha habido diferencias significativas con el año anterior. Respecto al lugar donde ocurrió el incidente, Urgencias fue el más frecuente (el 57,2% el primer año y 52,6% el segundo) seguido de hospitalización en ambos años. De los 19 casos de incidentes de este año, en 15 de ellos hubo consecuencias para el residente. En 10 de ellas emocionales y en 5 casos hubo reprimenda del tutor. En 12 de ellos (80%) refieren haber tenido apoyo de sus compañeros y solo en 3 casos (15%), del resto del personal centro.

Respecto a la valoración del grado de seguridad de urgencias, de 0 a 10, la media ha sido de 5,8 en el primer año y 5,25 el segundo año.

Conclusiones

El porcentaje de residentes que se ven implicados en incidentes de seguridad del paciente es considerable, siendo Urgencias el servicio donde más incidentes han presenciado. El apoyo entre compañeros se está dando en la mayoría de ocasiones.

REVISIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES

AUTORES

Iosu Barral Juez¹; MP Bachiller Cacho²; J Iribar Sorazu³; A Etxeberria Agirre⁴; A Aguillo Garcia⁵; JR Aginaga Badiola⁶.

CENTRO DE TRABAJO

OSI Donostialdea

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

La polimedicación y los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) aumentan la probabilidad de sufrir resultados negativos en salud como son las reacciones adversas, interacciones, faltas de adherencia, visitas adicionales a consultas de atención primaria, al Servicio de Urgencias Generales (SUG) e incluso a ser hospitalizado.

Objetivos

Detectar y comunicar PRM en pacientes polimedidados que acuden al SUG y estudiar sus posibles implicaciones con el motivo de la visita.

Material y métodos

Estudio prospectivo de abril a octubre de 2018. La intervención se basó en atención farmacéutica donde: se realizó una búsqueda de PRM y se concilió el tratamiento activo del paciente.

Un farmacéutico realizó la selección de pacientes polimedidados (5 o más tratamientos activos en presbide) del censo de pacientes del área A del SUG, priorizando los de más prescripciones.

Se recogió información farmacoterapéutica del paciente y otras variables y se realizó una entrevista donde se confirmó el tratamiento y se pidió consentimiento informado.

Con la información recogida se buscaron PRM y discrepancias entre las fuentes de información.

Para clasificar las incidencias se adaptó la clasificación de PRM de Pharmaceutical Care for Drug Related Problems V6.01. Se incluyó un apartado para incluir las discrepancias detectadas en la conciliación.

Se realizó la siguiente pregunta al urgenciólogo "¿Crees que algún problema con el tratamiento ha podido contribuir a la visita a urgencias?". En caso de la respuesta fuese afirmativa: ¿Qué PRM que considerase relacionado? La concordancia en la respuesta del farmacéutico y urgenciólogo fue posteriormente estudiada.

Resultados

Se recogieron datos de 173 pacientes, 97 hombres (56%), edad media: 73 años, con una media de 9,3 medicamentos crónicos o a demanda activos.

El último mes previo a acudir a SUG; 101 (58%) visitaron la consulta de atención primaria, 80 (46%) tuvo modificación en su tratamiento, 24 (14%) visitó con anterioridad el servicio de urgencias, 24 (14%) estuvieron ingresados.

Los motivos principales de la visita fueron: Disnea 31 (18%), mareo 21 (12%), dolor abdominal 17 (10%), dolor torácico 10 (6%), fiebre 9 (6%).

Se detectaron 358 PRM en 145 (84%) pacientes: 125 (34%) fueron debidas a discrepancias entre información aportada por paciente/informe/presbide, 65 (19%) relacionadas con efectos adversos, 41 (12%) fueron motivadas por faltas de adherencia que se consideraron de relevancia para el manejo del paciente, 43 (10%) relacionadas con dosis entre otros

El farmacéutico y el médico consideraron que 77 (44%) y 67 (39%) de los pacientes respectivamente, tuvieron algún PRM que pudo contribuir a la visita con una concordancia muy buena: índice de kappa de 0,864.

Conclusiones

La prevalencia de PRM de la muestra es alta. Hay que tener en cuenta que se trata de una muestra seleccionada de pacientes. La integración de un farmacéutico dentro del equipo ha facilitado la detección de PRM y a valorar su implicaciones en la visita a urgencias.

