II CONGRESO

SECA VIRTUAL 2021

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

SECA FECA

LA CALIDAD EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE

Congreso: del 25 al 28 de octubre

Sesiones Técnicas: del 18 al 21 de octubre

ISBN

978-84-09-35824-3

Querido@s compañer@s,

Un año más desde la Sociedad Española de Calidad Asistencial, queremos invitaros a participar en nuestro congreso anual, que, dadas las circunstancias de los últimos meses, será el II Congreso Virtual SECA.

Este año, hemos elegido un lema que refleja los momentos vividos, cómo nos hemos adaptado a los mismos, y la incertidumbre ante lo que será nuestra sociedad y por ende el sistema sanitario en los tiempos que llegarán. En esta crisis, hemos iniciado y aprendido a hacer nuevas cosas, y a hacerlas de otra manera. Y seguramente, el mundo que viviremos en un futuro cercano mantendrá parte de lo aprendido y no volverá a ser como el de antes. De ahí nuestro lema para este año: "La calidad en tiempos de Incertidumbre".

Durante este tiempo, los profesionales de la calidad hemos seguido aportando nuestro conocimiento en Metodología de Calidad para el diseño y desarrollo de nuevos proyectos, para el rediseño de los mismos, para la evaluación de resultados y como siempre, para que nuestros servicios sanitarios se desarrollen en una tendencia continua a la mejora.

Tenemos por tanto mucho que compartir. Y queremos hacerlo con ilusión, como siempre lo hemos hecho dentro de SECA.

Os proponemos que, bajo este lema, paseemos por estas líneas temáticas a lo largo de los días del congreso:

- *La seguridad del paciente en la atención virtual*
- *¿Dónde están las unidades de calidad en el nuevo paradigma?. ¿Quo vadis?*
- *Desarrollo de nuevos modelos de gestión para responder a la incertidumbre*
- *Cuidando al profesional*

Nuestro objetivo para este congreso es seguir siendo referencia en Calidad dentro de un sistema sanitario en trasformación y de una sociedad que, saliendo de la gran crisis de nuestro tiempo, necesitará de nosotros para construir un mundo mejor. Deseando contar contigo para ello, te animamos a participar.

Ana Miquel Gómez
Copresidenta
II Congreso Virtual SECA

Fernando Vázquez Valdés
Copresidente
II Congreso Virtual SECA

Comité organizador y científico

Ana Miquel Gómez
Copresidente
Asociación Madrileña de Calidad Asistencial, AMCA

Fernando Vázquez Valdés
Copresidente
Asociación de Calidad Asistencial del Principado de Asturias, pasQal

Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria
Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, SADECA

Carmen Teresa González Martín
Asociación Canaria de Calidad Asistencial, ACCA

Teodoro Martínez Arán
Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Modesto Martínez Pillado
Sociedad Gallega de Calidad Asistencial, SOGALCA

César Llorente Parrado
Sociedad Catalana de Calidad Asistencial, SCQA

Concha Rubio Soriano
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Manel Santiñà Vila
Sociedad Catalana de Calidad Asistencial, SCQA

Mª Angeles Tébar Betegón
Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha, SCLM

Rosa Valverde Citores
Asociación Vasca de Calidad Asistencial, AVCA-AKEB

Carolina Varela Rodríguez
Asociación Madrileña de Calidad Asistencial, AMCA

Angel Vidal Milla
Sociedad Catalana de Calidad Asistencial, SCQA

Julián Vitaller Murillo
Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial, SOVCA

Programa **II Congreso Virtual SECA 2021**

Del 25 al 28 de Octubre de 2021

LUNES 25 DE OCTUBRE DE 2021

16:00 - 16:30h

Acto Inaugural
Inmaculada Mediavilla Herrera.
Presidenta de la Sociedad y Fundación Española de Calidad Asistencial, SECA-FECA.
Ana Miquel Gómez.
Responsable Innovación y Proyectos Internacionales de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Profesora Asociada de la Universidad Rey Juan Carlos. Médico de Familia Centro de Salud Mar Báltico de Madrid.
Fernando Vázquez Valdés.
Past President de PASQAL.

16:30 - 17:45h

MESA PLENARIA 1
CUIDANDO AL PROFESIONAL
Moderadora: **Ana Sedano Martínez**
Directora para las personas. Institut Català d'Oncología. Sistema de Salud de Cataluña

PONENTES:
Rocío Barreira Méndez.
Psicóloga Clínica. Responsable del programa de atención psicológica. Organización Sanitaria Integrada de Álava.
Ricardo López Bernués.
Enfermero de Salud Mental en la Unidad de Corta Estancia (UCE) de Psiquiatría del Hospital Universitario San Jorge de Huesca.
Cristina Iniesta Blasco.
Adjunta a Gerencia Parc de Salut Mar. Presidenta Red Catalana Hospitales y Centros Promotores de la Salud. HPH-Cat. Member of General Board. HPH-International Network
Francisco Javier Navarrete.
Jefe de Celadores Hospital Central de la Cruz Roja Madrid

18:00 - 19:00h

Mesa Comunicaciones Orales 1
SALA 1. Comunicaciones Orales Largas
Moderadores: **Julián Alcaraz y Rosa Valverde**

SALA 2. Comunicaciones Orales Largas
Moderadores: **María José Bueno y Elena Bartolomé**

SALA 3. Comunicaciones Orales Breves
Moderadores: **Hortensia Aguado y María Eugenia Llaneza**

SALA 4. Comunicaciones Orales Breves
Moderadores: **Fernando Vázquez y Teodoro Martínez**

MARTES 26 DE OCTUBRE DE 2021

16:00 - 17:15h

MESA PLENARIA 2

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN VIRTUAL

Moderador: **Rafael Rotaeche del Campo**.
Especialista en medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Alza. OSI Donostia. Osakidetza

PONENTES:
Antonio A. Regueiro Martínez.
Jefe de Unidad de Atención Primaria. Centro de Salud Vilanova de Arousa.
Marina Varela Durán.
Jefe de Servicio en funciones. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Investigadora "Fundación de Investigación Sanitaria Galicia Sur". Complejo Hospitalario Universitario Pontevedra. Área Sanitaria Pontevedra – Salnés. Servicio Galego de Saúde
Marian Tébar Betegón.
Coordinadora Regional de Gestión de la Calidad y Mejora. Dirección General de Cuidados y Calidad. Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM).

17:30 - 18:30h

Mesa Comunicaciones Orales 2

SALA 1. Comunicaciones Orales Largas
Moderadores: **Nuria Domínguez y Pilar Astier**

SALA 2. Comunicaciones Orales Largas
Moderadores: **María José Bueno y Elena Bartolomé**

SALA 3. Comunicaciones Orales Breves
Moderadores: **Julián Alcaraz y Rosa Valverde**

SALA 4. Comunicaciones Orales Breves
Moderadores: **Fernando Simarro y Pedro Ruiz**

17:30 - 18:30h

Mesa Mejores Comunicaciones presentadas por Residentes

SALA 5. Moderadores:
Inmaculada Mediavilla Herrera.
Presidenta de la Sociedad y Fundación Española de Calidad Asistencial, SECA-FECA.
Alfonso Alonso Jaquete.
Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública

¿EXISTE UN MAYOR RIESGO DE CONTAGIO DEL SARS-COV-2 CON EL USO DE LA VENTILACION NO INVASIVA?

Aurea Higón Cañigral. *Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE LOS PROFESIONALES INTERNOS RESIDENTES, ¿HAY QUE MEJORAR LA FORMACION?

Sara Pilar Luengo Broto.

EXOMA TRIO: EVALUACION DEL RENDIMIENTO DIAGNOSTICO DURANTE EL AÑO 2020 EN NUESTRO SECTOR SANITARIO.

Nuria Goñi Ros. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

PACTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

Paula Gayarre Abril. *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

RONDAS CHECK COVID-19: UNA EXPERIENCIA DE AUDITORIA DIGITAL IN SITU
Ricardo Gabriel Zules-Oña. *Hospital Universitario Vall d' Hebrón. Barcelona*

VALORACION DE LA ANSIEDAD Y EL MIEDO AL COVID-19 EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO
Marta Fortún Belenguer. *Hospital Universitario San Jorge. Huesca.*

18:35 - 19:35h **Mesa Comunicaciones Orales 3**

SALA 1. Comunicaciones Orales Largas
Moderadores: **María Eugenia Llaneza y Fernando Simarro**

SALA 2. Comunicaciones Orales Largas
Moderadores: **Isabel Gutiérrez y Hortensia Aguado**

SALA 3. Comunicaciones Orales Breves
Moderadores: **Julián Alcaraz y Reyes Álvarez-Ossorio**

SALA 4. Comunicaciones Orales Breves
Moderadores: **Carmen Pérez y Concha Rubio**

MIÉRCOLES 27 DE OCTUBRE DE 2021

16:00 - 17:15h **MESA PLENARIA 3**
DESARROLLO DE NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN PARA RESPONDER A LA INCERTIDUMBRE
Moderadora: **Ana Miquel Gómez.**
Responsable Innovación y Proyectos Internacionales de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Profesora Asociada de la Universidad Rey Juan Carlos. Médico de Familia Centro de Salud Mar Báltico de Madrid.

CALIDAD DE VIDA, EN CASA
Oriol Fuertes Cabassa.
CEO de Qida. Responsable del Proyecto En Casa (Proyecto de Innovación con Fondos Next Gen-EU)

SESCAM SITAS - VIDEO CONSULTA
Julia Lucendo Fernández.
Jefe de Informática GAI Alcázar de San Juan

MODELO GESTIÓN POR ÁREAS DEL CONOCIMIENTO
M. Ángeles Barba Flores.
Directora de Enfermería. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

17:40 - 18:30h **Mesa Comunicaciones Orales 4**

SALA 1. Comunicaciones Orales Largas
Moderadores: **Pedro Ruiz y Pastora Pérez**

Proyecto Pharaon
Gorka Sánchez Nanclares
Subdirección General de Proyectos e Innovación. Servicio Murciano de Salud.

SALA 2. Comunicaciones Orales Largas
Moderadores: **María José Bueno e Isabel Gutiérrez**

SALA 3. Comunicaciones Orales Breves
Moderadores: **Fernando Simarro y Ángel H. Borges**

SALA 4. Comunicaciones Orales Breves
Moderadores: **Vicente Herranz y Carolina Varela**

18:35 - 19:35h **Mesa Comunicaciones Orales 5**

SALA 1. Comunicaciones Orales Largas
Moderadores: **Pedro Ruiz y Ángel H. Borges**

SALA 2. Comunicaciones Orales Largas
Moderadores: **Carmen Pérez y Elena Bartolomé**

SALA 3. Comunicaciones Orales Breves
Moderadores: **Pastora Pérez y Concha Rubio**

SALA 4. Comunicaciones Orales Breves
Moderadores: **Carolina Varela e Inmaculada Mediavilla**

JUEVES 28 DE OCTUBRE DE 2021

16:00 - 17:15h **MESA PLENARIA 4**

¿DÓNDE ESTÁN LAS UNIDADES DE CALIDAD EN EL NUEVO PARADIGMA? QUO VADIS?
Moderadores:
Ángel Vidal Milla.
Ex Director de Calidad. Presidente del Instituto Catalán de Oncología (ICO)
Carolina Varela Rodríguez.
Coordinadora de Calidad en funciones. Hospital Universitario 12 de Octubre.

EL RETO DE LAS NUEVAS UNIDADES DE CALIDAD: CLIENTES, ALIANZAS Y COMPETENCIAS PROFESIONALES.
Teodoro J. Martínez Arán.
Coordinador de Calidad. Área IV de Salud. Servicio Murciano de Salud

UNIDADES DE CALIDAD PASADO, PRESENTE Y FUTURO: UNA PERSPECTIVA HOSPITALARIA.
Pedro Ruiz López.
Presidente de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA).

VISIÓN AVANZADA DE UNA UNIDAD DE CALIDAD EN UN ÁREA DE SALUD DE TARRAGONA.
Montserrat Gens Barberá.
Área de Calidad Gerencia de Tarragona

EFECTO DE LA PANDEMIA EN LOS EQUIPOS DE CALIDAD. UNA MIRADA DESDE CHILE
Giovanna Gutiérrez Panchana.
Presidenta de la Sociedad Chilena de Calidad Asistencial (SOCCAS)

17:30 - 18:45h

Mesa Mejores Comunicaciones

Moderadores:

Mª Luisa Torijano Casalengua.

Secretaria de la Sociedad y Fundación Española de Calidad Asistencial, SECA-FECA

Vicente Herranz González.

Tesorero de la Sociedad y Fundación Española de Calidad Asistencial, SECA-FECA

ATENCION FARMACEUTICA DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA TELEFARMACIA.

Mª Dolores Córdoba Sotomayor.

DIGITALIZACION DEL PROCESO DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES: GENERANDO VALOR PARA PACIENTES Y PROFESIONALES.

Gonzalo Bayo Martínez.

ESTUDIO RETROSPECTIVO CON DATOS DE VIDA REAL DEL IMPACTO Y SINTOMAS NEUROPSIQUIATRICOS DE PACIENTES COVID-19 ALCHOLICOS.

Carolina Varela Rodríguez.

MEJORA DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MEDIANTE METODOLOGIA SCRUM Y LEAN HEALTHCARE.

Diego Javier García.

PREMS Y PROMS EN PACIENTES CON COVID-19 TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO.

Felipe Villar Álvarez.

18:50 - 19:20h

Conferencia Clausura

APRENDER A VIVIR EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE

Mª Jesús Álava Reyes.

Psicóloga

Moderadora: **Asunción Cañada Dorado**. Responsable de seguridad del paciente de la Gerencia Asistencial de AP del SERMAS

19:20 - 19:50h

Clausura y Entrega de Premios

ÍNDICE

Índice

ID	Titulo	Pag
17	CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MIGRANTE DE PATERA	22
18	USO DE LA TELEMEDICINA PARA CONTROL DE PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL	23
20	TRANSFORMACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID19	24
21	"UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON HERIDAS COMPLEJAS."	25
22	PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	26
23	"NI YO PIERDO COLEGIO NI MIS PADRES FALTAN AL TRABAJO": HUMANIZACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE LA ESCOLIOSIS DEL ADOLESCENTE	27
25	EXPERIENCIA PANDEMIA COVID19 EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA	28
26	PROYECTO DE ELABORACIÓN DE UN MAPA INFORMATIVO ACTIVO Y SECUENCIAL DE LA ASISTENCIA INTEGRADA AL PACIENTE ONCOLÓGICO	29
27	RESULTADOS DE UN ESTUDIO SEROPREVALENCIA SARS-COV-2 DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA	30
28	FORMACIÓN Y DEBATE CONJUNTO PARA CAPTAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y FAMILIA	31
29	EXPERIENCIA DEL PROFESIONAL: CLAVE EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE IGUALDAD	32
30	HACIA UNA ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DE PACIENTE, CON LA PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES Y PACIENTES	33
31	IMPORTANCIA DE LA AUDITORÍA INTERNA DE PULSERAS IDENTIFICATIVAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	34
32	LA SEGURIDAD PERCIBIDA COMO INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ASISTENCIAS Y TRASLADOS DE EQUIPOS DE EMERGENCIAS	35
33	TRIPLE META EN MHEALTH PARA MEJORA DEL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN DE MUY ALTO RIESGO	36
34	ABORDAJE MULTIDISCIPLIAR Y DISMINUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA	37
35	ANÁLISIS COSTE-BENEFICIO DEL ESCANEADO MÚLTIPLE EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	38
36	AMFE IDENTIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN	39
37	ENCUESTA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DOS HOSPITALES	40
38	EN LÍNEA CON MI PEDIATRA	41
39	AMFE ADMINISTRACIÓN DE LA PROFILÁXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA	42
40	MONOGRÁFICO MULTIDISCIPLINAR FEP PERSONALICEMOS EL DOLOR EN SU ABORDAJE	43
41	ALIANZA MULTIDISCIPLINAR FRENTE A LOS ERRORES EN LA MEDICACIÓN. PROYECTO AFEM	44
42	CALIDAD DEL ARBOL DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA, MÁS ALLÁ DE LAS DISPENSACIÓN EN FARMACIA	45
43	ANTIAGREGANTES EN ANCIANOS INGRESADOS EN MEDICINA INTENSIVA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO. BIENVENIDOS AL MUNDO REAL	46
44	¿ES LA EDAD UN FACTOR LIMITANTE PARA LA ATENCION DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) EN PACIENTES MUY ANCIANOS?	47
45	MONOGRÁFICO MULTIDISCIPLINAR FEP VALOR IDIA	48
46	CASUÍSTICA Y COMORBILIDAD DEL PACIENTE CON COVID	49
47	COMO MEJORAR EL ABORDAJE DE LAS FRACTURAS POR FRAGILIDAD	50
48	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS EN PACIENTES COVID-19 EN FUNCIÓN DE LA OLA DE INGRESO	51
49	DESARROLLO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19. PREVALENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y PRONÓSTICO	52
50	PROMOCIÓN DE SALUD: RESILIENCIA FRENTE AL COVID-19	53
51	MEJORA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE EQUIPOS ISOTERMOS PARA GARANTIZAR LA CORRECTA CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS	54
52	EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN UCI SEGÚN EL SOPORTE RESPIRATORIO INICIAL	55
54	COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS EN LOS PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN UCI	56
55	RETOMAR LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN UN CENTRO DE SALUD	57
56	IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO ASINTECIAL EN EL CUIDADO ENFERMERO EN UN CENTRO DE SALUD EN SITUACION PANDEMICA COVID	58
57	ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN UN CENTRO DE SALUD	59

Índice

58	TUMORES CEREBRALES INFANTILES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. EVOLUCIÓN EN LA SUPERVIVENCIA. AÑOS 2000-2015.	60
60	IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA POBLACIÓN MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA	61
61	¿QUÉ PODEMOS APORTAR DESDE LA UCI PEDIÁTRICA PARA PREVENIR LOS ACCIDENTES INFANTILES GRAVES?	62
63	CALIDAD DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES EN UN CENTRO DE SALUD	63
64	DOCUMENTACION INTERNA DE ÁMBITO GENERAL: NORMALIZACIÓN DOCUMENTAL A TRAVÉS DEL GRUPO DE ORDENACION DOCUMENTAL	64
65	EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TELEMEDICINA	65
66	VARIACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEBIDA AL COVID-19, UTILIZANDO EL CUESTIONARIO EUROQOL-5D	66
67	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL GRAVIMÉTRICO Y DE CÓDIGOS DATAMATRIX PARA PREPARAR TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSICOS	67
68	IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO EN MEDICAMENTOS PELIGROSOS PARA INCORPORAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN DOCUMENTO TÉCNICO	68
69	FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL MANEJO DE GESTANTE-RECIÉN NACIDO COVID EN URGENCIAS TOCOGINECOLÓGICAS Y PARITORIO	69
70	ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE	70
71	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN Y PREVENCIÓN DEL CONFLICTO EN UN CENTRO MONOGRÁFICO DE CÁNCER	71
72	ANALISIS DEL CONTROL DE RIESGOS EN EL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL PACIENTE EN ESTADO CRITICO	72
73	REGISTRO, EVALUACIÓN Y MEJORA DEL INDICADOR DEL DOLOR EN NEONATOLOGÍA	73
74	NUEVAS COMISIONES TÉCNICAS CONSULTIVAS. COMISIÓN TÉCNICA DE COORDINACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL HOSPITAL.	74
75	ANTE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID-19, QUEREMOS VALORAR LA GESTIÓN DE ACCESOS(GA) A CENTROS DE SALUD(CS)	75
76	SINERGIAPS: INTERVENCIÓN BASADA EN FEEDBACK DE PACIENTES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	77
77	TRAZABILIDAD DE ESTUPEFACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA	78
78	MODELO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA	79
79	ADECUACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA INFECCIÓN POR COVID-19 ,ANTE LA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA	80
80	ÚLCERA EN EXTREMIDAD INFERIOR POR SCEDOSPORIUM APIOSPERMUM	81
81	EFICACIA DEL PROYECTO HOPE EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	82
82	WALKROUNDS EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES FRENTE AL COVID	83
83	VALOR AÑADIDO DE LA DETERMINACIÓN DE HBA1C POR HPLC PARA DETECTAR HEMOGLOBINOPATÍAS S NO CONOCIDAS PREVIAMENTE	84
86	MEJORA DE PROCESO EN CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA: DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE	85
88	ADECUACIÓN DE SOLICITUDES DE ALFA-1-ANTITRIPSINA EN BASE A LAS RECOMENDACIONES DE LA EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY	86
89	ANÁLISIS DEL EFECTO DEL CONFINAMIENTO SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL DE CONTROL DE NUESTRAS GESTANTES.	87
90	GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN TIEMPOS COVID EN LA OSI DEBABARRENA	88
91	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL USO DE CALPROTECTINA FECAL EN EL DIAGNÓSTICO DE EII EN PACIENTE PEDIÁTRICO	89
92	ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA DE LA INSTAURACIÓN DE MEJORAS ASISTENCIALES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.	90
93	HOJA DE RUTA PARA LAS ENFERMEDADES RARAS	91
94	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CISTECTOMIZADO EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA ESTOMATERAPEUTA	93
95	EXOMA TRÍO: EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DURANTE EL AÑO 2020 EN NUESTRO SECTOR SANITARIO.	94
96	MEJORANDO EL PROCESO DE COMUNICACIÓN CLÍNICA ENTRE PROFESIONALES ASISTENCIALES POR MEDIO DE LA ECONSULTA	95
99	ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS LESS-CHRON EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS POLIMEDICADOS	96
101	IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN Y SOPORTE A SEGUNDAS VÍCTIMAS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD	97
103	RONDAS CHECK COVID-19 : UNA EXPERIENCIA DE AUDITORIA DIGITAL IN SITU	98
104	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN FRENTE COVID-19 DE LOS PACIENTES PERTENECIENTES AL GRUPO 7	99
105	VALIDACIÓN DEL TEST ICOPE EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS	100

Índice

106	AUTOEVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA (UCI)	101
107	IDENTIFICACIÓN DE MEJORAS EN LA SEGURIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA: UCI	103
108	PROGRAMA DE ATENCIÓN TELEMÁTICA CONTINUADA DURANTE LA GESTACIÓN: MATRONA ASSISTANT (MA)	105
110	SELECCIÓN Y PROVISIÓN DE PLAZAS. ¿ES NECESARIA LA INVESTIGACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO?	106
111	A PROPÓSITO DE UN EVENTO CENTINELA COMO CASO DE ÉXITO	107
112	ACTUALIZACIÓN DEL CIRCUITO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS POR MARCA COMERCIAL O POR PRESENTACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA	108
113	EL MÓVIL COMO HERRAMIENTA PARA MEDIR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COVID EN TIEMPO REAL.	109
114	DOBLE ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA GESTIÓN FRENTE A COVID 19 DEL EQUIPO DIRECTIVO CON LA METODOLOGÍA ESTRELLA DE MAR	110
115	PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DEL GRADO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA Y PROYECTOS DE APLICACIÓN CLÍNICA	111
116	CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE LA APENDICITIS AGUDA DURANTE LA PANDEMIA	112
117	CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD ASISTENCIAL EN NIÑOS ANTICOAGULADOS: RESULTADOS DEL TELECONTROL FRENTE AL CONTROL TRADICIONAL	113
119	SEGURIDAD DEL PACIENTE TRATADO POR APENDICITIS FRENTE AL COVID-19	114
131	¿PODEMOS ORGANIZAR LA CALIDAD DE FORMA DIFERENTE EN LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN?	115
135	INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA REDUCCIÓN DE DOSIS DE DABIGATRAN EN PACIENTES CON 80 AÑOS O MÁS	116
146	PACIENTES AL SOL: UN PASO MÁS EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS	117
168	GESTIÓN DE SESIONES CLÍNICAS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19.	119
184	SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y AGOTAMIENTO EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UCI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.	120
185	IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID EN LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	121
186	MOVILIZACIÓN TEMPRANA EN UCI: UNA ALIADA PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL. CAMINO HACIA LA INTEGRACIÓN DE FISIOTERAPIA	122
195	CHECKLIST SOBRE SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS	123
196	¿PORQUE HACERLO MOELSTANDO CUANDO CUESTA POCO Y ES MAS FACIL?. SEDACIONES REALIZADAS POR INTENSIVISTAS	124
197	MIRAME A LA CARA: ESTAS SON MIS CICATRICES.	125
212	¿HUMANIZAMOS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19?. REVISIÓN DE PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES.	126
216	REACREDITACIÓN BAJO EL ESTANDAR DE LA JOINT COMMISSION INTERNACIONAL EN TIEMPOS DE CONVIVENCIA CON LA COVID	127
218	PROGRAMA DE SIMULACROS Y AUTOEVALUACIONES PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO EN URGENCIAS	128
219	HUMANIZAR CUANDO UNA PANDEMIA LO CAMBIA TODO	129
220	ASESORAMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO PRENATAL ANTE EL DIAGNÓSTICO DE UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA . ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?	130
221	CERTIFICACIÓN DE UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA EN NORMA ISO 9001:2015	131
222	ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL (AEP) EN UN HOSPITAL METROPOLITANO: ESTUDIO DELPHI	132
223	EL NIVEL DE VULNERABILIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ASISTIDO POR EQUIPOS DE EMERGENCIAS	133
224	SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN EL SERVICIO UCI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	134
225	COMITÉ DE EXPERIENCIA: UNA NUEVA PERSPECTIVA PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	135
226	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL MOBILE-LEARNING DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	136
227	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CRÍTICOS MEDIANTE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	137
228	PEQUEÑAS ACCIONES , GRANDES CAMBIOS	138
229	ESTRATEGIA EDUCATIVA-RESTRICTIVA PARA LA ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE 25-HIDROXIVITAMINA D EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	139
230	ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES COVID-19 MEDIANTE LA HERRAMIENTA DEL GLOBAL TRIGGER TOOL	140
231	DERIVACIÓN PARA ESTUDIO GENÉTICO Y ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES CON AZOOSPERMIA U OLIGOSPERMIA SEVERA	141
232	ACREDITAR UN ANALIZADOR DE LABORATORIO A TRAVÉS DEL ESTADO DEL ARTE POR LA NORMA ISO15189 DE LABORATORIOS CLÍNICOS	142

Índice

233	RECONOCIMIENTO DEL COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	143
236	RENOVACIÓN DEL PLAN FORMATIVO DE UN SERVICIO PARA CUMPLIR LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 15189 TRAS LA PANDEMIA COVID-19	144
237	PARTES INTERESADAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA	145
238	12 MESES 12 NO HACER	146
239	MENORES Y DISCAPACIDAD: ¿CÓMO MEJORAR LA ATENCIÓN EN LA VALORACIÓN?	147
240	IMPACTO DE UNA UNIDAD DE TRANSICIÓN HOSPITALARIA DE URGENCIAS	148
241	HACIA UNA ESCUELA ABIERTA EN CIENCIAS DE LA SALUD: 'OPEREMOS' COMO GESTOR DE OPORTUNIDADES DOCENTES EN EL HOSPITAL	149
242	REACTIVACIÓN Y MODERNIZACIÓN EN LA IMPARTICIÓN DE SESIONES DE AUTOFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	150
243	ADAPTACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS CON METODOLOGIA LEAN	151
244	MEJORAR LA PRESCRIPCION EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES, A PROPOSITO DE UN CASO	152
245	MONITORIZACIÓN DE LOS CASOS COVID POSITIVOS/PREVENTIVOS EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS CON UN SISTEMA BASADO EN LA NUBE.	153
246	MONITORIZACIÓN AUTOMATIZADA DE INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLEMENTACIÓN PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE	154
247	PROFESIONALES SANITARIOS COMPROMETIDOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: 78.000 NOTIFICACIONES EN 8 AÑOS	155
248	MONITORIZACIÓN DEL ESTADO VACUNAL DE COVID-19 EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL Y CRIBADO DE PERSONAL NO PROTEGIDO	157
249	PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A 3 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID19	158
250	APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN GESTIÓN DE LA DEMANDA DE HORMONAS TIROIDEAS: T4L/TSH Y SOBRECOSTE POR PACIENTE	159
251	CONOCIMIENTO, INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	160
252	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA UN MEJOR ABORDAJE DE HIPERFERRITINEMIAS Y HEMOCROMATOSIS HEREDITARIAS	161
253	IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN EL ÁMBITO GERIÁTRICO RESIDENCIAL	162
254	ELECCIÓN COSTE-EFECTIVA DE LA PROFILAXIS DE LAS ITUR MEDIANTE BIG DATA.	163
255	EL CUIDADO EMOCIONAL DE NUESTROS PROFESIONALES	164
256	NUEVOS TIEMPOS, NUEVOS ESPACIOS, NUEVOS RETOS	165
257	PLAN DE MEJORA DEL RENDIMIENTO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HGUV SEGÚN METODOLOGÍA LEAN.	166
258	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA	167
259	DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCIÓN Y CONOCIMIENTOS DEL COVID-19 APLICADO A PACIENTES Y PROFESIONALES	168
260	NEUROARQUITECTURA DE EMOCIONES APLICADA AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA	169
261	PLAN DE CONTINUIDAD ASITENCIAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES- AT. PRIMARIA EN PACIENTES AFECTADOS POR COVID-19	170
262	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA EN UN HOSPITAL INSULAR	171
264	MEJORA ASISTENCIAL MEDIANTE LA REMODELACIÓN DE LA RED POCT (POINT OF CARE) DE GASOMETROS	172
265	PROGRAMA DE ASISTENTES PERSONALES; AVANZAR EN LA INCLUSIÓN EN TIEMPOS DE COVID.	173
266	ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS SOBRE VENTILACIÓN NO INVASIVA	174
267	EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS SOBRE VENTILACIÓN NO INVASIVA	175
268	LA IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN A ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN EN UNA UCI	176
269	OBSERVAR A LOS PACIENTES DE MANERA INDIVIDUAL PARA CAPTAR SU EXPERIENCIA. PROGRAMA EXPI VALL D'HEBRON	177
270	EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA HOJA DE RUTA PARA EL ENVÍO DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO AL LABORATORIO	179
271	ACIDOSIS LÁCTICA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON METFORMINA: ¿EFECTO ADVERSO EVITABLE?	180
272	LA GESTIÓN DE CAMBIOS PARA ASEGURAR LA INTEGRIDAD Y LA MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN	181
273	LIDERAJE Y ORGANIZACIÓN POR PROCESOS. GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	182
274	INDIVIDUALIZACIÓN DE CUIDADOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 MEDIANTE EL USO DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.	183
276	MONITORIAZACIÓN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL ÁREA RURAL	184

Índice

279	¿EXISTE UN MAYOR RIESGO DE CONTAGIO DEL SARS-COV-2 CON EL USO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA?	185
281	¿ES LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS UNA REALIDAD VIABLE EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL?	186
282	FACTORES DE RIESGO PARA EL FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA COVID-19	187
283	PERCEPCIÓN DE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA POR LOS PROFESIONALES Y EQUIPO DIRECTIVO DE UNA CLÍNICA DE UNA MUTUA LABORAL	188
284	CRIBADO COVID COMO ESTRATEGIA DE CONVIVENCIA CON LA PANDEMIA	189
285	NIVEL DE INFORMACION SOBRE EL TRATAMIENTO CON LITIO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON TRASTORNO BIPOLAR	190
286	PERCEPCIÓN DE LA CRISIS SANITARIA COVID-19 DE LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE UNA MUTUA LABORAL	191
287	LAS QUEJAS COMO ALARMA DE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS EN UNA MUTUA LABORAL. CONCORDANCIA ENTRE OBSERVADORES.	192
288	MORTALIDAD ASOCIADA A BYPASS AORTOCORONARIO EN ESPAÑA	193
289	ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE ESTATINAS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD	194
290	¿CÓMO AVANZAR EN RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA EN LOS HOSPITALES?	195
291	LA GESTIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EN LOS HOSPITALES DE LA RED SANITARIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	196
292	COMORBILIDAD COMO VARIABLE PRONÓSTICA DE ESTANCIA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA. COMPARACIÓN ENTRE VARIOS ÍNDICES VALIDADOS.	197
293	DELIRIUM EN UCI, SU INFRADIAGNOSTICO Y MORBIMORTALIDAD RELACIONADA. PROYECTO DE FORMACIÓN	198
294	PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A SONDAJE VESICAL: ESTRATEGIAS CONSENSUADAS	199
303	HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN TIEMPOS DE COVID-19. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	200
304	INDICADORES DE GESTIÓN DE LA DEMANDA: BUSCANDO LA EFICIENCIA EN EL LABORATORIO CLÍNICO	201
305	ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA DURANTE LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ASPECTOS COMUNES	202
306	LA CREACION DE UN GRUPO PROA EN UN HOSPITAL EVIDENCIA LA NECESIDAD DE PROTOCOLOS EMPIRICOS	203
307	INCLUSIÓN DE LA TECNOLOGÍA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA. EL MÉDICO EN CASA E INFORMACIÓN EN LA “PALMA DE LA MANO”	205
308	PORQUÉ SOMOS PROACIVOS Y NO REACTIVOS?	206
309	RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO COVID-19 EN UN SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	207
310	ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE PACIENTES COVID EN UN HOSPITAL COMARCAL	208
311	PROTOCOLO DE TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULAS NASALES EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR SARS-COV-2 EN UN H. COMARCAL	209
312	¿A QUE HORA ES MEJOR RETIRAR UNA SONDA VESICAL? EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL SOCIOSANITARIO	210
313	APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA MEDIANTE PATOLOGÍA DIGITAL: ANÁLISIS DE EFICIENCIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	211
314	REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL USO DE LA HERRAMIENTA SBAR EN LA TRANSFERENCIA BIDIRECCIONAL DEL PACIENTE.	212
315	ANÁLISIS POST-IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES COVID-19 EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	213
316	EL MÉTODO AMFE Y LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNA ASOCIACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA	214
317	CUSTODIA DE PERTENENCIA Y ENTREGA DE ENSERES DE PACIENTES	215
318	SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA IMPARTIDA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA RICA	216
319	MONITORIZACIÓN DE LA RONDA DE SEGURIDAD EN URGENCIAS	217
320	DESARROLLO DE LA APLICACIÓN WEB “CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA” : HERRAMIENTA DE GESTION Y CLINICA	219
321	LOS NUEVOS RIESGOS DE LA CONSULTA PRESENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONVIVIENDO CON LA PANDEMIA, UN NUEVO MAPA DE RIESGOS	220
322	PLAN DE CONTINGENCIA EN TIEMPOS COVID: EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE FARMACIA HOSPITALARIA	221
323	PROYECTO DE CALIDAD DE EDUCACIÓN MATERNAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVI.	222
324	CHECK-LIST, GUIÓN Y RECOMENDACIONES PARA UNA CONSULTA TELÉFÓNICA EFECTIVA Y SEGURA	223
325	DESARROLLAR TECNOLOGÍAS QUE MEJOREN LA SEGURIDAD DE LOS INTERVINIENTES Y VÍCTIMAS EN OPERACIONES DE BÚSQUEDA Y RESCATE	225
326	METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE UNA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	226

Índice

327	LA ATENCIÓN TELEFÓNICA: NUEVO MÉTODO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	227
328	ATENCIÓN DE PACIENTES COVID-19 AL INICIO DE LA PANDEMIA: PLAN DE ACTUACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL	228
331	DISEÑO DE FÉRULA ESPINAL PARA LUGARES AISLADOS E INHÓSPITOS.	230
333	EVALUACIÓN DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: OPINIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES	231
334	IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN LOS RESULTADOS ASISTENCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD	232
335	¿QUÉ NUEVOS RIESGOS ENTRAÑA LA CONSULTA TELEFÓNICA? ANÁLISIS MEDIANTE AMFE	233
336	CONTRATOS DE EMERGENCIA: ABORDANDO SOLUCIONES URGENTES EN MOMENTOS EXCEPCIONALES	235
338	" LA CITACIÓN EN NUESTRA UNIDAD PET. PUNTO CLAVE Y BÚSQUEDA DE SU MEJORA"	236
340	SEGURIDAD PERCIBIDA POR LOS SANITARIOS SOBRE LA GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	238
341	EXPLORANDO LOS RIESGOS EVITABLES DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA PANDEMIA DE COVID-19: UN NUEVO MAPA DE RIESGOS.	239
342	ANALISIS DEL CLIMA LABORAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN UNA UNIDAD ASISTENCIAL	240
343	GENERANDO CONOCIMIENTO COLECTIVO COVID DESDE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	242
344	RESULTADOS ENCUESTA SOBRE EL IMPACTO Y TRASCENDENCIA DE LA CRISIS SANITARIA POR COVID-19 EN LOS PROFESIONALES DEL SALUD	243
345	CALCIFICACIONES ARTERIALES EN MAMOGRAFÍAS Y RIESGO CARDIOVASCULAR: UNA NUEVA OPORTUNIDAD DE PREVENCIÓN	244
346	IMPACTO DE LA PANDEMIA EN INCIDENCIA, TIEMPO DE DIAGNÓSTICO -TRATAMIENTO Y EXTENSIÓN TUMORAL EN DOS CÁNCERES PREVALENTES	245
347	VALIDACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA HERRAMIENTA TRIGGER PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA GENERAL.	246
348	ESPIROMETRÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA COVID 19 ¿CUÁNDO Y CÓMO?	247
349	EL VALOR DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA EN LAS ORGANIZACIONES ¿POR DÓNDE ANDAMOS?	248
350	VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD Y EL MIEDO AL COVID-19 EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO	249
351	MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES UROLÓGICOS DURANTE PANDEMIA COVID-19: EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO	250
353	ADMINISTRACION DE VACUNAS Y LA IMPORTANCIA DE QUE CADA COSA ESTE EN SU SITIO. OTRO EFECTO DE LA PANDEMIA	251
354	IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LA IMPORTANCIA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	252
357	SERVICIOS HOSPITALARIOS CERTIFICADOS CON LA NORMA ISO 9001: EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DE SU SATISFACCIÓN	253
358	CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE LOS PROFESIONALES INTERNOS RESIDENTES, ¿HAY QUE MEJORAR LA FORMACIÓN?	254
359	RECLAMOS EN PANDEMIA COVID 19 EN UN CENTRO AMBULATORIO DE REFERENCIA DE GASTROENTEROLOGIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	255
360	AUMENTANDO LA SEGURIDAD EN QUIRÓFANO: IMPLANTACIÓN DE LA HERRAMIENTA PROACTIVA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (PROSP)	256
361	ATENCIÓN FARMACÉUTICA DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE LA TELEFARMACIA	257
362	PACTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL	258
363	IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA	259
364	SEGURIDAD PSICOLÓGICA EN ESTUDIANTES DE DISCIPLINAS SANITARIAS: PRIMEROS RESULTADOS DE UN ESTUDIO IBEROAMERICANO	260
365	EXPERIENCIA DEL GRUPO DE MEJORA MULTIDISCIPLINAR DE ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS (GMAE)	261
367	EL PACIENTE Y EL DERECHO A LA INTIMIDAD E INFORMACIÓN SANITARIA	262
368	DIGITALIZACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN INCAPACIDAD TEMPORAL	263
369	MEJORANDO LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE	264
370	NORMALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL EN EL ÁREA SANITARIA IV	265
374	VISIBILIDAD DEL SERVICIO DE CALIDAD DEL HUCA	266
375	IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2015 EN LA BIBLIOTECA DEL ÁREA SANITARIA IV: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.	267
376	EQUIPO RESIDENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO.	268
377	MORTALIDAD Y CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN TIEMPO COVID-19	269

Índice

378	MEJORANDO LA GESTIÓN DE CAMAS	271
379	VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPARTIDA REMOTA EN LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS	272
380	EVALUANDO LA CORRECTA ATENCIÓN AL PACIENTE	273
381	CÓMO PODEMOS MEJORAR LAS COMUNICACIONES QUE SE PRESENTAN A UNAS JORNADAS DE CALIDAD ASISTENCIAL	274
382	ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS DE UN SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS	275
383	INCIDENCIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ÉPOCA COVID.	276
384	LA IMPLANTACIÓN DE TICS EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ¿CÓMO LAS VALORAN LOS FACULTATIVOS QUE LAS UTILIZAN?	277
385	ACCIONES DE MEJORA COMO PARTE DE LA MEJORA CONTINUA	278
386	COMO HACER QUE LA COMUNICACIÓN NO SOLO BAJE, TAMBIÉN SUBA. PROYECTO DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ASCENDENTE	279
387	MAGNITUD DE LA PROBLEMÁTICA DE SEGUNDAS VICTIMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	280
388	A CADA PROFESIONAL, LO QUE NECESITA: CONTRATO PROGRAMA INDIVIDUAL, OBJETIVOS PERSONALIZADOS	281
389	CAMINANDO POR LA VIDA	282
390	IMPACTO DE LA GAMIFICACIÓN EN LA EVALUACIÓN DE UNA JORNADA DE HM	283
391	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN UN PROCESO DE GESTIÓN DE ALERTAS RÁPIDAS EN SALUD PÚBLICA POR COVID19.	284
392	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN UN PROCESO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA CON PACIENTE COVID19	286
393	RESPUESTA DE LA MESA DE ENFERMERAS DE COORDINACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS ANTE LA PANDEMIA COVID19.	288
394	MEJORANDO LA ADAPTACIÓN A LA ISO 9001:2015 DEL SGC DE UN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	289
395	REORIENTACIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO PARA RESPONDER A LAS NUEVAS NECESIDADES DERIVADAS DE LA PANDEMIA COVID19.	290
396	ANALISIS DE LAS PRÁCTICAS DESARROLLADAS DURANTE LA BORRASCA FILOMENA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.	291
397	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y VÍA RICA. CIRCUITO PARA CORRECCIÓN DE ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGÍA GÁSTRICA.	292
398	PÍLDORAS INFORMATIVAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	293
399	CONSIDERACIONES PRÁCTICAS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD: ESTUDIO DELPHI	294
400	EVALUACIÓN DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO	295
401	GESTIÓN DE ALIANZAS DE UN SERVICIO DE URGENCIASEXTRAHOSPITALARIO EN UNA EMERGENCIA CLIMÁTICA:UNA OPORTUNIDAD DE APRENDER	296
402	INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME POST- UCI	298
403	QUIERO SABER TODO LO NECESARIO PERO SÓLO LO SUFICIENTE. PROYECTO DE ABORDAJE DE LA INFOXICACIÓN	299
404	EMERGENCIA CLIMATICA FILOMENA: UNA OPORTUNIDAD DE APRENDIZAJE DIRECTIVO.	300
413	DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE VÍDEOGUÍAS PARA PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE ICTUS	302
414	MAPA DE RIESGOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO: MINIMIZAR EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID19	303
415	NUEVOS RIESGOS, NUEVAS OPORTUNIDADES: ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PANDEMIA DE COVID-19	304
416	PROYECTO DE MEJORA EN EL ABORDAJE DE LA VIA DIFICIL CON TÉCNICA ECOGUIADA	306
417	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE RETINOPATIA DIABÉTICA	307
418	TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL PROCESO DE TRANSPORTE INTERCOMUNITARIO ASISTIDO: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.	308
419	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN PROCESO DE DEMANDA DE SANITARIO DE OTRO NIVEL ASISTENCIAL	310
420	GESTIÓN DEL RIESGO RELATIVO A LA PANDEMIA COVID19 EN EL TRASLADO INTERHOSPITALARIO.	312
421	LECCIONES APRENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA A PROPÓSITO DE LA EMERGENCIA CLIMÁTICA FILOMENA	314
422	ACCESO A DATOS PARA ESTUDIOS Y GESTIÓN DE AUDITORÍAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	315
423	LA DIGILITALIZACIÓN: UNA OPORTUNIDAD DE TRANSFORMACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN.	316
424	PROYECTO EBRECRONICS: DISEÑO DE UN PLAN PROACTIVO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	317