EL RESIDENTE COMO SEGUNDA VÍCTIMA DE EVENTOS ADVERSOS

AUTORES

Inmaculada Sánchez-Pérez¹; MD Gómez-Pellicer²; J Alcaraz-Martínez³; D Peñalver-Espinosa⁴; MJ Carrillo-Burgos⁵; J Nicolas-Galvez⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Morales Meseguer

TIPO: ORAL BREVE

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

Un aspecto fundamental de la seguridad del paciente es establecer mecanismos para evitar, paliar o detectar situaciones que den lugar a daño innecesario al paciente derivado de la asistencia sanitaria. Esto es incuestionable, pero no hay que olvidar al profesional que se ve implicado directa o indirectamente en el evento y que puede verse afectado por el mismo. A nadie le gusta que las cosas salgan mal. Los residentes son un colectivo que requiere una atención especial, en este aspecto.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer la implicación de los residentes en incidentes de seguridad del paciente comparando los datos de dos años consecutivos.

Material y métodos

Se ha utilizado un cuestionario sobre segundas víctimas, basado en tres trabajos publicados sobre residentes, que ya se había pilotado previamente. Este cuestionario se ha distribuido entre los residentes que hacen guardias en Urgencias. Se les ha dado un curso de formación de seguridad del paciente, en el que se ha hablado de segundas víctimas y de prestar ayuda entre iguales, en el primer escalón de asistencia. Un año después se ha pasado de nuevo el cuestionario a residentes de primer y segundo año. Para contraste de medias se ha utilizado el test de la Chi cuadrado.

Resultados

Se han obtenido un total de 37 cuestionarios en el primer año y 28 en el segundo. Del total de encuestados en el primer año, 21 (60%) refieren haberse visto implicados en algún incidente de seguridad directamente, en una ocasión en la mayor parte de veces (50%). En el segundo año 19 (67,8%) declararon haber presenciado un incidente. Respecto al lugar donde ocurrió el incidente, el 57,2% fue Urgencias, el primer año evaluado y 53,5% el segundo año. Preguntados por las consecuencias de la implicación en el incidente, en este año, 4 residentes refieren no haber tenido ninguna repercusión, 10 tuvieron consecuencias emocionales y 5 recibieron la reprimenda del tutor. Respecto a si recibieron ayuda de sus compañeros cuando ocurrió el incidente, todos menos 1 contestaron afirmativamente, cosa que no ocurrió cuando se preguntaba si la recibieron del resto del staf

Conclusiones

El porcentaje de residentes que se ven implicados en incidentes de seguridad del paciente es considerable, siendo Urgencias el servicio donde más incidentes han presenciado. El apoyo entre iguales ante un evento adverso se está realizando en la mayor parte de ocasiones.

RESULTADOS EN CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFLUENCIA DE LA ANTIGÜEDAD Y COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES

AUTORES

LUCIA MATA HAYA¹; A Isasi López².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR QUIRONSALUD BARCELONA

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En Hospital Universitario Sagrat Cor , desde 2013 la Seguridad del paciente es una Línea estratégica esencial e incardinada al Plan Estratégico de éste.

Fue importante evaluar la cultura de seguridad basal en 2013 mediante la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety” of Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), agencia de investigación y calidad en USA. Se realizó una segunda encuesta a finales de 2015 con una población similar a la anterior, con datos demográficos parecidos, y mejora en resultados comparados tanto por la percepción de seguridad como en la valoración de fortalezas y amenazas. A finales de 2018 se hizo una nueva encuesta, con el fin de conocer la situación actual y comparar con la de 2015.

Dado que el HUSC se inauguró en 1976 incorporando un gran número de profesionales jóvenes, de enero 2016 a octubre 2018 se han producido Jubilaciones definitivas entre todas las categorías, y se han cubierto jubilaciones de relevo (25% / 75%) en cifras que afectan al 50% de la plantilla, planteamos la hipótesis de que los resultados en cultura de seguridad serian diferentes. Hicimos el análisis de la encuesta 2018 comparando los mismos criterios que las anteriores, evaluando las posibles diferencias en las respuestas atendiendo a la realidad expuesta.

Objetivos

General: Conocer la influencia de la renovación de plantilla en la cultura de seguridad. El contenido del presente trabajo aborda este objetivo)

Específicos: Adaptar las acciones de mejora de la cultura de seguridad y las formaciones/informaciones a difundir atendiendo a los resultados obtenidos, para su puesta en marcha en 2020

Material y métodos

Evaluación de los resultados encuesta 2018 según propone la AHRQ, comparando lo con los de 2015 , eligiendo los criterios e ítems de mayor interés para este contexto. Establecer previamente los intervalos de antigüedad a comparar . Contextualizar con datos de plantilla y de evaluación de competencias profesionales. Informe final.