Índice

425	HERRAMIENTA DE COLABORACIÓN DE ENFERMERÍA: LA TECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	318
426	INNOVACIÓN EN LA DIGITALIZACIÓN DE LA HOJA DE RELEVO: MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	319
427	IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	320
428	MEJORA DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MEDIANTE METODOLOGÍA SCRUM Y LEAN HEALTHCARE	321
429	EVALUACIÓN QUALITATIVA DE LOS PLANES DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALES I COMPARTIDOS PIIC.	322
430	DISEÑO Y DESARROLLO DEL PORTAL DE INFORMÁTICA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS ALTAMENTE DIGITALIZADO.	323
431	HERRAMIENTA DE REGISTRO Y CONSULTA DE ALUMNOS EN PRÁCTICAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	324
432	PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN UN SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	325
433	CIRUGÍA ORAL EN PANDEMIA: UN RETO SUPERADO	326
434	PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA PARA LA EVOLUCIÓN DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ESTUDIO DAFO	327
436	TRAS VIVIR UN AÑO EN PANDEMIA: ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN EMOCIONAL DEL EQUIPO DE SALUD?	328
437	ESTUDIO RETROSPECTIVO CON DATOS DE VIDA REAL DEL IMPACTO Y SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS DE PACIENTES COVID-19 ALCHÓLICOS	329
438	EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL CENTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE	330
439	PROYECTO DE IMPLICACIÓN DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO EN LA GESTIÓN DE LA DEMANDA	331
440	¿CONOCER EL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE TUMORES REDUNDA EN UNA MEJORA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO?	333
441	ANALISIS DE MORTALIDAD DURANTE LA PANDEMIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	334
442	UNIDAD DE DISFAGIA: GESTION DE PROCESOS EN PANDEMIA	335
443	LA CODIFICACIÓN, UNA HERRAMIENTA MÁS EN FISIOTERAPIA EN PELVIPERINEOLOGÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	336
444	REUNIÓN DIARIA DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	337
445	MAPA DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	338
446	A PROPÓSITO DE UN BROTE DE ASPERGILLUS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL; LA IMPORTANCIA DE 'LA FAMILIA'	339
449	CORRELACIÓN INVERSA ENTRE HOSPITALIZACIÓN POR COVID-19 Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS	340
450	MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE SU EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL	341
451	LA ATENCIÓN A LA FRAGILIDAD, NUEVO PARADIGMA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL	342
453	CERTIFICACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO: UN RETO ASISTENCIAL	343
455	ANÁLISIS DE LOS AGRADECIMIENTOS RECIBIDOS EN EL AÑO DE LA PANDEMIA	344
456	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEDICIÓN DE RESULTADOS DE SALUD (MEDICINA BASADA EN VALOR)	345
457	IMPACTO DEL PLAN DE CONTINGENCIA EN RESPUESTA A LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR	346
458	CAMBIAR PARA MEJORAR, EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	347
459	MEJORANDO LA CALIDAD Y GESTIÓN DE LA CITACION DE PACIENTES	348
460	MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE	349
461	CAPTACIÓN ACTIVA E IMPLICACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE UNA AREA SANITARIA	350
462	PERIODOS CLAVE EN LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE UN BROTE DE COVID-19 HOSPITALARIO: RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO PRECOZ	351
463	DIGITALIZACIÓN DEL PROCESO DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES: GENERANDO VALOR PARA PACIENTES Y PROFESIONALES	353
464	ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN INTRAHOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	355
465	CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CÁNCER VESICAL	356
466	AUDITORIAS CLÍNICAS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA AL TCE GRAVE EN NUESTRO HOSPITAL	357
467	INFRANOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS POR LA PANDEMIA COVID-19 EN CUIDADOS INTENSIVOS: PROPUESTAS DE MEJORA	358
469	INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA EN UNA UCI NO COVID	359

Índice

470	PROYECTO DE MEJORA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN SITUACIÓN DE URGENCIA EN PLANTA HOSPITALARIA	360
471	ANÁLISIS DE UN INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LA HEMORRAGIA COMO COMPLICACIÓN EN EL POSTOPERATORIO	361
472	PROTOCOLO : EFECTIVIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: SALUT + SOCIAL.	362
473	LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: ESTRATEGIAS EN TIEMPOS COVID19	363
475	EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO E IMPACTO CLÍNICO DE LOS PROTOCOLOS DE TRANSFUSIÓN MASIVA (PTM)	364
476	DECISIONES CLÍNICAS COMPARTIDAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL ICTUS	365
477	GESTION DE PACIENTES CRÍTICOS MEDIANTE LA CREACION DE UN AREA UNICA FUNCIONAL: UNA EXPERIENCIA DE EXITO	366
478	USO DE LA TECNOLOGÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO: NO SOLO CURAR, TAMBIÉN ACOMPAÑAR	367
479	20 AÑOS DEL PROGRAMA DE ASESORAMIENTO Y ESTUDIOS GENÉTICOS PARA PACIENTES DE LA ONCE CON ENFERMEDADES RARAS OCULARES.	368
481	IMPACTO EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS ESPAÑOLES TRAS LA PANDEMIA DEL COVID19	369
482	PROYECTO INTREPID: CONJUNTO DE HERRAMIENTAS INTELIGENTES PARA EL RECONOCIMIENTO Y LA EVALUACIÓN EN INCIDENTES PELIGROSOS	370
483	CIRCUITO DE SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN	371
484	LA COLABORACION ENTRES HOSPITALES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: FORTALEZA INDISPENSABLE PARA EL ABORDAJE DE BROTES	372
485	CONSULTA TELEFÓNICA EN PEDIATRÍA EN TIEMPOS DE COVID-19, ¿QUÉ OPINAN LOS PADRES?	373
486	NET PROMOTER SCORE Y LA ESCALA DE SERVPERF: INDICADORES DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	374
487	Y CUANDO NO TENEMOS DERMATÓLOGOS ¿CÓMO MANTENER LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES? PAPEL DEL TRABAJO EN EQUIPO	375
488	'VACUNACIÓN CIRCULAR' EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL., O COMO APROVECHAR EXCEDENTES DE VACUNAS COVID	376
489	VARIABILIDAD EN EL MANEJO (COLOCACIÓN Y RETIRADA) DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN CUIDADOS CRÍTICOS	377
490	¿HAN SIDO LOS NIÑOS VACUNADOS DURANTE LA PANDEMIA?	378
493	INCIDENTES DE SEGURIDAD EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DURANTE LAS INTERVENCIONES EN BROTES DE COVID-19	379
494	LA COORDINACION ENTRE SERVICIOS: UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LOS PUENTES COMUNICATIVOS HACIA EL CONTROL DE LA INFECCION	380
495	SEXUALIDAD: EDUCACIÓN, FAMILIAS Y SALUD	381
496	INNOVACIONES TECNOLÓGICAS: ANTICIPANDO PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO Y MEJORANDO LA SEGURIDAD DE PACIENTES Y PROFESIONALES	382
497	PLAN INTEGRAL DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON COVID-19	383
498	AUDITORIA DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	384
499	MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DEL CIUDADANO AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	385
500	MEJORANDO LA GESTIÓN AMBIENTAL EN UNA UNIDAD CLÍNICA DE MICROBIOLOGÍA A TRAVÉS DE UN PROYECTO DE MEJORA	386
501	QUÉ VARIABLES SON IMPRESCINDIBLES EN UNA HISTORIA DIGITAL DE SALUD? BREVE CONSENSO DE EXPERTOS.	387
502	INTEGRACIÓN DE ELEMENTOS BÁSICOS DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (ISO 13940:2015) Y VARIABLES IMPRESCINDIBLES (RD 1093/2010)	388
503	CUADRO DE MANDOS COVID-19: FRENTE A LA INCERTIDUMBRE, TRANSPARENCIA	389
504	INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS A PARTIR DEL ESCANEO DE SUS ENVASES CON LA APLICACIÓN ATLAS	390
505	SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA	391
506	SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. IMPORTANCIA E IMPLANTACIÓN	392
507	DETECCIÓN DE ERRORES, ACCIONES CORRECTORAS Y DE MEJORA EN EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS SÓLIDOS	393
508	EVALUACIÓN Y MEJORA DEL CICLO DE REGISTRO DE CITOLOGÍAS EN UN CENTRO DE SALUD	394
511	¿ES SEGURA LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DURANTE UNA FASE EPIDÉMICA DE COVID-19?	396
512	CHERRIES, UN PROYECTO EUROPEO PARA LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN RESPONSABLES	397
513	CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA DE COVID- 19 EN EL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	398
514	ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE EL AÑO 2020: ¿HUBO DESIGUALDAD ENTRE ÁREAS SANITARIAS?	399

Índice

515	PREMS Y PROMS EN PACIENTES CON COVID-19 TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO	400
516	DEEP DIVER, BUCEANDO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS PARA DETECTAR ENFERMEDAD PROFESIONAL	401
517	5S. UNA HERRAMIENTA ESTRATÉGICA ADAPTADA AL COVID 19	402
518	FARMAVIZOR, SISTEMA WEB DE NOTIFICACIÓN DE ERORRES DE MEDICACIÓN EN EL HOGAR Y GUÍA DE MEDICAMENTO SEGURO PERSONALIZADA	404
519	ADECUACIÓN DEL INGRESO DE NEUMONIAS POR COVID-19	405
520	LA MEJORA DE LA VIGILANCIA ACTIVA DE MMR Y SU DETECCIÓN EN UN CENTRO DE NEURORREHABILITACIÓN EN TIEMPOS DE COVID-19	406
521	IMPACTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL MANEJO DEL PACIENTE MAYOR CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA.	407
522	SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE PACIENTES DADOS DE ALTA CON NEUMONÍA POR COVID19 DESDE URGENCIAS.	408
523	INNOVACIÓN SANITARIA: SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EUROPEOS H2020	409
524	SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LA PANDEMIA SARS-COV-2: ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN A LA CITACIÓN DE LOS PACIENTES	410
527	ACOGIDA 360: IMPACTO DE UN PROGRAMA MOBILE-LEARNING A NUEVOS PROFESIONALES	411

COMUNICACIONES

ID: 17

CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MIGRANTE DE PATERA

AUTORES: FATIMA RUANO FERRER; I GUTIERREZ GINER
CENTRO DE TRABAJO: CHUIMIC

JUSTIFICACION

El año 2020 siempre será recordado por los profesionales de la salud debido a la Pandemia por el Covid-19, pero a esta situación sanitaria tenemos que añadirle otra crisis mundial, menos reconocida pero no menos importante desde nuestra labor asistencial y de seguridad de nuestros pacientes. Estos pacientes son los "MIGRANTES DE PATERA", que llegan a nuestras costas en condiciones pésimas de salud, arriesgando la vida e incluso perdiéndola en la travesía.

OBJETIVOS

- Dar visibilidad a esta realidad asistencial que aumenta significativamente y garantizar la seguridad de estos pacientes con sus diferentes características y estados de salud.
- Analizar la necesidad de elaborar protocolos de actuación con los diferentes grupos de edad y patologías.
- Reconocimiento y apoyo a las Segundas Víctimas, que somos los profesionales de la salud que tratamos a este perfil de paciente.

MATERIA Y METODOS

El pasado año 2020 llegaron cerca de 30.000 migrantes ilegales a nuestras costas, desbordando todos los recursos sanitarios disponibles, agravados por la pandemia causada por el Covid-19, circunstancias sin precedentes.

Observamos y analizamos la llegada masiva de pacientes migrantes de patera a nuestros centro hospitalario de diferentes edades y diagnósticos. Adultos jóvenes, mujeres solas, mujeres con bebés y niños, menores, Gestantes y niños solos. A todos se le aplica el protocolo Covid-19, se les recibe por urgencias y son remitidos a las unidades correspondientes.

RESULTADOS

De los pacientes migrantes recibidos algunos precisaron intervención quirúrgica, cuidados intensivos y otros fueron éxitus. En una valoración inicial resulta compleja la identificación, bien por el volumen de afectados tras las llegadas masivas, el estado de salud, barrera idiomática y falta o perdida de documentación, poniendo en peligro la seguridad de estos pacientes y dando lugar a Eventos Adversos.

CONCLUSIONES

Urge establecer protocolos de actuación, así como sistemas de correcta identificación de los pacientes para prevenir Eventos Adversos en la asistencia y dar apoyo emocional a las Segundas Víctimas que genera esta realidad social que va en aumento.

ID: 18

USO DE LA TELEMEDICINA PARA CONTROL DE PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL

AUTORES: Isabel García Méndez; M Castillo Devia; C Noboa Paez
CENTRO DE TRABAJO: H.Trueta

JUSTIFICACION

En nuestro país, al igual que en el resto del mundo, la incidencia y prevalencia de la Enfermedad renal crónica sigue creciendo año a año. El número de pacientes que necesitan Tratamiento sustitutivo renal (trasplante o diálisis) sigue en aumento y paradójicamente no se constata un crecimiento de los tratamientos domiciliarios (Diálisis peritoneal (DP), Hemodiálisis domiciliaria (HDD)). El auge de la Telemedicina durante el último año debido a la pandemia por Covid puede representar un impulso para estos tratamientos.

En nuestro hospital el número de pacientes en DP es elevado comparado con otras regiones. En el mes de marzo 2020, nos vimos obligados a suspender toda actividad presencial con nuestros pacientes y a medida que pasaban los meses, la necesidad de poder contactar con ellos, sobretodo visualmente fue creciendo.En nuestra organización, el servicio de Informática reaccionó rápidamente para diseñar un sistema de videollamadas incorporado al propio sistema informático del hospital para así evitar instalar apps y hacer su uso más sencillo. En unos meses, se consiguió su implementación para el uso con nuestros pacientes para posteriormente ofrecerlo ya a todos los pacientes.

Además, desde el año 2017 para aquellos pacientes que están bajo tratamiento con Diálsis peritoneal automática disponemos de máquinas que nos envian, a través de una nube, datos a tiempo real del tratamiento dialítico.

Como pacientes crónicos, habitualmente, se organizaban visitas presenciales cada 2-3 meses con la analítica correspondiente para control el estado clínico y confirmar la pauta de diálisis.

Debido a la situación de pandemia,nos vimos obligados a reorganizar toda la actividad, tanto de consultas periódicas como los entrenamientos de DP a aquellos pacientes que ya tenían el catéter de diálisis colocado pero no podían venir al hospital para iniciar su formación sobre DP.

OBJETIVOS

- Demostrar que la nueva organización basada en un alto porcentaje de Telemedicina no supone un peor control de nuestros pacientes en DP
- Incluir la Videollamada como herramienta habitual en las consultas de DP
- Videollamda como herramienta para entrenamientos domiciliarios de DP

MATERIA Y METODOS

Se recogió toda la actividad realizada durante los meses de marzo a junio 2020 con visitas telefónicas, videollamadas así como ingresos y/o urgencias de nuestros pacientes y se comparó con el mismo periodo de tiempo tres meses antes.

Asi mismo, se describe la experiencia con soporte de videollamada a pacientes en proceso de entrenamiento de DP así como apoyo en situaciones concretas

RESULTADOS

- Las visitas presenciales se redujeron un 90%. Al contrario, se aumentaron drásticamente tanto las visitas telefónicas como con videollamadas
- No se objetivaron mayor número de complicaciones ni ingresos debido a problemas con la diálisis

CONCLUSIONES

La videollamada debe ser includia como una herramienta más ya que permite ahorro de viajes y desplazamientos a los pacientes.

ID: 20

TRANSFORMACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID19

AUTORES: Rami Qanneta
CENTRO DE TRABAJO: GiPSS

JUSTIFICACION

La COVID19 ha supuesto un impacto en los centros de atención intermedia, donde se ha dedicado intensamente a atender la demanda generada. Así mismo, ha habido una necesidad razonable de adaptación a la nueva situación: cambio del paradigma y el modelo asistencial, adecuación de la organización y los procesos, transformación en la relación con los pacientes y familiares, la manera de trabajar interna y con otros niveles asistenciales. Además, se han abordado de manera conjunta los ulteriores pasos a seguir, después de los primeros meses de pandemia, con una realidad de actividad dual COVID19/No COVID19.

OBJETIVOS

Evaluación descriptiva y retrospectiva de las actuaciones efectuades y puestas en marcha de nuestro centro de atención intermedia, en respuesta a la pandemia COVID19.

MATERIA Y METODOS

Revisón sistemática del balance de acciones y los nuevos proyectos acelerados en el centro, como respuesta a la propia pandemia y a las necesidades que iban surgiendo, desde una perspectiva sociosanitaria y una visión territorial, desde el diagnóstico del primer caso SARS-CoV-2 en Catalunya (25/02/2020) hasta la suspensión del estado de alarma (09/05/2021).

Fuentes de información: gestor de planes estratégico y de calidad asistencial y seguridad del paciente, plan de contingéncia y de desescalada, plan de comunicación (tuits de divulgación social y notas de prensa) e información actualizada SARS-CoV-2 de la Gencat.

RESULTADOS

Durante el periodo 25/02/2020 – 09/05/2021, se han revelado 55 fechas claves de toma de decisiones, las cuales se han agrupado en 4 fases: 1ª fase; del 25/02/2020 al 31/08/2020, 2ª fase; del 01/09/2020 al 31/12/2020, 3ª fase; del 01/01/2021 al 31/03/2021 y 4ª fase; del 01/04/2021 al 09/05/2021. Nos hemos basado en múltiples parametros, en su mayoría son cambiantes, para esquematitzar y formalizar un balance de acciones y actividades consecutivas. Hemos dividido los parametros en dos categories:

Propios del centro: plan de contingencia, plan de desescalada, escenarios premarcados, picos de infección intrahospitalaria, restriccions y regimenes de visitas, etc

Ajenas al centro: evolución de la pandemia, situación del Área de Gestión Asistencial (AGA) del territorio, instrucciones de las autoridades sanitarias, tiempo de evolución de cada ola, picos de transmisión comunitària, inicio y disponibilidad de vacunación contra la Gripe y la COVID19, etc

Con todo ello, hemos constituido un 'calendario de pandemia' que ha favorecido un aprendizaje de mejora continua.

CONCLUSIONES

Nuestro centro de atención intermedia se ha reinventado para afrontarse a la COVID19, demostrandose una capacidad de resolución, de adaptación progressiva, y de organización de nuevos equipos de profesionales con resiliència e involucración. Consideramos que, todo ello, nos ha ayudado a proporcionar una atención integral e integrada al paciente anciano frágil, el más vulnerable durante la pandemia, y a los profesionales. Cabe destacar la solidaridad y generosidad del sistema y de la sociedad en los momentos críticos.

ID: 21

"UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON HERIDAS COMPLEJAS."

AUTORES: Dolores Hinojosa-Caballero; LR Álvarez-Rodríguez; E González-Lao; A Torres-Subires; S Delgado-Ballesteros
CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Terrassa-Consorci Sanitari de Terrassa[1]

JUSTIFICACION

El paciente con heridas complejas, necesita una asistencia sanitaria basada en un modelo de abordaje integral e integrado centrado en el paciente, gestión eficiente, equipo interdisciplinar, participación activa del paciente/entorno, y el objetivo de garantizar atención de calidad con efectividad clínica. Las heridas complejas, problema relevante en la población, en todos los niveles de atención. El paciente, la herida, el conocimiento/habilidades de los profesionales y la disponibilidad de recursos, interactúan para definir la complejidad y los problemas asociados a la curación. Este enfoque resulta un gran desafío para los equipos de salud.

OBJETIVOS

Definir un modelo innovador de Unidad de Práctica Clínica Integrada de abordaje al paciente con heridas complejas mediante un liderazgo y trabajo interdisciplinar analizando la eficiencia, el enfoque y los resultados.

MATERIA Y METODOS

El diseño implanta los siguientes aspectos: Identificación circunstancias clínicas que intervienen, criterios de derivación; Equipo interdisciplinar: cirugía plástica-reconstructiva, vascular-angiología, medicina interna-infecciosas, dermatología y enfermería especializada; Diseño de agenda única. Sistema de comunicación e interconsulta ágil; Procesos integrados con continuidad asistencial. Mapa interniveles; Diagnóstico diferencial. Control de entrada hasta resolución del problema.; Plan de atención acordado y adaptado a las necesidades individuales. Empoderamiento de los pacientes, para evitar abandono; Seguimiento/evaluación de indicadores clínicos, de procesos y de resultados orientados a la calidad de vida del paciente; Formación en prevención/tratamiento dirigidos a todos los equipos.

RESULTADOS

Análisis resultados de actividad: 2018: 1481 visitas (n: 168); 2019: 1570 visitas (n: 192); 2020: 1329 visitas (n: 157). Desde implantación, se han resuelto un 68% de los casos, superando el 80% y llegando a alcanzar un 93% en años. El 40% de pacientes derivados corresponden a la atención primaria. El resto, atención intermedia, otras especialidades o pacientes hospitalizados. La antigüedad de las lesiones a la llegada estaba entre 9-15 meses, tras la implantación, el tiempo medio de resolución se haya entre 2-4 meses.

CONCLUSIONES

Estas unidades son una necesidad requerida por la sociedad que espera del Sistema Sanitario, un bajo coste, la mejor gestión y una excelente calidad en la atención. Este modelo nos ha permitido mejorar la derivación del paciente desde la atención primaria de forma directa, así como ofrecer apoyo a los centros para ser autosuficientes. Se genera una actividad elevada que se proyecta en crecimiento. Los resultados de los casos resueltos forman parte del objetivo principal, pero también dan respuesta a la necesidad de trabajar bajo un modelo estructurado que busca calidad y reduce consultas derivadas incorrectamente.

ID: 22

PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES: MARIA ISABEL GUTIERREZ GINER; AL SANCHEZ ALVAREZ; MM PEÑATE RODRIGUEZ; C MORA LOURIDO
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

JUSTIFICACION

La pandemia actual ha supuesto cambios en la asistencia y el proceso de acompañamiento abolido/restringido haciendo imprescindible disponer de un procedimiento para información a familiares durante la hospitalización cuando los pacientes no puedan hacerlo o deseen que se informe tal y como contempla la legislación vigente.

OBJETIVOS

Conciliar el derecho a la información de los familiares de pacientes ingresados con las medidas excepcionales que impiden el acompañamiento y restringen las visitas.

MATERIA Y METODOS

Revisada la escasa bibliografía existente por la excepcionalidad de la situación se elabora el procedimiento que presentamos dado el papel que la información juega en la asistencia al paciente, la aceptación de la enfermedad, la adherencia a los tratamientos y el proceso de recuperación de la salud.

RESULTADOS

El resultado es el procedimiento de información vía telefónica a los familiares de los pacientes ingresados en un Servicio quirúrgico de un hospital público, asegurando el cumplimiento de la Ley 41/2002 y Ley 3/2018.

Se hace hincapié en identificar la persona de contacto y reflejarlo en la historia clínica del paciente en los diferentes ámbitos de asistencia previo el ingreso y tras el mismo.

El profesional que informa será el facultativo responsable del paciente y se identificará con su nombre, apellidos, categoría profesional y centro desde donde llama. Al familiar/representante se le solicitará su nombre y apellidos, para comprobar con seguridad la identidad del interlocutor. Tras esto, se dará la información autorizada por el paciente y se dejará constancia en su historia clínica de la información facilitada en cada momento.

Las situaciones más sensibles, como aquellas de mal pronóstico, la comunicación de malas noticias o de una defunción, se harán de manera presencial, en la medida de lo posible y con todas las medidas de seguridad y protección pertinentes. Si no fuese posible, se reforzarán las estrategias de comunicación, dada la dificultad por la falta de acompañamiento y apoyo. Se establece un horario de llamadas, pero si la situación lo requiere, se informará fuera del mismo.

Se promoverán las videollamadas del paciente a sus familiares, si es posible y en el ejercicio de su autonomía.

El consentimiento informado debe constar por escrito en intervenciones quirúrgicas. En el procedimiento se contempla el protocolo excepcional para dar cobertura legal a esa situación si un paciente precisa una intervención, no tiene competencia, no hay ningún familiar o no se puede desplazar para el consentimiento informado presencial.

CONCLUSIONES

La elaboración de procedimientos para la practica asistencial es muestra de calidad en la atención al disminuir la variabilidad en la practica clínica. Disponer de un procedimiento de información durante la pandemia ha permitido mantener la comunicación con las familias de los pacientes de manera uniforme y ordenada. Esperamos que las encuestas de satisfacción anuales constaten el beneficio de la implementación de esta herramienta.

ID: 23

"NI YO PIERDO COLEGIO NI MIS PADRES FALTAN AL TRABAJO": HUMANIZACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE LA ESCOLIOSIS DEL ADOLESCENTE

AUTORES: H GARLITO DÍAZ; B MUÑOZ NIHARRA; C SUÁREZ RUEDA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

JUSTIFICACION

La escoliosis se define como la desviación de la columna en el plano anteroposterior mayor de 10º. La forma más frecuente es la idiopática del adolescente (EIA). Es el motivo principal de visita al traumatólogo pediátrico entre los 11 y 15 años representando alrededor del 20-25% de las consultas.

El paciente adolescente tiene sus peculiaridades: tiene poco tiempo entre el colegio y las actividades extraescolares y además ve en la visita al traumatólogo pediátrico una intromisión en su intimidad. Es el paciente al que más le cuesta exponerse a la mirada del médico. Por otro lado, el paciente pediátrico debe acudir siempre acompañado a las consultas por lo que supone una pérdida de horas de trabajo para los padres y una pérdida de horas de colegio para los niños. A esto se le suma que una escoliosis debe ser revisada una o dos veces al año desde la infancia hasta el final de la adolescencia ya que como enfermedad del crecimiento puede presentar cambios en todo el mismo.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es evaluar el impacto obtenido tras la implantación de la telemedicina en el seguimiento de la EIA a través de índices de calidad percibida por el paciente e índices de gestión sanitaria.

MATERIA Y METODOS

Se ha realizado un estudio restrospectivo donde se han incluido un total de 300 pacientes entre los 11 y los 15 años diagnosticados de EIA no complicada con curvas inferiores a los 20º. Se compararon los pacientes seguidos por vía presencial ordinaria entre septiembre de 2018 y marzo de 2019 (grupo A=150) con los pacientes seguidos mediante telemedicina entre septiembre de 2020 y marzo de 2021 (grupo B=150). Se realizó un análisis comparativo de las encuestas de satisfacción, los índices de calidad percibida por el paciente, la disponibilidad de primeras consultas de ortopedia infantil y el índice de consultas primeras/sucesivas, sin interferir con el criterio clínico-radiológico, que es el que se priorizó en todo momento.

RESULTADOS

Se obtuvo una mejora en las encuestas de satisfacción y en los índices de calidad percibida tras la implantación de la telemedicina en el seguimiento de la EIA. Así mismo, se mejoró el índice de consultas primeras/sucesivas de ortopedia infantil a favor del grupo B respecto al grupo A.

CONCLUSIONES

Se propone la telemedicina como un herramienta eficiente y satisfactoria para el seguimiento de la EIA, permitiendo una mejor conciliación escolar del paciente y laboral de los padres sin afectar a los resultados clínicos del mismo. A día de hoy, esta forma de medicina digital es una realidad que no sólo es válida o equiparable a lo que se venía haciendo tradicionalmente, sino que mejora la calidad percibida por el paciente, contribuye a afianzar la relación médico-paciente y acerca la medicina al hogar y el entorno del propio paciente, que es y debe ser el protagonista en todo momento.

ID: 25

EXPERIENCIA PANDEMIA COVID19 EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA

AUTORES: Qanneta Rami
CENTRO DE TRABAJO: GiPSS

JUSTIFICACION

La afectación más grave de la COVID-19 se produce en personas mayores de 65A y con comorbilidades (DM, Obesidad, enfermedad renal crònica, patología cardiovascular y respiratoria crónica subyacente, deterioro cognitivo, etc). Como consecuencia, la COVID19 ha supuesto un impacto en los centros de atención intermedia, donde se ha dedicado intensamente a atender la demanda generada.

OBJETIVOS

Analizar, de manera descriptiva y retrospectiva, la evolución de la pandemia COVID19 en un centro de atención intermedia, desde el inico del estado de alarma.

MATERIA Y METODOS

Recogida de datos de los pacientes atendidos por COVID19 en nuestro centro, procedencia y destinación al alta, desde el 25/05/2020 hasta el 09/05/2021.

Análisis comparativa de los datos entre los diferentes periodos de olas de pandemia.

RESULTADOS

Durante el periodo 25/02/2020 – 09/05/2021, en nuestro centro, con dotación de 156 camas, se han atendido por infección SARS-CoV-2 un total de 431 pacientes. Del total, un 60% han sido derivados desde hospital de agudos (25% directamente desde urgencias hospitalarias), equipos de atención primaria, otros centros sociosanitarios o centros residenciales, y el otro 40% han sido infección intrahospitalaria. Distribución por ola: 104 pacientes en la 1ª ola (11/03/2020 - 31/08/2020), 163 pacientes en la 2ª ola (01/09/2020 - 31/12/2020, 141 pacientes en la 3ª ola (01/01/2021 - 31/03/2021 y 23 pacientes en la 4ta ola (01/04/2021 - 09/05/2021). Destinación al alta: 73% a domicilio o otro recurso sociosanitario, 24% han sido exitus, 2% retorno a hospital de agudos y 1% siguen activos prevalentes hasta el día 09/05/2021. Se han realizado un total de 2304 PCR (400 en 1ª ola, 1004 en 2ª ola, 791 en 3ª ola y 109 en 4ta ola).

CONCLUSIONES

Nuestro centro de atención primaria, referente del territorio, fue clave en la asistencia a los pacientes ancianos frágiles, de edad avanzada y pluripatológicos, afectados de la COVID19, con necesidad de atención integral de moderada intensidad terapeútica, así como, cuidados paliativos y atención final de vida (situación de últimos días). El proceso de retorno a hospital de agudos (solo un 2%) respondió a criterios clínicos objetivos e individualizados, para evitar falsas esperanzas con tratamientos fútiles. Hasta ¾ de los pacientes atendidos presentaron recuperación de la COVID19 y hasta un ¼ fueron exitus.

ID: 26

PROYECTO DE ELABORACIÓN DE UN MAPA INFORMATIVO ACTIVO Y SECUENCIAL DE LA ASISTENCIA INTEGRADA AL PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES: Maria Claudia Téllez Barragán[1]; G Garcia Gonzalez[2]; V Garcia Jarabo[3]; P Gómez Iglesias[4]; L Sanchez Gregorio[5]
CENTRO DE TRABAJO: C.S.Dr. Luengo Rodriguez[1]; Hospital universitario de Móstoles[245]; Hospital Universitario de Fuenlabrada[3]

JUSTIFICACION

El paciente que recibe diagnóstico cáncer, sufre un gran impacto emocional que entorpece la capacidad de escucha y discernimiento. Es abordado muchas veces con innumerable e incomprensible información con diversas y confusas derivaciones e interconsultas. Su escasa comprensión, le imposibilita compartir a familiares y/o allegados la información recibida, generando abatimiento y sentimiento de desolación

OBJETIVOS

El mapa, objeto de éste trabajo proporciona al paciente oncológico:

- Una identificación gráfica de las especialidades que conforman el comité de tumores, que se implican de manera integral en el tratamiento de su enfermedad
- Una secuencia de sus interconsultas, que facilita conocer su situación dentro del tratamiento
- Información clara y concreta emitida por cada uno de los miembros del comité, que podrá consultar con sus familiares y/o allegados.
- Conservar de manera ordenada y segura la información que se le brinda
- Información con código QR para evitar la perdida de información y posible transmisión de microorganismos
- Sentimiento de acompañamiento

MATERIA Y METODOS

Realizamos un AMFE , fundamentado en: La información de la enfermedad y de recursos humanos implicados durante el tratamiento

RESULTADOS

INFORMACION DE LA ENFERMEDAD: FALLOS. Se aporta información verbal sin soporte papel.Se ofrece información insuficiente debido al corto tiempo en consulta.Se ofrece información escrita en diferente formato.La información ofrecida es propio de cada especialista. **ERRORES.** Aumenta incertidumbre.Solicita nueva cita, sobrecargando la demanda.Decide ignorar su enfermedad. Se Obvia recomendaciones relevantes. Decae en contraindicaciones por desconocimiento. Empeora el pronóstico de su enfermedad. Facilidad de perder documento con información relevante. información contradictoria.

INFORMACION DE RECURSOS HUMANOS: FALLOS: Insuficiente información del comité de tumores. Insuficiente información de la secuencia y derivaciones. **ERRORES:** Se crea confusión, ansiedad y sentimiento de abandono. Se genera caos y aturdimiento. No acude a sus citas.

CONCLUSIONES

La información contenida en el mapa dirigida al paciente oncológico ofrece

- Sentimiento de acompañamiento y esmero durante el tratamiento de su enfermedad
- Claridad en la secuencia de las interconsultas con los especialistas implicados
- Información clara y concreta en cada procedimiento
- Información organizada y almacenada disponible en código QR
- Oportunidad de consultar y compartir información entre sus familiares y allegados
- Humanización, comunicación, atención integral e integrada entre Atención dos Hospitales y AP

ID: 27

RESULTADOS DE UN ESTUDIO SEROPREVALENCIA SARS-COV-2 DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA

AUTORES: Qanneta Rami
CENTRO DE TRABAJO: GiPSS

JUSTIFICACION

Los trabajadores sanitarios es un grupo de riesgo para exposición/infección por SARS-CoV-2. Los casos positivos, en su mayoría, corresponden a orígen nosocomial, pero en algunos casos podrían tener orígen comunitario. No obstante, cabe remarcar que es un grupo en el que se realizan con más frecuencia pruebas diagnósticas (asintomáticos, presintomáticos, cribajes masivos y PCR seriades) y por tanto se detectan más casos.

OBJETIVOS

Determinar la seroprevalencia ocupacional a los trabajadores sanitarios de un centro de atención intermedia.

MATERIA Y METODOS

Estudio de tipo transversal, de carácter voluntario, previa firma de un consentimiento informado, durante el periodo mayo – junio 2020.

Criterios de inclusión: trabajadores sanitarios asintomáticos; no diagnosticados previamente de COVID19 (grupo A) o con una una infección pasada de COVID19 (grupo B).

Criterios de exclusión: trabajadores sanitarios con síntomas sospechosos de infección aguda por SARS-CoV-2.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio, se han incluido voluntariamente 235 trabajadores (N. total de trabajadores de nuestro centro = 313). Grupo A: 181 trabajadores; 13 de ellos han dado un resultado positivo de seroprevalencia (7,2%; 6 trabjadores han referido haber tenido posibles síntomas pero con una PCR realitzada negativa). Grupo B: 54 trabajadores (todos los trabajadores diagnosticados de COVID19 en nuestro centro); 47 de ellos han dado un resultado positivo de seroprevalencia (87,03%).

CONCLUSIONES

La tasa de positividad de seroprevalenia de los trabajadores sanitarios del grupo A de nuestro centro ha sido del 7%, semejante a la descrita en otros estudios. Un 46% de los trabajadores del grupo A han tenido, probablemente, un falso negativo en el resultado de la PCR realizada cuando tenían síntomas. Un 13% de los trabjadores sanitarios del grupo B de nuestro centro no han desarrollado inmunidad humoral, a pesar de haber pasado la COVID19 previamente. La tasa de positividad/infección SARS-CoV-2 global (grupo A + grupo B) de nuestro centro (del total de 313 trabajadores) ha sido entorno a 20% (1 de cada 5 trabajadores se han infectado de la SARS-CoV-2).

ID: 28

FORMACIÓN Y DEBATE CONJUNTO PARA CAPTAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y FAMILIA

AUTORES: Ana Rodriguez Cala[1]; C Calle Rodríguez[2]; N Duran Garcia[3]; B Zöller Barbara[4]; A Chacon Carrasco[5]; A Pons Rodríguez[6].
CENTRO DE TRABAJO: Instituto Catalán de Oncología[12345]; ABS Eixample[6]

JUSTIFICACION

La incertidumbre y vulnerabilidad que genera el cáncer hace especialmente necesario impulsar la humanización del proceso de atención al enfermo ontológico, ya que es necesario entender al paciente de forma integral y situándolo en el centro. Por ello es necesario contemplar no solo los aspectos científico-técnicos, sino también otros elementos clave como los valores humanos y la experiencia paciente/familiar.

OBJETIVOS

Objetivo General. Identificar las necesidades de pacientes y familiares basado en su experiencia para elaborar un plan de humanización.

Objetivos específicos:

- Capacitar a profesionales en metodología y herramientas para captar la experiencia de pacientes
- Implicar a profesionales y pacientes en el proceso de humanización.
- Generar mejoras para contribuir a la calidad de vida

MATERIA Y METODOS

El proyecto se desarrolló con una metodología participativa, mediante talleres en formato virtual para adaptarlos a la realidad COVID-19. El enfoque se basó en involucrar a los actores en el desarrollo de soluciones a los retos planteados a través de la participación de profesionales y pacientes.

Fases del proyecto

- Presentación del proyecto al Comité Ejecutivo: aprobación y constitución del equipo de trabajo
- Autoevaluación mediante entrevistas a profesionales y pacientes
- Diseño y desarrollo del programa formativo
- Realización de 6 talleres con profesionales y pacientes
- Evaluación de resultados

En los talleres se realizó una aproximación teórica y se generó una comprensión compartida del problema para idear soluciones y se definió una hoja de ruta para implementar las ideas. El contenido se organizó a partir de las 6 dimensiones de experiencia del paciente: información de calidad y adecuada, soporte emocional, captura y comprensión de la experiencia, transformación y mejora de la experiencia, implicación de profesionales, empoderamiento y autogestión.

RESULTADOS

Sensibilización y capacitación de 21 profesionales en experiencia del paciente, con desarrollo de los siguientes aspectos:

- Análisis DAFO sobre experiencia del paciente en la institución
- Mapa de experiencia en quimioterapia
- Identificación de herramientas de captura de la experiencia del paciente
- Itinerario formativo para la autogestión de pacientes y cuidadores
- Propuestas de innovación en humanización

CONCLUSIONES

La formación de los profesionales para desarrollar un Plan de humanización basado en la experiencia del paciente contribuye a crear un sistema de atención sanitaria accesible, amigable y personalizado para el paciente. Los talleres han fomentado la colaboración multidisciplinar entre profesionales sanitarios para exponer experiencias y los resultados obtenidos constituyen un punto de inflexión en la elaboración del Plan de humanización de la Institución.

ID: 29

EXPERIENCIA DEL PROFESIONAL: CLAVE EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE IGUALDAD

AUTORES: Noemí Durán García; A Rodríguez Cala; B Zöller; C Calle Rodríguez; A Chacón Carrasco; M Félix Macías.
CENTRO DE TRABAJO: Institut Català d'Oncologia

JUSTIFICACION

El plan de igualdad es un conjunto ordenado de medidas para lograr la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres, y eliminar toda discriminación, directa o indirecta, por razón de sexo. El tercer Plan de igualdad de la institución se plantea como parte de un proceso de mejora continua de la calidad de vida en el trabajo. Para ello, se ha puesto el foco en la experiencia de los y las profesionales, como grupo de interés clave en la definición y desarrollo del plan.

El nuevo Plan contribuye al Objetivo de Desarrollo Sostenible de Igualdad de género (ODS 5), uno de los objetivos de la institución incluidos en su Plan estratégico.

OBJETIVOS

Elaborar un Plan de igualdad a partir de la experiencia de los profesionales de todas las áreas de la organización.

MATERIA Y METODOS

La elaboración del plan se hizo mediante una metodología participativa con las siguientes fases:

1) Iniciativa. Compromiso recogido en el plan de acción institucional.

2) Diagnóstico. Metodología participativa a partir del análisis de datos cuantitativos y de la experiencia de profesionales. Se realizaron 2 talleres con profesionales de diferentes disciplinas, con una metodología estructurada en dos partes. La primera parte teórica, orientada a generar conocimiento sobre los planes de igualdad y el Real Decreto Ley 6/2019. La segunda parte con un enfoque práctico, como espacio de análisis y reflexión sobre ámbitos de intervención en materia de igualdad, identificación de aspectos relevantes que dificultan o potencian el logro de la igualdad y aportación de propuestas de mejora.

3) Diseño del Plan de Igualdad. En 5 sesiones temáticas de miembros de la Comisión de Igualdad, se realizó un análisis de los resultados de los talleres y de las expectativas e intereses de los profesionales, que constituyeron la base para definir objetivos, medidas y mecanismos de seguimiento y evaluación.

4) Implementación. El plan es aprobado y presentado en Comité Ejecutivo, Consejo de Administración y en sesiones del Comité de Empresa. A partir de aquí se realiza la difusión y el despliegue.

RESULTADOS

En el diagnóstico, concepción y elaboración del plan han participado 76 personas (16% han profesionales asistenciales e investigadores, 55% agentes sociales, 29% profesionales de áreas de gestión).

El resultado ha sido la aprobación del Plan de Igualdad en 2020, estructurado en 10 ámbitos de intervención, 25 objetivos para potenciar la igualdad de oportunidades real y efectiva en la organización, 79 acciones que se desarrollarán en 4 años (2020-2023) y 55 indicadores para evaluar el impacto de las medidas.

CONCLUSIONES

El plan es fruto de análisis, reflexión e identificación de objetivos realizado con la aportación de los profesionales. Los talleres para la elaboración del plan han sido una iniciativa innovadora que ha generado conocimiento sobre políticas de igualdad y los retos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para la igualdad de género, con el fin de promover la reflexión en grupo sobre igualdad de oportunidades en la institución.

ID: 30

HACIA UNA ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DE PACIENTE, CON LA PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES Y PACIENTES

AUTORES: Elías Escanero Loriente; C Revilla López
CENTRO DE TRABAJO: Departamento de Sanidad

JUSTIFICACION

El proceso de participación realizado, ha llevado a superar la primera visión de elaborar un análisis de situación para un Plan de Humanización. El análisis de planes y estrategias previas, y la participación de pacientes, profesionales y equipos directivos ha generado un diagnóstico estratégico y la detección de puntos críticos, en la relación de los/las pacientes con el sistema sanitario. También ha permitido definir una primera visión, principios, líneas de actuación y objetivos en torno a una futura "Estrategia autonómica para la mejora de la experiencia de paciente"

OBJETIVOS

Establecer las bases para el trabajo de elaboración de un futuro plan o estrategia de mejora del Sistema Sanitario autonómico

Realizar un primer diagnóstico en torno a los retos para promover mejoras y plantear futuros objetivos de trabajo

Dinamizar un grupo de profesionales, ya implicados en proyectos de innovación centrados en los/las usuarios/as

MATERIA Y METODOS

Se definió un proceso deliberativo, por vía telemática, a través de:

- Fichas de proyectos o buenas prácticas;
- Grupos de trabajo con diferentes tipos de profesionales del Servicio autonómico de Salud, para intercambiar experiencias, definir retos y prioridades;
- Grupos de discusión con pacientes con patologías crónicas y/o sus familiares, para identificar puntos críticos y necesidades, a través de "mapas de experiencia";
- Encuesta a profesionales del trabajo social en salud y al personal de atención al usuario;
- Entrevistas a responsables y/o equipos directivos, de contraste de resultados.

RESULTADOS

La visión definida y contrastada es la de: 'Armonizar el Sistema Sanitario con las necesidades de las personas'.

Este proceso, también llevó a definir siete líneas estratégicas, objetivos y propuestas de actuación. En varios casos, constituyen aspectos habituales en otros Planes de humanización previos, como la adecuación del diseño de las instalaciones. Pero, en otros, están relacionados con la mejora de la experiencia de paciente. Entre otros ejemplos, podemos destacar: el incremento de la información, para reducir la ansiedad de los/las pacientes; y el aseguramiento de los tiempos de comunicación; el apoyo a necesidades no clínicas (emocionales, información nutricional, autocuidados, etc.); el uso de indicadores PREM y PROM; o la propuesta de cocreación de servicios, con participación de pacientes y profesionales, en el marco de un ecosistema para la innovación centrada en la persona. Junto a ello, también destacan otros aspectos relativos a la digitalización, que en esta pandemia ha mostrado ser sumamente relevante.

CONCLUSIONES

Se trata de un proceso no concluido cuyo futuro pasa, desde una perspectiva técnica, por ampliar la participación a diferentes colectivos y otros grupos de profesionales. Contando, especialmente, con las personas más proclives a la innovación en su desempeño profesional y el apoyo a aquellos proyectos de mejora ya impulsados en la labor diaria de diferentes centros y servicios.

ID: 31

IMPORTANCIA DE LA AUDITORÍA INTERNA DE PULSERAS IDENTIFICATIVAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: MARIA ISABEL GUTIERREZ GINER; MM PEÑATE RODRIGUEZ; A HERNANDEZ SANTANA; L RODRIGUEZ VELAZQUEZ; AL SANCHEZ ALVAREZ; C MORA LOURIDO.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

JUSTIFICACION

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial, incluye actuaciones orientadas a eliminar o reducir los eventos adversos evitables, además de promocionar prácticas seguras.

La identificación inadecuada de pacientes es causa de complicaciones asociadas a errores en la asistencia sanitaria. Se plantea la realización de una auditoría interna sobre la disponibilidad de pulseras identificativas en cada paciente de un Complejo Hospitalario Universitario de 800 camas.

OBJETIVOS

Aumentar la seguridad del paciente mediante la aplicación eficaz de una política de identificación segura de pacientes.

Los objetivos específicos son:

- Conocer el porcentaje de pacientes que portan la pulsera colocada en lugar visible.
- Conocer el porcentaje de pulseras en óptimas condiciones de conservación, permitiendo una correcta identificación del paciente (nombre, apellidos y número de historia clínica), con datos legibles.
- Valorar la tendencia evolutiva.

MATERIA Y METODOS

Estudio de prevalencia realizado en 5 días laborables para asegurar la adecuada representatividad de la muestra y realización de auditoría interna anual en el último trimestre del año durante los últimos 7 años.

La población diana son todos los pacientes hospitalizados (incluidos servicios médicos y quirúrgicos), pacientes en régimen de ambulatorización que acuden al Centro para la realización de un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico y que no requieren ingreso hospitalario, así como los pacientes del Servicio de Urgencias.

En los días del estudio, y previa información personalmente del objetivo del estudio, se evaluó de manera individual a cada paciente para comprobar si portaban la pulsera y si permitía su correcta identificación.

RESULTADOS

La auditoría se realizó en los últimos siete años, mostrando una tendencia positiva en sus resultados gracias a la implementación progresiva de medidas correctoras. Como datos interesantes:

- En el área de recuperación anestésica se objetivaba que un elevado número de pacientes no portaba la pulsera identificativa, al haber sido retirada en el quirófano en el contexto de accesos vasculares para la intervención.
- En el año 2017 se decidió hacer la auditoria bienal, y dado el empeoramiento de los resultados en el año 2019 se volvió a realizar anualmente.
- En el año 2020 disminuye 1,9 % la correcta identificación, dato que podría estar relacionado con la presión asistencial derivada de la pandemia por SARS CoV-2, aspecto a tratar como gestión de riesgo.