Resultados

Las diferencias son menos relevantes de las expectativas no positivas que teníamos. Muestran los puntos de interés para su mejora. El no avance en cultura de seguridad se relaciona con los conocimientos específico en términos de seguridad del paciente. Se detecta que los datos obtenidos en percepción de seguridad pueden relacionarse con la consideración que los profesionales tienen sobre los líderes en cuanto a la difusión de informaciones relacionadas con cultura de seguridad y el abordaje de equipo que se produce en la gestión de riesgos, incidentes o notificaciones.

Conclusiones

Consideramos que el no avance o retroceso en cultura de seguridad, se ha minimizado por las acciones formativas sobre notificaciones de incidentes, y otros temas de SP que se realizaron al principio de 2018. También por la competencia de los nuevos profesionales evaluados y contratados. Sobre todo, debemos promover las acciones de mejora atendiendo a los resultados.

ENCUESTA ISMP EN LA MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LOS PROCESOS DE USO DE MEDICAMENTOS: EVALUACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORAS

AUTORES

LUCIA MATA HAYA¹; N EL HILALI MASÓ².

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR QUIRONSAIUD BARCELONA.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

El Instituto para el Uso Seguro del Medicamento, delegación en España del ISMP (Institute for Safe Medication Practices) es una organización que tiene como objetivo promover la seguridad y mejorar la calidad en el proceso de uso de los medicamentos.

Objetivos

Los objetivos del ISMP para reducir los errores de medicación son: - Transmitir a todos los profesionales sanitarios, organismos e instituciones implicados en el cuidado y la prevención de la salud, industria farmacéutica y a los propios pacientes la importancia clínica y la cultura profesional necesaria para reconocer y abordar el problema de los errores de medicación. - Mantener un Programa de Notificación de Errores de Medicación, adherido al programa internacional, que recoja las comunicaciones y experiencias de los profesionales sanitarios y permita la evaluación conjunta de la información. - Promover el desarrollo de estrategias y recomendaciones dirigidas a la prevención de los errores de medicación y a la reducción de los acontecimientos adversos a medicamentos.

Material y métodos

El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales fue elaborado por el ISMP-España y un grupo de expertos de varios hospitales españoles, con el apoyo y financiación de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en el año 2007. Este cuestionario es una adaptación del Medication Safety Self-Assessment for hospitals del ISMP a las características de los sistemas de utilización de medicamentos de los hospitales españoles. Se trata de una herramienta que sirve para que los hospitales evalúen, a nivel local, de forma completa y detallada la implantación de prácticas seguras del uso de medicamentos. Al mismo tiempo contribuye a familiarizar a los profesionales sanitarios con estas prácticas y permite identificar las áreas de riesgo para posteriormente establecer un programa de actuación y poder medir sus progresos

Resultados

En nuestro centro, el cuestionario se realizó por primera vez el año 2012 y la puntuación fue 45,63%. Se implantaron una serie de acciones de mejora entre las que se puede destacar una base de datos para evaluar los fármacos de nueva incorporación a la GFT o bien aquellos hayan sufrido modificación en la forma de presentación (por problemas desabastecimiento de fármacos, cambio de laboratorio, nuevos procedimientos de trabajo). Dos años después, se realizó el cuestionario y la puntuación global alcanzó el 53,97% con las mejoras implantadas y nos animó a proponer nuevas acciones de mejora. En el cuestionario de 2018, la puntuación obtenida es de 61,43%.

Conclusiones

Las medidas implantadas de los cuestionarios de años anteriores están consolidadas tal como refleja la comparativa de los tres cuestionarios. El cuestionario es un elemento clave en la mejora de la cultura de seguridad en el uso de medicamentos. Nos permite revisar los puntos débiles y factores latentes de riesgo, reforzar las acciones de prevención y minimización de riesgos y priorizar las acciones de mejora.

CATÁLOGO DE RIESGOS CLÍNICO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA

AUTORES

Paulina Valle Pérez¹; P Moreno Arroyo²; R Cuesta Coronel³; MN Muñoz de la Nava Chacón⁴; C Novo Díaz⁵; Al Fernandez-Castello⁶.