CONCLUSIONES

La identificación inequívoca de los pacientes es una medida de seguridad del paciente y por tanto de calidad asistencial. La concienciación del personal ha sido imprescindible para dicha mejora.

La realización de auditorias periódicas en nuestro medio permite la reevaluación de la situación y por tanto la mejora continua.

ID: 32

LA SEGURIDAD PERCIBIDA COMO INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ASISTENCIAS Y TRASLADOS DE EQUIPOS DE EMERGENCIAS

AUTORES: Juan Antonio Péculo Carrasco[1]; HJ Rodríguez Ruiz[2]; M Rodríguez Bouza[3]; JM De la Fuente Rodríguez[4]; A Puerta Córdoba[5]; MM Casal Sánchez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Provincial 061 en Cádiz. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias[1235]; Centro de Salud Joaquín Pece. Servicio Andaluz de Salud.[4]; Hospital Puerta del Mar. Servicio Andaluz de Salud[6]

JUSTIFICACION

Hablamos de indicadores de seguridad del paciente como herramientas que nos ayudan a monitorizar una de las dimensiones de la calidad asistencial: la seguridad. Nos hemos preguntado si el propio paciente podría ayudarnos a monitorizar algún elemento de su seguridad. Ya contamos con herramientas validadas para cuantificar la seguridad percibida de pacientes acerca de la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias extrahospitalarias: la Escala de Seguridad Percibida ESP16. Hasta ahora no se había medido aún la relación entre la seguridad percibida y los Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP).

OBJETIVOS

Determinar qué relación existe entre la aparición de IRSP y la seguridad percibida de los pacientes asistidos y trasladados por equipos móviles de emergencias, para considerarla como indicador de seguridad del paciente.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, multicéntrico. Recogida de datos desde abril 2021 hasta febrero 2022. Son sujetos de estudio los pacientes asistidos y trasladados al hospital. Se estimó un tamaño muestral de 644 pacientes. La selección muestral se está realizando por muestreo consecutivo. La variable resultado es Seguridad Percibida del paciente, recogida mediante entrevista telefónica al paciente asistido. Se recogen variables sociodemográficas, de la demanda asistencial, del propio paciente asistido y del traslado al centro sanitario. En la misma entrevista se le pregunta por la aparición de algún IRSP. Se está utilizando el Sistema de Información de Emergencias y las Historias Clínicas de cada paciente. La estrategia de análisis cuenta con un modelo de regresión lineal para la variable dependiente. Se establece un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Hasta la fecha se han entrevistado ya a 354 pacientes (19,9% de los sujetos seleccionados en este periodo). La Seguridad Percibida fue 78,2 (DS 4,2) sobre 80 puntos. Sólo 11 pacientes (3,1%) manifestaron haber sufrido una caída, lesión o daño, con una puntuación de 66,1 (DS 15,6). Esta diferencia es estadísticamente significativa para una p inferior a 0,001.

CONCLUSIONES

En estos primeros resultados se intuye que la seguridad percibida de los pacientes es peor cuando manifiestan haber sufrido alguna caída, lesión o daño durante la asistencia y traslado. Este elemento podría ser un indicador de seguridad del paciente válido, fiable y útil para detectar problemas en las asistencias y traslados. Es necesario completar la muestra para asegurarnos que no hay otros factores que puedan estar confundiendo esta relación.

Proyecto PI19/00385 “Factores relacionados con la percepción de seguridad en asistencias y traslados de equipos móviles de emergencias en demandas asistenciales urgentes o emergentes”, financiado por el Instituto de Salud Carlos III y cofinanciado por la Unión Europea (FEDER ‘Una manera de hacer Europa’).

ID: 33

TRIPLE META EN MHEALTH PARA MEJORA DEL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN DE MUY ALTO RIESGO

AUTORES: JUAN RUIZ GARCÍA[1]; D MOLINA VILLAVERDE[2]
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN[1]; GRUPO RIBERA SALUD[2]

JUSTIFICACION

La población con enfermedad cardiovascular (ECV) es un subgrupo de muy alto riesgo que puede obtener mayor beneficio de los esfuerzos preventivos. Pese a la evidencia científica y arsenal terapéutico disponible, el control de sus factores de riesgo cardiovascular (FRCV) es subóptimo.

OBJETIVOS

Transformar el modelo de prevención secundaria cardiovascular, enmarcando este proyecto en la triple meta: 1) mejorar la salud de nuestra población con ECV a través del mejor control de sus FRCV generando una reducción de su morbimortalidad cardiovascular; 2) reducir costes económicos provocados por reingresos hospitalarios y por las terapias y tratamiento invasivos (revascularizaciones percutáneas y quirúrgicas) de patologías con alta carga socioeconómica; 3) mejorar la calidad de vida y experiencia de nuestros pacientes, al fomentar su participación activa y empoderamiento en el control de sus FRCV.

MATERIA Y METODOS

A través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs), mediante el uso de un proceso incluido en una aplicación de eSalud, disponible en plataforma web y dispositivos portátiles, se crea un programa en el que el paciente incluirá y revisará periódicamente los parámetros y valores relativos a sus principales FRCV (tabaquismo, dieta, actividad física, peso, tensión arterial, LDL colesterol y hemoglobina glicosilada), pudiendo así comprobar si alcanza los objetivos terapéuticos recomendados en las guías de práctica clínica, interaccionando con su médico y generando avisos para reforzar sus indicaciones y/o intensificar la medidas terapéuticas y farmacológicas en caso de incumplimiento. Los pacientes incluidos en el proyecto serán aquellos consideraros de muy alto riesgo (pacientes con ECV establecida), para los cuales es posible establecer unos criterios más homogéneos respecto a los objetivos terapéuticos.

RESULTADOS

Con la implementación de este proyecto buscamos demostrar un aumento en el porcentaje de pacientes que logran obtener un control adecuado de los principales FRCV descritos, lo cual serviría de indicador de resultado subrogado de una mejoría en la salud poblacional, derivando en una diminución de los ingresos hospitalarios por ECV. Se incorpora escala EQ-5D para la evaluación de calidad de vida, encuesta del grado de satisfacción con la herramienta, y seguimiento de la actividad de los pacientes para monitorizar adherencia al proceso.

CONCLUSIONES

La tecnología está cambiando el futuro de la salud y la práctica clínica. El mHealth nos brinda nuevas oportunidades para mejorar el control de los FRCV en los pacientes de mayor riesgo. Este logro sin duda puede reducir la elevada morbimortalidad cardiovascular de esta población, contribuyendo a reducir los crecientes gastos sanitarios derivados de la misma. Estas herramientas fomentan la implicación del propio paciente en su autocuidado, evitando visitas presenciales rutinarias, lo que mejora tanto su su experiencia como la adherencia al programa.

ID: 34

ABORDAJE MULTIDISCIPLIAR Y DISMINUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

AUTORES: EUGENIA SOPENA BERT; A LLUCH ROSSELL; A GOTOR OLABARRIA; J FLORENSA BOSCH; A BLANCO TRUJILLO; EM PALAU GARCIA.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLÍ

JUSTIFICACION

La evidencia científica apuesta por las unidades multidisciplinaris para el abordaje del paciente, en especial mayor, pluripatológico y complejo. Un ejemplo de unidades multidisciplinares, són las unidades de ortogeriatria. Las primeras experiencias en unidades específicas para el tratamiento de las fracturas de fèmur en pacientes mayores, eran unidades en las que trabajaban conjuntamente un traumatólogo y un geriatra. Se crearon en el Reino Unido en los años sesenta y posteriorment se han ido instaurando en toda Europa, hasta el punto que actualmente las Guias de Practica Clinica, recomiendan la creación de estas unidades por los beneficio que aportan: reducción de la estància hospitalaria, mejoria del resultado funcional, menor mortalidad, menor número de complicacions y mejores resultados clínicos.

OBJETIVOS

En nuestra unidad de ortogeriatria intervienen múltiples porfessionales: traumatólogos, geriatra, infermera geriàtrica, treballadora social, medico rehabilitador, fisioterapeutas, medico rehabilitador, terapeuta ocupacional, terapeutas ocupacionales, enfermeres de planta, auxiliares, psicológia, dietista y farmacéutica de nuestro hospital. El Trabajo en equipo, con un procedimiento de actuación muy detallado y protocolizado, desde el momento del ingreso ha conseguido 2 objetivos muy importantes:

1. Disminuir de forma progressiva las complicacions más habituales durante el ingreso hospitalario.
2. Disminuir la perdida de funcionalidad del paciente con fractura de fémur.

MATERIA Y METODOS

Revisión diària de los pacientes ingresados en el Servicio de Traumatologia del hospital de agudos, con criterios de inclusión.

Visita inicial con valoración geriàtrica integral y coordinación con el equipo ortopédico. Valoración de los riesgos de delírium, UPP y caídas.

Visita diària y abordatge activo de las complicaciones.

Ingreso al 5 º día al Hospital Sociosanitario Francolí. Colocación de carteles identificativos con recomendaciones para su mobilidad .

Intenvienen en el proceso de convalescència: enfermeras de planta, auxiliares, medico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dietista, farmacèutica para revisar conjuntamente el tratamiento habitual (criterios STOPP_START) , psicologia para valorar cognitivamente a aquellos pacientes con delírium complicados y sospecha de deterioro cognitivo de base y trabajo social para valoración y coordinación de las necesidades al alta.

Inclusión en la unidad FLS (Fracture Liason Service) para valoració y tratamiento osteoporosis

Comunicación con Primaria, a través de la Prealta.

RESULTADOS

Total 2020: 229 pacientes

Delirium :16,5%. 2019: 19%, 2018: 35%

Restreñimiento:9,48%. 2019:11,7%. 2018:19,5%

Ulceras por presión: 9%. 2019: 13%, 2018: 18%

Infecciones orina: 20%, 2019: 23%

Exitus: 6,5%, 2019: 7%, 2018: 8%

CONCLUSIONES

El trabajo protocolorizado y multidisciplinar de nuestra unidad de ortogeriatria, ha provocado un descenso progresivo de las complicaciones asociado a una perdida funcional unicamente del 2,3% a los 30 días.

ID: 35

ANÁLISIS COSTE-BENEFICIO DEL ESCANEADO MÚLTIPLE EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

AUTORES: Mireia Ladios Martín[1]; J Fernández de Maya[2]
CENTRO DE TRABAJO: Riberasalud[1]; Hospital del Vinalopó[2]

JUSTIFICACION

La automatización de procesos tiene como objetivo hacer más fácil, efectivo y eficiente el funcionamiento de una empresa. La automatización de procesos administrativos es la aplicación de un grupo de herramientas de software y hardware, que conforman un sistema de información buscando aumentar su eficiencia. Las actuales historias clínicas informatizadas permiten disponer y almacenar gran cantidad de información y de fácil acceso. Parte de esta información proviene de una fuente externa o que precisa editarse manualmente antes de incorporarse a la HC. En estos casos es imprescindible contar con un software de gestor documental, una solución digital dedicada al almacenamiento, seguimiento y archivo de documentos.

En 2018 se inicia la implementación de un nuevo gestor documental que incluía como novedad la posibilidad de almacenamiento dirigido a través del escaneo de códigos de barras que permite que el documento se almacene en la carpeta correcta del paciente correcto. El gestor reconoce el código de barras y lo almacena en el lugar adecuado. El gestor documental también es capaz de interpretar los datos de un documento escaneado a través de su nombre de archivo. Previo a esta herramienta los profesionales debían de escanear individualmente cada documento y asignar el paciente y carpeta correspondiente. En este proceso manual de edición e incorporación a la HC existe un riesgo importante de error

OBJETIVOS

Valorar la eficiencia de la implantación de un nuevo gestor documental basado en el escaneado múltiple a través de código de barras.

MATERIA Y METODOS

Se recogen las siguientes variables: Número documentos con código de barras, tiempo consumido para escanear documento sin código de barras, tiempo consumido para escanear documento con código de barras, gasto por hora de trabajo de documentalista, coste de material para la implementación del código de barras. Se realiza un cálculo y coste de las horas no empleadas en la digitalización con la nueva metodología y del coste material para la implementación.

RESULTADOS

Desde septiembre del 2019 a septiembre del 2020 se escanearon 92.673 documentos que fueron almacenados de forma automática gracias a los códigos de barras. En la práctica previa se estima un tiempo de dedicación por documento de 35 segundos por documento. La nueva práctica, con código de barras, permite la realización del mismo proceso en 5 segundos por documento. El coste del material fue de 8.572 €, el ahorro estimado por tiempo de trabajo no consumido fue de 13.896 euros.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran una disminución de horas de dedicación del personal de documentación a la digitalización de documentación. La implementación de gestor documental digitalizado permite de forma ágil el almacenamiento y recuperación de información clínica relevante, reduce la probabilidad de errores, siendo además coste-efectivo.

ID: 36

AMFE IDENTIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN

AUTORES: José Fernández de Maya[1]; A Cabello Muriel[2]; A Jover Botella[3]; Mc Gil Collados[4]
CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Torrevieja[12]; Hospital del Vinalopó[34]

JUSTIFICACION

La gestión de riesgos intenta identificar los posibles eventos para minimizar su ocurrencia o impacto. Las medidas pueden ser reactivas, una vez ocurridas buscando sus causas o proactivas detectando los riesgos y haciéndoles frente. Los eventos adversos relacionados con la medicación son los más prevalentes y entre ellos muchos están relacionados con la errores a la hora de identificar la medicación correctamente, que conlleva equivocaciones en el paciente, el fármaco, la dosis o la vía de administración.

OBJETIVOS

Desde el departamento de calidad, junto con el servicio de farmacia, se propuso realizar un mapa de riesgos mediante técnica AMFE para priorizar aquellos riesgos más importantes relacionados con la identificación de la medicación y establecer medidas para prevenir los eventos adversos subyacentes.

MATERIA Y METODOS

Se identificó los subprocesos y modos de fallo de la identificación de la medicación, los efectos y causas posibles para esos modos de fallo.

Posteriormente se describieron los actuales métodos de detección actuales, se realizó una valoración de gravedad, ocurrencia del modo de fallo y de la capacidad de los métodos de detección para evitar el riesgo. Se realiza priorización y propuesta de acciones preventivas. Los subprocesos evaluados fueron: Medicación preparada en farmacia y el etiquetado de jeringas, etiquetado de medicación diluida, etiquetado de medicación diluida pediatría y el etiquetado vías de administración

RESULTADOS

Las propuestas de mejora se centraron el la trazabilidad con código de barras y la doble identificación en bolsa en la preparación en farmacia y la impresión de etiquetas desde HC e inclusión de pegatinas de jeringas y de vías para la administración para la hospitalización quirófano, urgencias y UCI.

CONCLUSIONES

Los AMFE permiten disponer de la una visión general de los procesos y priorizar las acciones con mayor probabilidad de éxito. La inclusión de medidas más concretas de identificación de la medicación, como las etiquetas en diluciones automatizadas, las de jeringas y la identificación de las vías de administración permiten aumentar las barreras para hacer frente a posibles eventos adversos.

ID: 37

ENCUESTA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DOS HOSPITALES

AUTORES: José Fernández de Maya[1]; Mc Gil Collados[2]; M Ladios Martín[3]
CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Torrevieja[1]; Hospital del Vinalopó[2]; Riberasalud[3]

JUSTIFICACION

Se define la cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Promover una cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias, es un reto internacional y en nuestro país, el Ministerio de Sanidad marca como uno de sus objetivos «promover y desarrollar una cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de la asistencia sanitaria». Nuestra organización ha querido también realizar esta encuesta, utilizando el mismo cuestionario "Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety Culture" de la AHRQ tras su traducción, adaptación y validación en España.

OBJETIVOS

Identificar y medir la cultura de la seguridad del paciente en dos hospitales y comparar los resultados con la encuesta previa.

MATERIA Y METODOS

Se envía , a todos los profesionales sanitarios de ambos centros, el cuestionario "Hospital Survey On Patient Safety Culture" de la AHRQ que ha sido traducido, adaptado y validado. 4 envíos (inicial, y 3 recordatorios) por correo electrónico vía comunicación durante 8 semanas.

RESULTADOS

Se analizan 160 encuestas, siendo la tasa de respuesta alrededor del 10%

Aumento de las fortalezas detectadas respecto a encuesta previa y a otros estudios nacionales. Se han detectado ítems como opciones de mejora relacionados con la dotación de personal, al igual que la encuesta previa y coincidiendo estas áreas de mejora con otras encuestas nacionales. Dimensiones como "Frecuencia de eventos notificados" y "Percepción de seguridad no llegan a ser fortaleza. El elevado porcentaje de profesionales que no han notificado eventos adversos en el último año (superior al 70%) apunta en esta dirección. Más del 75% de los encuestados califica la seguridad del paciente en su unidad como muy buena o excelente, resultado muy bueno comparado con situación previa y otros estudios

CONCLUSIONES

Los resultados permiten monitorizar el clima de cultura de seguridad al repetirse la encuesta periódicamente.

El mantenimiento de áreas de mejora en el tiempo dirige las acciones prioritarias de la organización.

ID: 38

EN LÍNEA CON MI PEDIATRA

AUTORES: Roi Piñeiro Pérez[1]; M De La Parte Cancho[2]; E Casado Verrier[3]; A Pérez Pérez[4]; L Alfaro Cadenas[5]; J Arcos Campillo[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario General de Villalba[12345]; Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz[6].

JUSTIFICACION

Las revisitas en los servicios de urgencias pediátricas por un mismo motivo de consulta son relativamente frecuentes. En el periodo de una semana desde el alta, oscilan entre el 2-12%, en función del centro consultado. En nuestro hospital de media complejidad, la tasa de revisitas en 2019 durante una semana fue del 6.2% sobre un total de 27.729 urgencias.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es implementar un sistema de mensajería instantánea llamado diálogo web (DW), que se activa de forma automática durante una semana tras la primera visita a urgencias, y analizar si dicho sistema podría disminuir el porcentaje de revisitas a urgencias, evitando así desplazamientos innecesarios.

MATERIA Y METODOS

El sistema se inicia el 1 de octubre de 2020 y se analizan los resultados durante los primeros siete meses de uso, hasta el 30 de abril de 2021. Se analizan las siguientes variables: DW activados, DW utilizados, tasa de respuesta y tasa de reingreso. Para el análisis estadístico se utiliza el programa IBM SPSS Statistics versión 26.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se atendieron 11.619 urgencias y se activaron 9.187 DW, en aquellos padres que tenían activado el portal del paciente. Se utilizó el sistema en 265 casos. Desde el alta de urgencias, el tiempo medio del primer uso del DW por parte de los padres fue de 73 horas. En el 47% de los casos la consulta fue en horario de 8-15h, un 41% en horario de 15-0h y un 12% en horario de 0-8h. La tasa de respuesta fue del 100% en un plazo inferior a 24 horas, del 89% en un plazo inferior a 4 horas y del 57% en un plazo inferior a 1 hora. La tasa de revisitas a urgencias pediátricas entre los 256 casos que utilizaron el DW frente a los 8.931 que no lo utilizaron fue del 5,3% vs 8,3% (p=0,07).

CONCLUSIONES

La actual pandemia debida al SARS-CoV-2 ha supuesto una gran oportunidad para la transformación digital necesaria en la atención sanitaria en nuestro país. Se presenta un proyecto que podría disminuir la tasa de revisitas a los servicios de urgencias pediátricas, si bien la significación estadística se encuentra en el límite, muestra una tendencia favorable. Dado que el número de casos analizados aún es escaso, se mantendrá el sistema de DW para revalorar los resultados en el plazo de un año.

ID: 39

AMFE ADMINISTRACIÓN DE LA PROFILÁXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA

AUTORES: José Fernández de Maya[1]; I Campos Albert[2]; A López Orenes[3]; V Roig Pérez[4]
CENTRO DE TRABAJO: Hospital del Vinalopó[123]; Hospital de Torrevieja[4]

JUSTIFICACION

La gestión de riesgos intenta identificar los posibles eventos para minimizar su ocurrencia o impacto. Las medidas pueden ser reactivas, una vez ocurridas buscando sus causas o proactivas detectando los riesgos y haciéndoles frente. Los eventos adversos relacionados con la medicación son los más prevalentes. La adecuación de la profilaxis antibiótica es primordial para prevenir la infección quirúrgica y no está exenta de riesgos relacionados con la elección del fármaco, la prescripción y la correcta administración.

OBJETIVOS

Desde el departamento de calidad, junto con el el área quirúrgica, se propuso realizar un mapa de riesgos mediante técnica AMFE para priorizar aquellos riesgos más importantes relacionados con la profiláxis antibiótica y establecer medidas para prevenir los eventos adversos subyacentes.

MATERIA Y METODOS

Se identificó los subprocesos y modos de fallo de la profilaxis antibiótica, los efectos y causas posibles para esos modos de fallo. Posteriormente se describieron los actuales métodos de detección actuales, se realizó una valoración de gravedad, ocurrencia del modo de fallo y de la capacidad de los métodos de detección para evitar el riesgo. Se realiza priorización y propuesta de acciones preventivas. Los subprocesos evaluados fueron: prescripción y administración

RESULTADOS

Las principales acciones de mejora recomendada fueron: Mejoras módulo prescripción que limite la prescripción en caso de alergias, prescribir en el módulo de prescripción el día de la intervención cuando esta dependa de un cultivo previo a la intervención, asociar en HC la prescripción al código de la intervención, indicar en módulo de prescripción que la administración debe ser en quirófano cuando se indique fuera de la hoja preoperatoria, añadir manualmente en etiqueta del fármaco la hora de inicio de infusión y mejoras en el módulo prescripción indicando en preoperatoria nombre fármaco y no del protocolo.

CONCLUSIONES

Los AMFE permiten disponer de la una visión general de los procesos y priorizar las acciones con mayor probabilidad de éxito. La inclusión de medidas más concretas como mejoras en el módulo de prescripción, la prescripción previa a la intervención cuando no aparece en HC y conocer el tiempo de inicio de infusión permiten aumentar las barreras para hacer frente a posibles eventos adversos.

ID: 40

MONOGRÁFICO MULTIDISCIPLINAR FEP PERSONALICEMOS EL DOLOR EN SU ABORDAJE

AUTORES: Jose Luis Baquero Ubeda; A Lorenzo Garmendia; S Alfonso Zamora; A Baquero Zazo; M Baquero Zazo; D Baquero Zazo.
CENTRO DE TRABAJO: Foro Español de Pacientes

JUSTIFICACION

El dolor afecta de forma directa a la calidad de vida de la población, con importantes consecuencias a nivel individual, familiar y social. De hecho, es un problema de salud pública dada su repercusión socioeconómica, siendo uno de los motivos más frecuentes de utilización de los servicios de salud y causa de bajas laborales. Desde el Foro Español de Pacientes (FEP) promovemos el proyecto Personalicemos el DOLOR, con el aval científico de la SECA y el respaldo de SEDISA; en el que pretendemos revisar el abordaje del dolor, en un foro multidisciplinar de debate, valorando la experiencia del paciente

OBJETIVOS

- Valorar el valor y nivel de cumplimiento de las líneas estratégicas del Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS, en sus 4 líneas estratégicas
- Reseñar las necesidades insatisfechas y hacer propuestas de mejora

MATERIA Y METODOS

Se reviso el dolor postoperatorio y crónico (oncológico y no oncológico), en un foro multidisciplinar de pacientes, cirujanos, medicos y enfermeras de diferentes especialiades; farmaceutico especialista en economia de la salud, experto en calidad (SECA), psicologa, directivo de la Sanidad y representante de la Administración. Se llevo a cabo en dos fases: 1º encuestas valorando sobre una escala likert del 1 al 5, la relevancia y grado de implementación de las 4 lineas estrategicas del Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS: 1ª referida a priorizar el abordaje del dolor, 2ª en cuanto a prevención, 3ª persoanlización del abordaje y 4ª referida a la coordinación y continuidad asistencial. La 2ª fase consistió en un foro multidisciplinar de discusión virtual, siguiendo el método de grupo nominal de McMillan

RESULTADOS

Participamos 11 representantes de Organizaciones de Pacientes de diversas patologías y 16 profesionales de diferentes disciplinas

En cuanto a la relevancia de las 4 estrategias del Documento Marco no hubo diferencias significativas entre pacientes y profesionales, siempre con una valoración alta, superando 4,75 (en la escala de 1 a 5) con desviaciones estandar inferiores a la unidad. Refiriendose al cumplimiento real de ellas, tampoco hubo diferencias significativas, siendo en cambio valorada su implementación intermedia, con medias entre 2,31 y 3,6.

Entre las medidas de mejora se sugirio destaco: preguntarse siempre por el dolor al paciente y aplicar una herramienta de medida y registro para la 1ª linea; impulsar campañas higiénico-sanitarias informativas a la ciudadanía y empleo de canales eficientes para la 2ª, debe tratarse al paciente y no a la enfermedad en la 3ª; y frente a la 4ª se practica más la pluridisciplinariedad (muchos diferentes profesionales) que el abordaje multidisciplinar coordinado.siedno necesario trabajar en equipo.

CONCLUSIONES

Se apoyo la relevancia de las 4 lineas estrategicas, siendo solo intermedia su implementación. La coordinación y continuidad asistencial, fue la de menor cumplimiento.

Se hicieron 5, 4, 8 y 11 recomendaciones respectivamente, a las 4 lineas estratégicas.

ID: 41

ALIANZA MULTIDISCIPLINAR FRENTE A LOS ERRORES EN LA MEDICACIÓN. PROYECTO AFEM

AUTORES: Jose Luis Baquero Ubeda; A Lorenzo Garmendia; S Alfonso Zamora; A Baquero Zazo; M Baquero Zazo; D Baquero Zazo.
CENTRO DE TRABAJO: Foro Español de Pacientes

JUSTIFICACION

Según la OMS los errores de medicación se producen en sistemas de medicación poco robustos y/o factores humanos tales como fatiga y falta de efectivos sanitarios, que afectan a la práctica de prescribir, dispensar, administrar y monitorizar medicación. La "Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020" del Ministerio, señala que se producen hasta 17 incidentes de medicación al día por cada 100 pacientes hospitalizados y aunque el 85% no se aprecian; si suponen un riesgo. Por todo ello, promovido por el Foro Español de Pacientes y avalada por la SECA, hemos constituido la alianza AFEM, pues los errores de medicación son peligrosos para el paciente, pero también son víctimas de ellos los profesionales.

OBJETIVOS

- Activar la identificación de errores para buscar su solución.
- Acordar las principales líneas de acción (diseño del plan de trabajo).

MATERIA Y METODOS

Promovido por el FEP y avalada por la SECA, se han adherido al proyecto AFEM junto a 25 organizaciones científicas y profesionales: promovido por el Foro Español de Pacientes y avalada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial, hemos constituido la ALIANZA MULTIDISCIPLINAR FRENTE A LOS ERRORES EN LA MEDICACIÓN (proyecto AFEM) junto a 25 organizaciones científicas y profesionales, que incluyen farmacéuticos, médicos, enfermeras, gestores y otros profesionales, manteniéndose abierta a nuevas adhesiones: SEFH, CGCOF, SEMICYUC, SECIP, SEHH, SEHOP, Fundación ECO, SEMI, SEFC, SEMPSPH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMES, CGE, SEEIUC, SEEO, AEEP, AAS, SEAUS, SEDISA, ABPSP, ASPE y FTyS (abierto a nuevas incorporaciones).

Dividimos el proyecto en 4 etapas: 1º revisión de bibliográfica, 2º puesta en común y discusión (vía e-mail); 3º acuerdo en el plan de trabajo (reunión virtual multidisciplinar el 2 de diciembre de 2020); y 4º ejecución del plan de trabajo.

RESULTADOS

Se han establecido 3 líneas principales de trabajo:

- Sobre los profesionales: 1º revisar el aspecto cuantitativo, para evitar sobrecarga de trabajo; y 2º revisar el aspecto cualitativo, superando la resistencia al cambio mediante la sensibilización y motivación; y formado.
- Sobre el proceso: 1º incentivando el registro (no punitivo), 2º adaptando la estrategia de seguridad a cada centro/servicio; y 3º, haciendo uso de la tecnología (ya disponible) para leer los códigos ópticos de pacientes, medicación y vías, facilitar la trazabilidad, y registrarlo centralizadamente de forma automática.
- Generando impulso: generando una normativa/regulación (no punible) que obligue a su aplicación, seguimiento y valoración, así como a dotar de presupuesto.

CONCLUSIONES

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

ID: 42

CALIDAD DEL ARBOL DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA, MÁS ALLÁ DE LAS DISPENSACIÓN EN FARMACIA

AUTORES: Mercedes Pereira Pía[1]; Ag Fernández Pérez[2]
CENTRO DE TRABAJO: San Roque[1]; Villalba[2]

JUSTIFICACION

Además de los clásicos errores de prescripción (Pr): duplicidades, interacciones, etc. la prescripción electrónica ha añadido la 'perpetuación' de pautas y dosis en el árbol de prescripción/dispensación a pesar de describir en el curso clínico la intención de cambio o suspensión de un medicamento prescrito. Tratamientos (T) con dosis individualizadas, pueden provocar efectos adversos si, en tránsitos asistenciales o cambios de cuidador/memoria del paciente (P), no se corresponde la pauta registrada con la recomendación médica. La pauta, dosis y la presencia de una prescripción (Pr) suponen información escrita para el P y otros sanitarios sobre la que tomar decisiones.

OBJETIVOS

La Pr orientada a asegurar la dispensación es frecuente y pocos toman conciencia del riesgo de no ajustar pauta/dosis. Los tiempos de consulta limitan la comunicación y comprensión verbal de recomendaciones, evitar citas por carecer de T o la Pr 'por si' generan discrepancias (D) entre lo real recomendado (R/R) y lo registrado.

MATERIA Y METODOS

La revisión, registro y eliminación de D entre la recomendación médica de T y el árbol de Pr por el Farmacéutico de Atención Primaria evitaría situaciones potenciales de riesgo. Identificar los T con D más frecuentes y los cupos con esta tendencia de Pr permite priorizar el plan de trabajo que debe completarse, con un protocolo que defina claramente la D y la comunicación con médico y P.

RESULTADOS

Las más frecuentes detectados en 6 meses de consulta (1980 P revisados, sep. 2020 - feb. 2021): > 30% de insulina basal con dosis > de la posología R/R. > 50% de insulina pre-prandial con dosis > a la r/r. > 40% inmunosupresores se mantienen en dosis inicial de carga. > 60% T psiquiátricos en formulación gotas > dosis a la r/r. > 4% prescripciones agudas se prescriben como crónicas. > 20% de cupos médicos prescriben sistemáticamente dosis máximas de analgésicos/antiinflamatorios. >70% de Sintrom® prescribe 1 comprimido/día cuando lo R/R son fracciones.

De esta selección de casos de D, son las insulinas y los T psiquiátricos los que con > frecuencia llevan al P a atención de urgencia, para el resto de T se reducen los depósitos domiciliarios.

CONCLUSIONES

Durante los 6 meses de intervención, se reducen y ajustan fechas de dispensación de los tratamientos que permiten pautas individualizadas dentro del programa de revisión de la medicación se modificaron: 132 insulinas lentas (15 reducción y 17 aumento dosis), 43 pre-prandiales (en todos los casos desechamos cajas caducadas) 49 T psiquiátricos (mayor reticencia de la familia) 71 analgésicos, más de 100 Sintrom®. Se ha mejorado la percepción del prescriptor de la necesidad de ajuste del árbol de P a la realidad. Se han detectado y resuelto 2 incidencias con insulina que llegó al P, una en un tránsito y otra dentro del mismo cupo. En conclusión la intervención aporta seguridad al P y, por lo tanto, resulta beneficiosa para el sistema en términos de coste/efectividad.

ID: 43

ANTIAGREGANTES EN ANCIANOS INGRESADOS EN MEDICINA INTENSIVA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO. BIENVENIDOS AL MUNDO REAL

AUTORES: Carlos Mayordomo Garcia; S Herrero; A Matute; H Lozano; MJ Arche; P Abanses P.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa

JUSTIFICACION

Los pilares del tratamiento en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) son la antiagregación, anticoagulación (si no se realiza fibrinólisis) y la apertura de la arteria responsable del infarto lo antes posible mediante intervencionismo coronario percutáneo primario (ICP-p) o fibrinólisis. La mayor parte de las recomendaciones de las guías europeas se basan en ensayos clínicos en los que se excluyeron a los pacientes muy ancianos.

En cuanto al tratamiento antiagregante, las guías recomiendan doble antiagregación plaquetaria (DAP) con ácido acetilsalicílico (AAS) y un inhibidor P2Y12 durante al menos 1 año (clopidogrel, ticagrelor y prasugrel), siendo el ticagrelol el antiagregante recomendado salvo que exista contraindicación, al demostrar que su beneficio clínico y seguridad son independientes de la edad.

Los pacientes ancianos con infarto recurrente, enfermedad multivaso e insuficiencia renal constituyen la población de mayor riesgo isquémico, por lo que en estos pacientes un tratamiento antiagregante adecuado resulta fundamental.

OBJETIVOS

Analizar el tratamiento antiagregante recibido por pacientes muy ancianos (â‰¥ 85 años) con SCA ingresados en un Servicio de Medicina Intensiva de un hospital del tercer nivel.

MATERIA Y METODOS

Estudio analítico observacional retrospectivo. Período de tiempo estudiado: 2015-2019.

Criterios de inclusión: â‰¥ 85 años/ ingreso en UCI bajo el diagnóstico de SCA. Variables: comorbilidades previas, nivel de dependencia (escala de Barthel), tipo de SCA (con o sin elevación del segmento ST (SCACEST Y SCASET respectivamente), tratamientos de reperfusión coronaria precoz (ICP-p, fibrinólisis) y antiagregantes recibidos

Con el fin de minimizar posibles factores de confusión se realizó un análisis por subgrupos en función de la edad. Grupo 1: Edad 85-88 años Grupo 2: Edad 88-92 años Grupo 3: Mayores de 92 años

Análisis descriptivo. Programa IBM SPSS Statistics 25.0.

RESULTADOS

Total pacientes 102. Ingreso por SCACEST 75.5% y 24.5% SCASEST. El 100% recibió tratamiento de reperfusión precoz (95% ICP-p y 5% fibrinólisis). Comorbilidades:79.4% HTA, 32.4% DM, 54.9% DL, 14.7% fumadores o exfumadores y un 31,4% cardiopatía isquémica previa.

Durante la estancia en UCI el 100% de los pacientes recibió tratamiento antiagregante. El 100% recibió AAS. Como segundo antiagregante el 80% fue tratado con clopidogrel, con diferencias según edad: grupo 1 75%, grupo 2 83% y grupo 3 100% ($p< 0,05$). El 20% recibió tratamiento con ticagrelol, sin diferencias significativas por edad.

CONCLUSIONES

El 100% de pacientes fueron tratados con AAS precoz, de acuerdo con los criterios de calidad establecidos por la SEMICYUC. Como segundo antiagregante únicamente se empleó ticagrelor en el 20% de los pacientes, frente a 80% que recibieron clopidogrel, por el menor riesgo hemorragico del ultimo pese a que el ticagrelor se asocia con una mayor reducción de eventos cardiacos respecto al clopidogrel.

ID: 44

¿ES LA EDAD UN FACTOR LIMITANTE PARA LA ATENCION DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) EN PACIENTES MUY ANCIANOS?

AUTORES: CARLOS Mayordomo Garcia; S Herrero; MJ Arche; P Abanses; I Isern; M Montes.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa

JUSTIFICACION

La creciente incidencia y peor pronóstico del SCA en los pacientes con mayor edad se debe a la biologia del envejecimiento con mayor vulnerabilidad, multiples comorbilidades asociadas, y una presentación clínica en muchas ocasiones atípica que dificulta un diagnóstico precoz. Por todo ello la evolución de la enfermedad es peor, con menor tasa de tratamiento de reperfusión coronaria primaria mediante intervencionismo coronario percutaneo primario (ICPp) o fibrinolisis, y un menor acceso a unidades de cuidados intensivos (UCI).

El manejo del SCA ha cambiado progresivamente desde comienzos del siglo XXI, habiéndose mejorado la tasa de reperfusión coronaria en los pacientes con SCA con (SCACEST) o sin (SCASEST) elevación del segmento ST desde la generalización del uso del ICPp en este supuesto, así como gracias a la protocolización de la atención al SCA y la implantación de los programas de Código Infarto.

La mayor parte de las recomendaciones de las guías europeas sobre el manejo del SCA se basan todavia en ensayos en los que se excluyeron a los pacientes muy ancianos.

OBJETIVOS

Conocer la clínica, comorbilidades y mortalidad de los pacientes muy ancianos (â‰¥ 85 años) que ingresan por SCA en UCI de un hospital de tercer nivel.

MATERIA Y METODOS

Estudio analítico observacional retrospectivo: 2015-2019. Criterios de inclusión: â‰¥ 85 años/ ingreso en UCI bajo el diagnóstico de SCA. Variables: comorbilidades previas, nivel de dependencia (escala de Barthel), tipo de SCA (con o sin elevación del segmento ST), tratamientos recibidos, mortalidad intraUCI, mortalidad oculta. Análisis bivariante. Programa IBM SPSS Statistics 25.0.

RESULTADOS

Total pacientes 102. 23.5% dependientes para ABVD. Comorbilidades 79.4% HTA, 32.4% DM, 54.9% DL, 14.7% fumadores o exfumadores y un 31,4% cardiopatía isquémica previa. Ingreso por SCACEST 75.5% y 24.5% por SCASEST. Tratamiento: 100% reperfusión coronaria precoz (95% ICPp, 5% fibrinólisis), 73% presentaron enfermedad multivaso.

Mortalidad intraUCI 2%. Mortalidad oculta 7%. Menor mortalidad en los pacientes con SCASEST.

CONCLUSIONES

En UCI ingresa un escaso porcentaje de pacientes muy ancianos diagnosticados de SCA. Se trata de pacientes “seleccionados” previamente, ya que es más que probable que fallezcan antes de llegar al hospital. Este hecho podría explicar el alto nivel de independencia para las ABVD que presentan. Ambos factores modulan nuestros resultados y hacen que, si bien un elevado porcentaje presenta factores de riesgo vascular, casi la totalidad de los ingresados han sido candidatos a recibir un tratamiento con ICPp, presentando una escasa mortalidad tanto aguda, como tras el alta de la UCI, independientemente de su edad.

La estrategia de la Cardiopatía Isquémica en la CCAA de Aragón desde 2015, con el programa TRIAMAR-2 permite una atención al SCA durante 24h los 365 días del año mediante la alternancia semanal de los 2 hospitales de tercer nivel de esta CCAA, y asumiendo las ICPp de sus hospitales de referencia durante el horario laboral.

ID: 45

MONOGRÁFICO MULTIDISCIPLINAR FEP VALOR IDIA

AUTORES: Jose Luis Baquero Ubeda; A Lorenzo Garmendia; S Alfonso Zamora; A Baquero Zazo; M Baquero Zazo; D Baquero Zazo.
CENTRO DE TRABAJO: Foro Español de Pacientes

JUSTIFICACION

Si bien el adoptar hábitos saludables (comida, ejercicio, sueño, etc.) resulta clave para la supervivencia y calidad de vida, el acceso a los tratamientos, así como la investigación, desarrollo e innovación (IDi) en Sanidad está resultando también definitivo pues se han conseguido 'cronificar' o incluso curar, enfermedades que antes eran mortales. Desde el Foro Español de Pacientes (FEP) promovemos el proyecto Valor IDIA, con el aval científico de la SECA y el respaldo de SEDISA; para poner en valor la IDi y el acceso.

OBJETIVOS

- Analizar la problemática en las diferentes etapas, I, D, i y acceso
- Identificar los aspectos críticos y barreras; generando propuestas

MATERIA Y METODOS

Se reviso el reviso el IDi y acceso a nuevos tratamientos en el SNS por un foro multidisciplinar de pacientes, cirujanos, médicos y enfermeras de diferentes especialidades; farmacéutico especialista en economía de la salud, experto en calidad (SECA), directivo de la Sanidad, industria farmacéutica y representante de la Administración. Se llevo a cabo en dos fases: 1º encuestas valorando diferentes aspectos de la situación actual sobre una escala Likert del 1 al 5; y una 2ª fase en un foro multidisciplinar virtual, siguiendo el método de grupo nominal de McMillan identificando barreras y haciendo propuestas.

RESULTADOS

Participamos 3 representantes de Organizaciones de Pacientes y 17 profesionales de diferentes disciplinas. Se identificaron como barreras y propuestas:

- Se propone la aplicación BigData, los acuerdos de riesgo compartido, pago por valor y mayor transparencia en el IDi, frente a que los nuevos productos cada vez más caros que entran en conflicto con la sostenibilidad.
- Promover acuerdos entre sector privado y público e incentivos, generando foros mixtos de discusión; ante la demanda de IDi en sectores de menor interés comercial.
- Darles valor a los indicadores de experiencia del paciente en el IDia, integrando al paciente en las diferentes etapas; para pasar de una participación pasiva a activa.
- Darle valor a la innovación incremental, como la reformulación, las asociaciones, dispositivos, etc. para generar nuevas soluciones.
- Establecer secuencia y plazos; priorizando el valor aportado al paciente, para evitar retrasos en el acceso e inequidades.

CONCLUSIONES

- Indiscutible contribución de la I+D+i si hay acceso, a la longevidad y calidad de vida
- En todo caso, lo necesario es disponer del tratamiento (acceso). El IDi es solo parte del camino.
- IDi cada vez más largos y costosos â†' mayores precios que enlentecen el acceso
- Predomina aun la participación pasiva de los pacientes, buscando poco la involucración de las organizaciones de pacientes desde el inicio.
- Existencia de ciertas áreas con escaso desarrollo
- Discutible balance entre calidad y eficiencia, justificado en la sostenibilidad.
- Tendencias economicistas y retraso en el acceso
- Falta de uniformidad en base a decisiones políticas: inequidad

ID: 46

CASUÍSTICA Y COMORBILIDAD DEL PACIENTE CON COVID

AUTORES: Natalia Allué Orduña; L Laborda Velasco; J Duran Navarro
CENTRO DE TRABAJO: Fundació Sanitària Mollet

JUSTIFICACION

En diciembre del año 2019 se detectó en la región China de Wuhan una serie de casos de neumonía originada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, el cual causa la enfermedad 2019-nCoV. El cuadro clínico de la enfermedad tiene síntomas similares a otros virus de afectación respiratoria como la gripe. En casos graves se produce una afectación respiratoria grave con neumonía bilateral que causa una insuficiencia respiratoria aguda, sepsis y shock séptico que conduce a la muerte. Es imprescindible, identificar el perfil de paciente con mayor riesgo de complicarse o de sufrir un éxitus para poder establecer medidas desde el primer contacto del usuario con el dispositivo sanitario y prevenir la complicación.

OBJETIVOS

Describir los pacientes con enfermedad COVID-19 dados de alta en el Hospital de Mollet en el año 2020, e identificar el perfil de paciente más susceptible de padecer una complicación o la muerte, de acuerdo a la comorbilidad.

MATERIA Y METODOS

Se realiza un análisis de todos los pacientes hospitalizados y dados de alta en el Hospital de Mollet durante el año 2020 identificando si padecieron o no 2019-nCoV, sus variables de episodio, complejidad, si fueron éxitus y si requirieron el ingreso en la Unidad de Semicríticos. Se realiza un análisis bivariado y multivariado de la comorbilidad.

RESULTADOS

En el año 2020, en el Hospital de Mollet hubo 1.062 altas de pacientes con 2019-nCoV. La proporción fue mayor en hombres de y la edad media de las altas fue de 67,16 años. 150 pacientes (14,1%) fallecieron por la enfermedad y 210 (19,8%) requirieron el traslado. Un 13,4% de los pacientes requirieron el ingreso en la Unidad de Semicríticos, de los cuales un 52,8% requirieron intubación y un 40,1% presión positiva continua en vía respiratoria. El peso medio de los pacientes fue de 1,24, el cual resultó mayor en los pacientes fallecidos e ingresados en la Unidad de Semicríticos. Las gráficas de evolución de los casos muestran claramente la evolución a nivel nacional de la pandemia con las dos grandes olas del año 2020, siendo mayor la primera. Estas olas se manifiestan tanto para los casos confirmados, como para las hospitalizaciones, ingreso en la Unidad de Semicríticos y éxitus. Todos los gráficos muestran un pico incial superior en la primera ola y uno segundo inferior en la segunda. El análisis bivariado y multivariado de comorbilidad identifico la diabetes, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y patología cardíaca previa como factores asociados al éxitus en el paciente con 2019-nCoV.

CONCLUSIONES

Se plantea la necesidad de detectar de forma precoz dichos antecedentes en el momento del ingreso con una buena anamnesis, con el objetivo de realizar un seguimiento más cercano de dicho paciente. Identificar el paciente con mayor riesgo de complicación y mayor riesgo de fallecer permitirá establecer protocolos y circuitos de seguimiento diferenciados del global con el objetivo de detectar de forma rápida las posibles complicaciones o empeoramiento clínico.