CENTRO DE TRABAJO

Sanitas SA de Seguros¹; Sanitas SA de Seguros²; Sanitas SA de Seguros³; Sanitas SA de Seguro⁴; Sanitas SA de Seguros⁵; BIOL⁶.

TIPO: ORAL LARGA

ÁREA TEMÁTICA 1: 4. Medición del valor en el sistema de salud y en la sociedad

ÁREA TEMÁTICA 2: d. Seguridad del paciente

RESUMEN

Justificación

En las organizaciones sanitarias, la combinación de tecnología, factores humanos y procesos, hacen de la asistencia una actividad de riesgo que conlleva inevitablemente que se produzcan eventos adversos. Identificar y comprender estos riesgos y cómo gestionarlos, ayuda a prestar asistencia de calidad, en condiciones de máxima seguridad y a un coste razonable.

Objetivos

Desarrollar un catálogo de riesgos clínicos que facilite la identificación prospectiva de los riesgos, de una forma simple y sencilla, en la asistencia prestada en un entorno hospitalario. Posteriormente, los riesgos se analizarán y evaluarán para establecer los controles que los prevengan o mitiguen.

Material y métodos

Periodo de estudio: 2017-2018

Detección de Riesgos Clínicos potenciales:

Un grupo de trabajo formado por un auditor de Joint Commission International (JCI), un médico y una enfermera, utilizando como punto de partida los estándares del Manual de acreditación de JCI para la atención hospitalaria, determinaron los posibles riesgos y controles recomendados para disminuir la incidencia o minimizar las consecuencias de los riesgos.

Categorización de Riesgos Clínicos:

Se categorizaron teniendo en cuenta el área de atención (materno neonatal, anestesia y bloque quirúrgico, seguridad del medicamento, control y manejo de infecciones y asistencia hospitalaria general) y el impacto en la seguridad o experiencia del paciente.

Validación del Catálogo

Un grupo de expertos (médicos, farmacéuticos, enfermeros, responsables de calidad, etc.) revisaron y validaron si los riesgos determinados eran acordes a la realidad según su experiencia, y si los controles sugeridos eran los adecuados para eliminar o mitigar el riesgo o sus consecuencias. Además, realizaron mejoras con respecto al vocabulario técnico y redacción para una mejor comprensión.

Se revisaron también los análisis causa-raíz de los incidentes clínicos críticos notificados en un periodo de 30 meses para confirmar que las causas estaban incluidas como riesgos en el catálogo.

Ficha de riesgo:

Se estableció una ficha para cada riesgo compuesta por: código numérico, nombre del riesgo, categoría del riesgo, controles recomendados, información adicional y documentación de interés.

Aplicación del catálogo a un hospital:

Evaluación de cada riesgo por un grupo multidisciplinar de profesionales según impacto y probabilidad.

Resultados

El catálogo consta de 126 riesgos y 485 controles, distribuidos en asistencia hospitalaria general (31 riesgos y 136 controles), anestesia y bloque quirúrgico (28 riesgos y 115 controles), materno-neonatal (19 riesgos y 69 controles), seguridad del medicamento (27 riesgos y 85 controles) y manejo y control de infecciones (21 riesgos y 80 controles).

Acceso catálogo <https://www.sanitas.es/catalogoriesgosclinicos>

En la evaluación se obtuvo que el 84% de los riesgos estaba en unos niveles aceptables y en el 16% restante se estableció un plan de acción.

Conclusiones

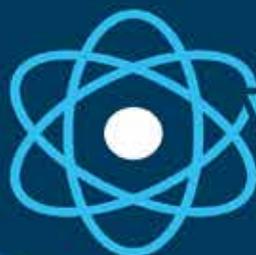
Disponer de un catálogo de potenciales riesgos facilita la gestión de estos en un centro.



XXXVII Congreso

**Sociedad Española
de Calidad Asistencial**

Donostia · San Sebastián
23, 24 y 25 de octubre de 2019



jornadas

V. AKEB Konekta

Asistentzi Kalitaterako Eusko Batzordea
Asociación Vasca para la Calidad Asistencial

jardunaldiak

www.calidadasistencial.es



SECA
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

FECA
Fundación Española
de Calidad Asistencial

K
Asistentzi kalitaterako
euskal batzordea
Asociación vasca para
la calidad asistencial

Secretaría Técnica:



Azul Congresos, S.L.
Uría, 76 - 1ª Oficina 1 • 33003 Oviedo
Tel. 984 51 604 - 984 051 671
secretariaseca@calidadasistencial.es
www.calidadasistencial.es