ID: 47

COMO MEJORAR EL ABORDAJE DE LAS FRACTURAS POR FRAGILIDAD

AUTORES: EUGENIA SOPENA BERT; A CEBADA FERRER; R MARTINEZ RIPOL; J FLORENSA BOSCH; E NAVARRO RODRIGUEZ; L MARSAL CRUZADO.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLÍ

JUSTIFICACION

Las fractures por fragilidad tienen una incidència creciente, fruto de la osteoporosis y del envejecimiento de la población. Se calcula que un 30% de las mujeres de 50 años o más, padeceran una fractura por fragilidad. Una vez se ha presentado la 1era fractura, el riesgo de padecer una segunda fractura se multiplica por 5, sobretodo, los 2 años posteriores.

Las fracturas por fragilidad tiene una historia predecible y conocida que se inicia con la presencia de las fractures menores (Colles, húmero, pelvis) de los 55 a los 65 años, sigue con la fractura vertebral aguda de los 65 a los 75 años y culmina con una de las fractures mas invalidantes; la fractura de cadera.

OBJETIVOS

- Detección precoz, inclusión y abordaje del paciente con fracturas por fragilidad.
- Abordaje integral y tratamiento de la osteoporosis.
- Frenar o disminuir la cascada de fracturas por fragilidad.
- Coordinación con los diferentes niveles asistenciales (Hospitalario, Socio sanitario y Primaria).

MATERIA Y METODOS

Inclusión en la unidad de ortogeriatria y posterior seguimiento por la unidad coordinadora de fracturas por fragilidad (FLS) de los pacientes con fractura vertebral aguda osteoporótica, de 65 años o más en el Camp de Tarragona.

Elaboración de un circuito que iniciamos en el Servicio de Urgencias de Traumatologia del Hospital de Agudos, posterior traslado a una unidad de recuperación funcional (socio sanitario) y coordinación con Atención Primaria al alta domiciliaria.

RESULTADOS

De los 229 pacientes incluidos en la unidad de ortogeriatria,46 pacientes tenían una fractura vertebral aguda por fragilidad (20%). Distribuidos por sexo y edad, el 72% eran mujeres con una edad media de 88 años y el 28% varones con una edad media de 78.El 11% de ellos tenían un diagnóstico previo de demencia.

La complicación más frecuente fue la infección de orina (20%). Su estancia media fue de 12 días. De todos los pacientes valorados un 59% no tenían diagnóstico previo de osteoporosis y por lo tanto no seguían ningún tratamiento farmacológico específico para la osteoporosis.

A todos ellos se les completo el estudio para la osteoporosis.Durante el ingreso hospitalario son valorados por los reumatólogos, quienes determinan tratamiento farmacológico específico y suplementación con lacio y vitamina D según necesidades y aporte dietético.

A través de la prealta, las gestores de casos reconocen a estos pacientes y se les comunica a su equipo asistencial de Atención Primària para seguimiento domiciliario y adhesión al tratamiento.

Una vez la fractura esta consolidada, se les recomienda acudir al hospital de prevención de caídas, para mejorar la resitencia, la fuerza y el equilibrio y evitar la presencia de nevas fractures.

CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población y el incremento de las fractures por fragilidad nos obliga a buscar estratégias para el abordaje y seguimiento de estos pacientes, trabajando de forma transversal y coordinada con los diferentes niveles asistenciales.

ID: 48

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS EN PACIENTES COVID-19 EN FUNCIÓN DE LA OLA DE INGRESO

AUTORES: PILAR TORNERO YÉPEZ; A HIGÓN CAÑIGRAL; L LÓPEZ GÓMEZ; E CARRASCO GONZÁLEZ; G MARTÍNEZ MARTÍN; A TORRANO FERRÁNDEZ.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MORALES MESEGUER

JUSTIFICACION

La pandemia de la COVID-19 ha presentado, hasta el momento, tres olas consecutivas con diferencias en las características de los pacientes implicados.

OBJETIVOS

Describir las principales características sociodemográficas, clínicas y evolutivas en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda asociada al COVID-19 en función de la ola de ingreso.

MATERIA Y METODOS

Se realiza un estudio observacional y prospectivo de todos los pacientes ingresados en UCI con fracaso respiratorio secundario a COVID-19, abarcando el periodo de tiempo comprendido entre la primera, segunda y tercera ola (marzo 2020 a marzo 2021). Se incluyen variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas. Las variables se expresan como medias ± desviación típica o mediana (rango intercuartilico). Las comparaciones mediante la Ji2 de Pearson y la t de Student.

RESULTADOS

Se han analizado 274 pacientes, 32 en la primera ola, 126 en la segunda y 116 en la tercera ola. El 67,9% de la muestra eran hombres (n = 186), edad media 60 ± 12 años, y el SAPS II de 31 ± 9 puntos. El porcentaje de hombres fue menor en la segunda ola (78,1%, 60,3% y 73,3%) [p=0,041]. La edad no difirió en los tres grupos analizados (p = 0,996).

La clínica más frecuentemente encontrada en las tres olas fue la disnea, apareciendo en el 100% de los pacientes de la primera ola, seguida del 96% en la segunda ola y del 98% en la tercera ola (p = 0,338). La fiebre estuvo presente en el 81,3% en la primera ola, 73% en la segunda ola y 68,1% en la tercera ola (p = 0,318). El dispositivo respiratorio utilizado en primera elección fue oxigenoterapia de alto flujo en el 25% en la primera, 0,8% en la segunda y 0.9% en la tercera; el uso de VNI fue de 53,2%, 96,8% y 91,2% respectivamente, y ventilación mecánica invasiva en 21,9%, 2,4% y 3,4%, respectivamente (p < 0,001). La oxigenación medida por la PaO2/FiO2 fue peor en la tercera ola, 131 ± 32, 125 ± 28 y 112 ± 21 mmHg, respectivamente (p < 0,001).

La principal complicación observada en los pacientes estudiados fue el delirio encontrándose en el 13% de los pacientes de la primera ola, el 20,6% de la segunda ola y el 18% de la tercera ola (p = 0,563). El barotrauma fue la segunda complicación apareciendo en el 6% de los pacientes en la primera ola, seguido del 11,1% en la segunda ola y el 17% en la tercera ola (p = 0,174).

En relación a la mortalidad de los pacientes COVID-19 en función de la ola de ingreso, se evidencian tasas de mortalidad del 12,5% en la primera ola, el 15,1% en la segunda ola y del 18,1% en la tercera ola (p = 0,687). Por último la estancia media en UCI medida en días fue en la primera ola de 14,4 ± 11,8, seguido de 13,9 ± 14,9 en la segunda ola y de 16,9 ± 17,6 en la tercera ola (p = 0,370).

CONCLUSIONES

Diferentes características sociodemográficos y clínicas de los pacientes en función de la ola de ingreso condicionarían la distinta evolución clínica observada en las tres fases de la pandemia.

ID: 49

DESARROLLO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19. PREVALENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y PRONÓSTICO

AUTORES: ELENA CARRASCO GONZÁLEZ; A HIGÓN CAÑIGRAL; A RUIZ RODRÍGUEZ; P TORNERO YEPEZ; G MARTÍNEZ MARTÍN; A TORRANO FERRÁNDEZ.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSE MARÍA MORALES MESEGUER

JUSTIFICACION

analizar los factores predisponentes y las consecuencias de la infección nosocomial en pacientes con COVID-19 permite desarrollar estrategias de prevención que minimicen su presentación.

OBJETIVOS

conocer los factores que predisponen al desarrollo de infección nosocomial y las consecuencias pronósticas en pacientes críticos con COVID-19.

MATERIA Y METODOS

estudio observacional y prospectivo. Se analizaron los pacientes que de forma consecutiva ingresaron en UCI entre Marzo de 2020 y Marzo de 2021 por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a COVID-19. Se consideró infección nosocomial en aquellas adquiridas tras 48 horas de estancia en UCI. Se clasificaron como bacteriemia relacionada con catéter, neumonía nosocomial, neumonía asociada a ventilación mecánica, infección del tracto urinario y sobreinfección de úlcera sacra. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas, y como media ± desviación estándar. La comparación se realizó mediante la Chi-cuadrado de Pearson y la t de Student.

RESULTADOS

de los 274 pacientes, 80 (29,2%) desarrollaron infección nosocomial. Se registraron 31 (11,3%) infecciones del tracto urinario, 25 (9,1%) bacteriemias relacionadas con catéter, 13 (4,7%) neumonías asociadas a ventilación mecánica, 5 (1,8%) neumonías nosocomiales y dos (0,7%) úlceras sacras sobreinfectadas.

El 68,8% (n = 55) de los pacientes infectados fueron varones (p = 0,888) y el 41,3% (n = 33) presentó un IMC > 30 (p = 0,425). La edad media fue 62,9 ± 11,1 entre los pacientes con infección y 58,8 ± 12,5 entre los no infectados (p = 0,011). La distribución temporal fue de 7 pacientes (8,8%) en la primera ola, 26 (32,5%) en la segunda y 47 (58,8%) en la tercera (p = 0,002). La gravedad, medida mediante el índice SAPS II, fue de 32,7 ± 10,3 en el grupo de pacientes infectados y 30,5 ± 8,4 en el grupo sin infección (p = 0,09).

El soporte respiratorio al ingreso en UCI fue ventilación no invasiva (VNI) en 250 pacientes (91,2%), ventilación mecánica en 14 (5,1%) y oxigenoterapia de alto flujo en 10 (3,6%). Presentaron infección nosocomial el 28% de los pacientes con VNI, el 64,2% de los pacientes con ventilación mecánica y el 11,1% de los que recibieron oxigenoterapia de alto flujo (p = 0,006).

La VNI fracasó en el 63,3% (n = 45) de pacientes con infección nosocomial y en el 13,8% (n = 26) de pacientes no infectados (p = 0,001).

La estancia media en días el hospital fue de 36,8 ± 26,1 entre los pacientes con infección nosocomial y 16,6 ± 9,2 entre los que no se infectaron (p = 0,001). El grupo de pacientes con infección presentó una mortalidad hospitalaria del 35% (n = 28) frente al 11,3% (n = 22) de los pacientes no infectados (p = 0,001).

CONCLUSIONES

la infección nosocomial es frecuente en los pacientes con COVID19. Su desarrollo favorece el fracaso de la ventilación no invasiva y aumenta la estancia media y la mortalidad.

ID: 50

PROMOCIÓN DE SALUD: RESILIENCIA FRENTE AL COVID-19

AUTORES: ROSA ISABEL CABRA LLUVA
CENTRO DE TRABAJO: AYUNTAMIENTO DE ALCALÁ DE HENARES

JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comienza a advertir que la enfermedad por coronavirus, COVID-19, está provocando un grado considerable de miedo, inquietud y preocupación en la población en general, pero sobre todo entre las personas mayores, y otras con patologías crónicas, dado que están siendo castigadas especialmente por la

enfermedad. Esta situación puede tener impacto en su salud mental en forma de estrés y ansiedad, acentuados por el distanciamiento social y el confinamiento obligados, pues se ven

afectadas actividades, rutinas o modos de vida habituales. Esta situación se puede ver agravada por otra condición que tienen nuestros mayores, un alto porcentaje de este grupo de población vive sola. La soledad puede tener un efecto muy similar al del estrés crónico en nuestra salud cerebral, y también puede afectar a nuestros sistemas endocrino e inmune, por lo que podemos

desarrollar más enfermedades. La soledad y el aislamiento social de las personas mayores constituye un factor de riesgo que conduce a la depresión, el deterioro cognitivo, la morbilidad y la mortalidad.

OBJETIVOS

General: Prevenir efectos adversos del confinamiento por COVID-19 en la población mayor de Alcalá de Henares.

Específicos:

- Mejorar el bienestar emocional
- Prevenir sentimientos de soledad no deseada
- Fomentar la estimulación cognitiva

MATERIA Y METODOS

Estudio prospectivo basado en la realización de una intervención con 40 personas seleccionadas mediante captación activa de los mayores de 60 años que viven solos a través de la

base del Programa de Salud para Mayores y los registros que durante los meses de marzo a mayo de 2020 se generaron, en relación a la situación de niveles de ansiedad expresados por los usuarios con los que se contactó. Se les realizó pre y post test: ISRA de autoevaluación de Ansiedad y Cuestionario DUKE para medir apoyo social percibido y Cuestión soledad percibida. . Se realizaron 9 sesiones de trabajo presencial de 90’ un día en semana(45’ gestión emocional y 45’ estimulación cognitiva dirigida a PMAE) a lo largo de los meses de octubre a diciembre de 2020. Los grupos eran de 5 personas, siguiendo siguiendo la normativa de prevención frente al COVID-19, establecida por el Ayuntamiento de Alcalá de Henares para la realización de actividades grupales en los edificios municipales.

RESULTADOS

Completaron 37 participantes. Se constata la falta de Apoyo Social y percepción de soledad, situación agravada por las medidas para evitar contagio por COVID-19. Valoran muy positivamente

participar en una actividad presencial, esto les permite socializar con otras personas y retomar actividades que para prevenir su soledad.

En relación a la evaluación del grado de ansiedad un 51% de los participantes presentaba puntuaciones altas y preocupantes en su nivel de ansiedad viéndose reducidas tras nueve semanas a un 30%, sin realizar una tarea psicoterapéutica específica para este trastorno.

CONCLUSIONES

Eficaz para prevenir soledad no deseada y manejo de ansiedad.

ID: 51

MEJORA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE EQUIPOS ISOTERMOS PARA GARANTIZAR LA CORRECTA CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS

AUTORES: Laura Carrasco Parrón; M Palomino Alonso; Y Pérez Arnaiz; D Párraga García
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre

JUSTIFICACION

La monitorización de las condiciones de almacenamiento de reactivos y muestras es un requisito de la Norma UNE-EN ISO 15189. El registro de las temperaturas es necesario para garantizar la calidad de las muestras que se almacenan para futuros análisis o ampliaciones de pruebas analíticas que no se realizarán en el momento de llegada al laboratorio, así como de reactivos y fungibles.

Un software de control de temperaturas es una herramienta útil a la hora de gestionar las incidencias relacionadas con neveras y congeladores. Este software, recoge los datos de la monitorización de las temperaturas llevada a cabo por las sondas y emite una alarma cuando alguna sonda registra una temperatura fuera de los rangos establecidos.

Los equipos isotermos trabajan por ciclos, de manera que la temperatura oscilará en torno a un valor medio. Si se establecen unos márgenes de temperatura muy estrechos, el riesgo de que se produzcan muchas falsas alarmas será mayor y esto puede dar lugar a la falta de atención por parte del facultativo responsable.

OBJETIVOS

El objetivo es ajustar los márgenes de control de los equipos isotermos disminuyendo los falsos positivos, pero detectando todos los verdaderos positivos.

MATERIA Y METODOS

Se lleva a cabo un estudio retrospectivo que abarca el mes de octubre de 2020, recogiendo los datos de 8 neveras (4ºC) y 4 congeladores (-40ºC). El software utilizado para el registro de las temperaturas es Sirius Storage® y las sondas pertenecen a Nirco®. El software toma medidas de temperatura cada 15 minutos.

Se contabilizan todas las alarmas (falsos positivos y verdaderos positivos) obtenidas en el rango de temperatura establecido entre 2ºC y 10ºC para las neveras y entre -20ºC y -40ºC para los congeladores de -40ºC. Se comparan estos resultados con los que se habrían obtenido si se ampliara el margen de medición.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan a continuación:

- Neveras (2ºC a 10ºC): 796 falsos positivos y 1 verdadero positivo. La probabilidad de alarma verdadera con este rango de temperatura es de 0,12%.
- Neveras (0ºC a 12ºC): 6 falsos positivos y 1 verdadero positivo. La probabilidad de alarma verdadera con este rango de temperatura es de 14,30%.
- Congeladores (-20ºC a -40ºC): 1735 falsos positivos y 6 verdaderos positivos. La probabilidad de alarma verdadera con este rango de temperatura es de 0,34%.
- Congeladores (-15ºC a -60ºC): 7 falsos positivos y 6 verdaderos positivos. La probabilidad de alarma verdadera con este rango de temperatura es de 46,15%.

CONCLUSIONES

El aumento de los márgenes de temperatura ha conseguido disminuir los falsos positivos, centrando la atención del facultativo responsable en la detección de graves errores en los equipos isotermos que requieran de una intervención para la correcta conservación de las muestras, reactivos y fungibles.

ID: 52

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN UCI SEGÚN EL SOPORTE RESPIRATORIO INICIAL

AUTORES: LAURA LÓPEZ GÓMEZ; A HIGÓN CAÑIGRAL; E CARRASCO GONZÁLEZ; P TORNERO YEPEZ; G MARTÍNEZ MARTÍN; A TORRANO FERRÁNDEZ.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

JUSTIFICACION

Al inicio de la pandemia se recomendó que la insuficiencia respiratoria grave secundaria a la COVID-19 se tratara mediante intubación precoz y conexión a ventilación mecánica. Pese a ello, algunos grupos de trabajo trataron a los pacientes mediante ventilación no invasiva para evitar la intubación y sus complicaciones.

OBJETIVOS

Analizar la evolución de los pacientes ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a COVID-19 según los diferentes tipos de soporte respiratorio utilizados de forma inicial.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional y prospectivo de todos los pacientes que, de forma consecutiva, ingresan en UCI entre el 12 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2021, por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a COVID-19. Se agruparon los pacientes en tres grupos según el tipo de soporte respiratorio utilizado de forma inicial al ingreso en UCI: oxigenoterapia de alto flujo (OAF), ventilación no invasiva (VNI) e intubación orotraqueal con ventilación mecánica invasiva (IOT + VM). Los pacientes del grupo de VNI fueron tratados con ventiladores específicos de no invasiva a través de mascarilla facial total y al inicio de la terapia, recibían tratamiento con fentanilo en bolos y perfusión continua. El modo ventilatorio utilizado preferentemente fue el modo CPAP. Se definió fracaso de la OAF la necesidad de VNI y fracaso de la VNI la necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables cuantitativas se expresan como medias ± desviación estándar o mediana (primer y tercer cuartil) y las cualitativas como frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se analizaron un total de 274 pacientes. En el grupo de OAF se incluyeron 10 pacientes (3,6%), en el grupo de VNI 250 (91,2%) y en el grupo de IOT + VM 14 pacientes (5,1%). De los pacientes con OAF, nueve presentaron fracaso de la terapia y recibieron VNI. De los 259 pacientes (94,5%) que en total recibieron VNI, el 72,6% (188 pacientes) presentaron éxito de la terapia y no fueron intubados, siendo la mortalidad hospitalaria de este grupo del 1,6%. De los 71 pacientes con fracaso de la VNI, 60 fueron intubados y 11 presentaban orden de no intubación. Finalmente, el total de pacientes con IOT + VM fueron 74. De ellos, 44 fueron extubados con VNI preventiva, tres con dispositivos de oxígeno convencionales y 27 fallecieron durante el periodo de VM. De los extubados con VNI preventiva, 35 (79,5%) presentaron éxito y tuvieron una mortalidad hospitalaria del 8,8%.

CONCLUSIONES

La ventilación no invasiva puede utilizarse de forma segura en los pacientes con insuficiencia respiratoria grave debida a COVID-19, evitando la intubación en un alto porcentaje de ellos, con una mortalidad baja.

ID: 54

COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS EN LOS PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN UCI

AUTORES: LAURA LÓPEZ GÓMEZ; P BAYOUMY DELÍS; A RUIZ RODRÍGUEZ; P TORNERO YEPEZ; G MARTÍNEZ MARTÍN; A TORRANO FERRÁNDEZ.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

JUSTIFICACION

Los pacientes que requieren ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) tienen riesgo de desarrollar complicaciones secundarias a los procedimientos o tratamientos realizados, así como también debidas a la propia estancia en estas unidades.

OBJETIVOS

Analizar las complicaciones no infecciosas de los pacientes ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria grave secundaria a COVID-19.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional y prospectivo de todos los pacientes que, de forma consecutiva, han ingresado en UCI por insuficiencia respiratoria debida a COVID-19, entre el 12 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2021. Se analizaron las complicaciones no infecciosas ocurridas durante la estancia en UCI. Se definió fracaso de la VNI la intubación o muerte en UCI. Se analizan variables sociodemográficas, analíticas y evolutivas. Las variables se expresan como medias ± desviación típica o mediana (rango intercuartil), y como frecuencias absolutas y relativas. La comparación entre variables se realizó mediante la prueba X2 de Pearson o test exacto de Fisher.

RESULTADOS

Se analizaron 274 pacientes, de los cuales 193 (70,4%) desarrollaron algún tipo de complicación no infecciosa durante el ingreso. Las más frecuentes fueron hiperglucemia en 159 pacientes (58%), debilidad adquirida en UCI 53 (19,3%), delirio 51 (18,6%), elevación de troponinas 44 pacientes (16,1%), fracaso renal agudo 42 (15,3%), neumomediastino 31 (11,3%), neumotórax 28 (10,2%), fibrilación auricular 20 (7,3%), y tromboembolismo pulmonar 14 (5,1%). La edad media de los enfermos con complicaciones fue de 62,5 ± 11,3 años y de 54 ± 12,4 años en aquellos sin complicaciones ($p < 0,001$). En el grupo de enfermos con complicaciones, el porcentaje de hombres fue 68,4% y de 66,7% en el grupo sin complicaciones ($p = 0,78$). Los pacientes que desarrollaron complicaciones presentaban mayor gravedad según la escala SAPS II (32,4 ± 9,5 puntos) que el grupo sin complicaciones (28 ± 6,7 puntos) ($p < 0,001$). El SOFA máximo durante la VNI también fue más elevado en estos pacientes (4,5 ± 2,2 vs 3,3 ± 0,6) [$p < 0,001$]. Al agrupar a los pacientes según las olas de ingreso en UCI, en la primera ola 25 pacientes (78,1%) presentaron complicaciones, en la segunda ola 87 pacientes (69%) y 81 (69,8%) en la tercera ($p = 0,593$). En cuanto al dispositivo respiratorio inicial, 6 pacientes (60%) con oxígeno alto flujo presentaron complicaciones, 173 (69,2%) del grupo de VNI y 14 (100%) del grupo de intubados ($p = 0,03$). Del grupo de éxito de VNI, 109 (57,9%) presentaron complicaciones y 70 (98,6%) del grupo de fracaso ($p < 0,001$). De los pacientes dados de alta vivos del hospital, 143 (63,8%) presentaron complicaciones, mientras que el 100% (50 pacientes) de los fallecidos las presentaron ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

Las complicaciones no infecciosas en los pacientes ingresados en UCI por COVID-19 son frecuentes, fundamentalmente en los pacientes intubados.

ID: 55

RETOMAR LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES: Estíbaliz Luque Muñoz[1]; JC Jiménez Blasco[2]; R Gómez Quevedo[3]; I García de León Robles[4]; C Carrero González[5]; C Jiménez Moneva[6].

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar[12345]; Hospital Universitario Príncipe de Asturias[6].

JUSTIFICACION

La identificación de los pacientes crónicos complejos por parte de médicos y enfermeras de Atención Primaria, se realiza con el objetivo de evitar la fragmentación de la atención sociosanitaria y realizar una captación precoz ante las descompensaciones del paciente.

Durante la pandemia por SARS-CoV-2, los centros de salud, se han visto obligados a reorganizar su trabajo, no pudiéndose centrar su trabajo en el Plan Asistencial al Paciente Crónico Complejo.

OBJETIVOS

Retomar la atención al Paciente Crónico Complejo con los protocolos de cuidados específicos.

Identificar los Pacientes Crónicos Complejos que hayan podido surgir tras la pandemia.

MATERIA Y METODOS

En la primera quincena del mes de mayo se ha procedido a la actualización de la carga en la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria de Madrid de la estratificación del riesgo de población con corte de datos a fecha 31 de diciembre de 2020.

En el Centro de Salud, se crea un grupo de trabajo, que analiza la situación actual del centro, partiendo de los datos de asignación de niveles de intervención alto del año 2019, aprovechando la actualización de la estratificación de la población.

Se están realizando sesiones vía zoom, con médicos y enfermeras, en las que se recuerdan los protocolos de captación y seguimiento de los Pacientes Crónicos Complejos.

En el marco de estas actuaciones se hace hincapié en el seguimiento proactivo de estos pacientes, y en la comunicación con atención hospitalaria y los servicios sociosanitarios.

RESULTADOS

En el año 2019, el porcentaje de pacientes, en el centro de estudio, con patología crónica estratificada, respecto a la total era del 61,4 %.

El porcentaje de pacientes con nivel de intervención alto asignado respecto a los pacientes con patología crónica estratificada era del 0,21 %.

Con el plan de actuación se monitorizarán a final de 2021 los cambios en la identificación de Pacientes Crónicos Complejos.

CONCLUSIONES

Durante la pandemia, la actividad asistencial, se ha ido adaptando a las demandas asistenciales. En el momento actual, las actividades COVID y no COVID, deben convivir, retomando de forma progresiva el resto de actividades que Atención Primaria desarrollaba, identificando pacientes con necesidades de cuidados complejos.

ID: 56

IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO ASINTECIAL EN EL CUIDADO ENFERMERO EN UN CENTRO DE SALUD EN SITUACION PANDEMICA COVID

AUTORES: Estíbaliz Luque Muñoz[1]; JC Jiménez Blasco[2]; C Jiménez Moneva[3]; M Sánchez Hidalgo[4]; R Gómez Quevedo[5]; N Jiméz Zapico[6].
CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar[1256]; Hospital Universitario Príncipe de Asturias[3]; GENCAT[4]

JUSTIFICACION

La situación pandémica por COVID-19 obligó a la atención primaria a una adaptación rápida y diferente debido a un escenario completamente distinto a lo anteriormente desarrollado.

Los cuidados de enfermería en este escenario se tuvieron que modificar su modo y forma de atención. En el que debían incluir una asistencia al paciente con sintomatología covid-19, un seguimiento de los casos diagnosticados y mantener la asistencia de aquellos pacientes que debido a su patología crónica deberían continuar la atención previamente establecida.

Durante los meses de marzo hasta junio del 2020 se estableció un nuevo modelo de asistencial en los cuidados enfermeros que se ofreció a la población en nuestro Centro de Salud.

OBJETIVOS

Diseñar un proyecto asistencial en el cuidado enfermero en la situación pandémica

Identificar áreas de mejora en el cuidado asistencial

Evaluar la atención de enfermería en pandemia Covid-19

MATERIA Y METODOS

Se estableció un cambio de organización asistencial estableciéndose un planning de trabajo diario dividido por tareas. Debido a las incidencias de recursos humanos y materiales dichas tareas eran evaluadas al principio de la jornada laboral diariamente, para su organización y establecimiento de prioridades.

Las tareas mínimas establecidas se incluía; asistencia en el centro y domicilio a pacientes con sintomatología covid-19, seguimiento de pacientes con diagnóstico y sintomatología covid-19 , atención a patología crónica no demorable y atención presencial en Centro de Salud.

RESULTADOS

Se evaluó durante estos meses la asistencia realizada durante estos meses en el ámbito presencial, domiciliario y telefónico.

Durante los meses del nuevo modelo organizativo se estableció acciones prioritarias y de acciones de mejora incluyendo todas las actividades dentro de calidad y seguridad del paciente en el periodo pandémico.

CONCLUSIONES

Durante la pandemia, la actividad asistencial, se ha ido adaptando a las demandas asistenciales. En el periodo de mayor incidencia de la patología Covid-19 supuso un cambio y adaptación en el proceso de atención y cuidado de nuestros pacientes. Esta organización se baso en un cambio organizativo, pero manteniendo unos estándares de calidad y seguridad para el paciente.

ID: 57

ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES: Florentino Nieto Franco[1]; I García de León Robles[2]; M Sánchez Hidalgo[3]; S Villalba López[4]; V Liarte Jiménez[5]; C Jiménez Moneva[6].

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar[12345]; GENCAT[3]; Hospital Universitario Príncipe de Asturias[6].

JUSTIFICACION

Dentro del seguimiento de la persona con diabetes se enmarca el autoanálisis de la glucemia capilar y el control analítico de la hemoglobina glicada (HbA1c). Con respecto al autoanálisis, se han publicado estudios que confirman que este no mejora el control glucémico en personas con DM 2 frente al control trimestral de HbA1c. Además, el autoanálisis, se relaciona con el aumento de síntomas depresivos. En este contexto, el Servicio Madrileño de Salud, hace esta recomendación: "No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control inestable".

OBJETIVOS

- Adecuar el seguimiento de las personas con DM2 a la evidencia actual.
- Mejorar el control de HbA1c de las personas con DM2.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal del seguimiento a las personas con diabetes.

Se analizaron los siguientes indicadores de la aplicación informática e-SOAP:

- Sobreutilización de tiras de glucemia.
- Pacientes diabéticos con adecuado control de HbA1c ajustada por edad Se realizó un documento, compartido en una sesión de equipo, que recogía los datos obtenidos y las recomendaciones para el autoanálisis y control de HbA1c.

Posteriormente se volvieron a analizar los indicadores.

RESULTADOS

El indicador de sobreutilización de tiras de glucemia en diciembre de 2018 era 12,9% aumentando en diciembre de 2019 hasta un 13,12%.

Con respecto al adecuado control de HbA1c, el cumplimiento del indicador era de un 44% en diciembre de 2018, aumentando hasta el 53% en diciembre de 2019. En la posterior reevaluación en diciembre de 2020 el cumplimiento había sido del 45%.

CONCLUSIONES

No existe una importante sobreutilización de tiras en el centro de salud. El control de HbA1c no es adecuado en la mayoría de los casos. La intervención formativa no obtuvo los resultados esperados sobre el indicador de sobreutilización de tiras de glucemia, por el contrario, el indicador de adecuado control de HbA1c mejoró tras la misma, aunque posteriormente en 2020 volvió a disminuir, probablemente en relación a la sobrecarga asistencial por la situación epidemiológica.

En vistas de los resultados de esta investigación, se hace patente la necesidad de un análisis más amplio de las causas por las que el seguimiento de las personas con DM2 no se adecua a las recomendaciones actuales.

ID: 58

TUMORES CEREBRALES INFANTILES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. EVOLUCIÓN EN LA SUPERVIVENCIA. AÑOS 2000-2015.

AUTORES: Montserrat Pilas Pérez; O Toldos González; J Salamanca Santamaría; AM Muñoz Lucas-Torres
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre

JUSTIFICACION

El cáncer es la 1ª causa de muerte por enfermedad en niños. Los tumores primarios del sistema nervioso central (TPSNC) son el 2º grupo de tumores más frecuente en la población pediátrica tras las neoplasias hematológicas. Se detallan algunos aspectos epidemiológicos de los TPSNC con el fin de aportar información útil para el manejo del cáncer en este grupo de pacientes

OBJETIVOS

1) Cuantificación de la incidencia observada de TPSNC infantiles en un hospital de tercer nivel (años 2000-2015). 2) Distribución tumoral en las categorías diagnósticas de la Clasificación de TPSNC de la OMS 2016 y determinación de su incidencia. 3) Análisis de la supervivencia a 5 años del diagnóstico, global, por grupos diagnósticos y por cohortes de años de diagnóstico (2000-2007 vs 2008-2015)

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de los TPSNC infantiles. Periodo de estudio: 2000-2015. Fuente de información: Registro de Tumores del hospital. Tiempo de seguimiento: el transcurrido desde la fecha de diagnóstico hasta la fecha de fallecimiento/último contacto hospitalario

La supervivencia se estimó mediante el método de Kaplan-Meier, con un intervalo de confianza (IC) del 95%. La supervivencia entre los subgrupos se comparó mediante el test Log-rank. No se analizaron las categorías tumorales con < 20 casos para que los resultados fueran interpretables

RESULTADOS

Se registraron 218 TPSNC, 113 (52%) en niños y 105 (48%) en niñas. La media de edad para ambos sexos fue de 6,7 ± 4 años, sin diferencias significativas por sexo.

Los TPSNC infantiles más frecuentes en el H12O son: los englobados en el grupo otros tumores astrocitarios (31,7%), incluyendo el astrocitoma pilocítico; tumores embrionarios (15,1%); tumores astrocitarios y oligodendrogliales difusos (14,2%); y tumores ependimarios (11%). Las tres primeras morfologías diagnósticas coinciden en ambas cohortes; sin embargo, en la más reciente los tumores ependimarios superan en frecuencia a los tumores embrionarios.

La supervivencia global al quinto año del diagnóstico fue del 64% (55-73) IC 95%. La comparativa de supervivencia por sexo no muestra diferencias significativas (p=0,56).

La supervivencia a 5 años del diagnóstico fue del 86% (74-98) para el grupo otros tumores astrocitarios, del 47% (21-73) para los tumores astrocitarios y oligodendrogliales difusos y del 39% (20-58) para los tumores embrionarios (IC 95%), con diferencias significativas (p< 0,02) excepto para otros tumores astrocitarios vs tumores embrionarios (p=0,5)

La supervivencia fue más alta en la segunda cohorte que en la primera: 73% (60-87) vs 58% (47-70) IC 95%, aunque no alcanza significación estadística (p=0,05)

CONCLUSIONES

En nuestro hospital los TPSNC más frecuentes pertenecen al grupo otros tumores astrocitarios (OMS 2016), incluyendo el astrocitoma pilocítico. La comparativa entre los dos grupos de años estudiados demuestra un incremento en la supervivencia del 13% en la cohorte más reciente. Los Registros de Tumores son una valiosa fuente de información para la calidad asistencial.

ID: 60

IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA POBLACIÓN MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

AUTORES: Florentino Nieto Franco[1]; C Carrero González[2]; S Villalba López[3]; V Liarte Jiménez[4]; L Vega Requena[5]; z Pérez Chico[6].
CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar[1234]; Hospital Universitario Príncipe de Asturias[56]

JUSTIFICACION

La tendencia a una mayor vulnerabilidad es un hecho inherente al envejecimiento. Esto, junto a los eventos estresantes vivenciados por las personas mayores durante la pandemia originada por el COVID pueden ser causantes de resultados de salud adversos junto a un agravamiento en la condición de fragilidad.

Los cuidados de enfermería en el marco asistencial de la Atención Primaria de Salud juegan un papel esencial en la atención a estos pacientes y así queda reflejado en el Servicio 420: Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid con el objetivo de fomentar la autonomía, promover la salud, prevenir riesgos y garantizar la continuidad de cuidados.

La reorganización y adaptación asistencial que supuso la aparición del COVID se presupone un impacto negativo en la prestación de cuidados integrales a esta población, no habiendo resultados de indicadores al respecto del año 2020.

OBJETIVOS

Elaborar un proyecto de calidad asistencial en la prestación de cuidados a la población mayor de 70 años en un Centro de Salud.

Específicos:

- Analizar las causas del bajo cumplimiento de Criterios de Inclusión y Criterios de Buena Atención del Servicio 420.
- Diseñar e implantar en el Centro de Salud acciones de mejora.

MATERIA Y METODOS

Reunión con grupo de expertos para identificar las posibles causas de la baja cobertura detectada en el Servicio 420. Tras ello, se establece un Plan de Acción implantado el primer trimestre de 2021.

RESULTADOS

Se identificaron mediante tormenta de ideas las áreas causales y se expusieron mediante diagrama de Ishikawa. Tras ello, se estableció un plan de acciones de mejora en función de las causas abordables:

- Sesiones formativas a los profesionales sobre conceptos científico-técnicos en los cuidados al paciente mayor, metodología enfermera y planes de cuidados en base a taxonomía NNN, el Servicio 420 de cartera de servicios y trabajo por procesos del Plan Asistencial y asignación de Niveles de Intervención.
- Se establece un circuito de trabajo para la captación activa del paciente mayor por el profesional:
  - Se extrae empleando el aplicativo Consult@web el listado de pacientes mayores de 70 años.
  - Se cita a los pacientes para revisión de la historia clínica y realizar una llamada telefónica en la que se concierta una cita presencial en consulta o en domicilio según necesidades.
  - Valoración integral del paciente mayor, detección de necesidades y establecimiento de planes de cuidados. Tras ello, nuevas citas de seguimiento y evaluación atendiendo a las periodicidades establecidas en Cartera de Servicios.

CONCLUSIONES

Con esta implementación de acciones de mejora, se espera un resultado positivo en el indicador del Contrato Programa del Centro relativo a la atención al mayor referidos al ejercicio 2021, que nos permitirá evaluar la calidad de la asistencia prestada a una población vulnerable que no podemos olvidar en tiempos de pandemia.

ID: 61

¿QUÉ PODEMOS APORTAR DESDE LA UCI PEDIÁTRICA PARA PREVENIR LOS ACCIDENTES INFANTILES GRAVES?

AUTORES: Raquel Montosa García[1]; A Marín Yago[2]; A Peñalver Manzano[3]; A Pereda Mas[4]; P Yepes García[5]; DJ Montes Díaz[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca[12345]; Gerencia de Urgencias y Emergencias 061[6]

JUSTIFICACION

En muchos países europeos la primera causa de mortalidad en niños entre 5 y 18 años son las lesiones no intencionales, por lo que su importancia socioeconómica es muy relevante. Los programas preventivos deben fundamentarse en las necesidades específicas de la población y del entorno. La aportación de nuestra unidad, la UCI pediátrica, donde se proporcionan los cuidados a los niños que sufren accidentes de mayor gravedad puede ser muy útil para este conocimiento.

OBJETIVOS

Investigar las lesiones no intencionales en niños ingresados en UCI Pediátrica.

Proporcionar una base para prevenir estas lesiones y disminuir la tasa de morbimortalidad.

MATERIA Y METODOS

Análisis retrospectivo de los datos clínicos y demográficos de los niños entre 0 y 14 años con lesiones no intencionales ingresados en la UCIP de Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca desde Enero de 2014 a Enero de 2020. Análisis de datos con SPSS 15.0

RESULTADOS

Número de ingresos: 131 Sexo: niñas 33,8% y niños 60,8%.Media de edad=53,6 meses. Días ingreso medio= 3,7. Procedencia: urgencias (44,6%), quirófano (24,6%), interhospitalario (13,8%), extrahospitalario (8,5%). Periodo vacacional: 49,2%. País de procedencia de los progenitores: España 63.1%, países del Magreb 16,9% y otros 16,2%. Lugar del accidente: domicilio 38,5%, playa o piscina 16,2%, vía pública 11,5%, otros 9,2%. Ventilación mecánica invasiva 40%, cirugía 33,1%, endoscopia 18,5%, maniobras de reanimación 14,6% y 6,2% fallecieron. Tipo de accidente más frecuente en todas las edades: traumatismo (35,5% de 0-23 meses, 30,4% de 24-59m, 46,7% de 60-107m, 52,6% en>108m). Segundo y tercer tipo de accidente depende de la franja de edad: de 0-23m quemaduras (19,4%) y aspiración de cuerpos extraños (12,9%), entre 23-59m ahogamiento por inmersión (23,9%) y cuerpos extraños (21,7%), entre 60-108meses tráficos (23,3%) y ahogamiento por inmersión (16,7%) y en mayores de 108meses tráficos (21,1%) e intoxicación (15,8%). Relación estadísticamente significativa entre tipo de accidente y país de procedencia quemaduras- países de Magreb (Chi2 =23,24, p=0.026) y ahogamientos por inmersión con otras nacionalidades. También entre el tipo de accidente y éxitus: los tráficos constituyen el 22,2% pero suponen el 50% de los fallecimientos y los ahogamientos por inmersión 37% de éxitus suponiendo el 14% de accidentes (p=0.026). No hay relación estadísticamente significativa entre edad de los padres, ni días de ingreso, ni ventilación mecánica con el tipo de accidente.

CONCLUSIONES

Los accidentes más frecuentes son los traumatismos que se producen en el domicilio durante las vacaciones y afectan más a los niños. Los más mortales son los accidentes de tráfico en vía pública y los ahogamientos por inmersión en piscinas privadas, que empiezan a producirse a edades muy tempranas. Existen factores socioeconómicos como la inmigración que crean diferencias importantes respecto a los tipos de accidentes y que debían ser consideradas a nivel de campañas preventivas.

ID: 63

CALIDAD DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES: Estíbaliz Luque Muñoz[1]; I García de León Robles[2]; M Sánchez Hidalgo[3]; F Nieto Franco[4]; N Rodríguez Rodríguez[5]; C Antunez Prieto[6].

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar[124]; GENCAT[3]; Centro de Salud Empalme Carreño[5]; Centro de Salud Fronteras[6].

JUSTIFICACION

La incorporación de un paciente a su entorno domiciliario habitual al finalizar un ingreso hospitalario es un momento crítico que compromete la continuidad de los cuidados.

La enfermera de continuidad asistencial, junto a las enfermeras de Atención Primaria (AP) son las profesionales de referencia para velar por la continuidad de cuidados de los pacientes.

Uno de los objetivos del CPC de 2019 es garantizar la continuidad en las transiciones asistenciales. En el centro de salud a estudio al revisar los indicadores que miden este objetivo se observó que en el periodo de enero a octubre de 2019 sólo 15% de los pacientes contaban con la realización de un seguimiento telefónico tras informe de alta recibido.

OBJETIVOS

Conocer qué factores influyen en el bajo cumplimiento de los indicadores del CPC relacionados con el seguimiento telefónico al alta en un Centro de Salud.

Proponer acciones de mejora.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un grupo nominal con todo el equipo de enfermería para conocer qué factores podían influir en el bajo cumplimiento de los indicadores de CPC, tras el cual se analizaron las causas y se priorizaron a través del método Hanlon.

Proposición de soluciones en el equipo, estableciendo un “Plan de Acción”.

Reevaluación de los indicadores para valorar mejora y porcentajes alcanzados tras la puesta en marcha del “Plan de acción”.

RESULTADOS

Tras la puesta en marcha del plan de acción se realizó una reevaluación de los indicadores del CPC en diciembre de 2019. Se observó que había aumentado a 25% el número de pacientes a los que se les ha realizado el seguimiento telefónico al alta. Actualmente, a fecha de marzo de 2021 esta cifra ha aumentado al 50%.

CONCLUSIONES

Se ha observado una mejoría notable en el cumplimiento del indicador a estudio en la primera reevaluación de los indicadores, que tuvo lugar sólo a los tres meses de presentar el plan de acción a los profesionales. En la posterior reevaluación, en marzo de 2021 hemos observado que se ha doblado el cumplimento de este indicador. Lo que nos orienta que probablemente en los próximos meses continúe con esta tendencia al alza.

El hacer partícipe al equipo de enfermería en la búsqueda de las causas del problema ha ayudado a que se tome conciencia del problema y los profesionales se impliquen en la realización del plan de acción.

ID: 64

DOCUMENTACION INTERNA DE ÁMBITO GENERAL: NORMALIZACIÓN DOCUMENTAL A TRAVÉS DEL GRUPO DE ORDENACION DOCUMENTAL

AUTORES: Julia Benito Rodríguez; JA Molina Ortiz; N Ricord Martín; M García de Matias; ML García Olego; PL García Jiménez.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

JUSTIFICACION

Debido a la enorme cantidad de documentos utilizados por los diferentes servicios/unidades del hospital y presentando éstos unos formatos y características muy diversas, se planteó establecer un Grupo de Mejora (GM) para la revisión y normalización de los documentos, en cuanto a su forma y contenido, previa a la aprobación, difusión e implantación de los documentos de ámbito general, que deben conocer los profesionales del centro. Al GM se le denominó Grupo de Ordenación Documental (GOD) que está constituido por un grupo multidisciplinar de profesionales que aplican su conocimiento a garantizar que la información difundida a los profesionales, cumple con los criterios establecidos.

OBJETIVOS

Cuidar el cumplimiento del Procedimiento para la Gestión de Documentación Normativa GER/GER/PNT/001. Realizar la revisión de los nuevos documentos, la actualización y/o eliminación de documentos obsoletos o en desuso. Mantener la imagen corporativa del centro. Minimizar el número de documentos en formato papel.

MATERIA Y METODOS

Los tipos de documentos revisados y normalizados de alcance general son: protocolos, procedimientos normalizados de trabajo, planes, normativas, instrucciones técnicas, formularios, fichas de uso, hojas informativas, etc.

Una vez elaborado y validado un documento su promotor lo traslada al GOD, a través de un formulario de solicitud de revisión. Tras su revisión y valoración las opciones son: que sea aprobado, que sea rechazado, o que se sugiera someterlo a modificaciones y/o enmiendas, con lo cual se le devolverá al promotor y se le envía una nota comunicando el resultado de la valoración. Las valoraciones se realizan a través del espacio de colaboración en la intranet.

Una vez aprobados por el GOD se codifican por Unidad de Calidad y posterior presentación a la Comisión de Dirección (CD) para su aprobación definitiva e inclusión en el Catálogo Electrónico de Documentación Normalizada (CEDON). Los documentos son posicionados en un repositorio para que el servicio de Informática los suba a la intranet corporativa, en el apartado del CEDON, disponibles para todos los profesionales del hospital.

RESULTADOS

En el CEDON se han posicionado un total de 472 documentos: 2 dípticos /trípticos; 124 Formularios y sus 124 correspondientes fichas de uso; 5 Guías; 3 Guías de Práctica Clínica; 7 Hojas Informativas; 24 Instrucciones Técnicas; 3 Manuales; 10 Normativas/Reglamentos;13 Planes; 56 Procedimientos normalizados de trabajo; 4 Programas; 40 Protocolos; etc.

También se ha realizado la revisión e inclusión de documentos de ámbito particular (documentos de uso restringido a algunos profesionales del centro) que por su especial interés la CD ha decidido que deben estar incluidos en el CEDON.

CONCLUSIONES

Todos los documentos de ámbito general, revisados, normalizados y aprobados están disponibles en intranet en el apartado CEDON para uso y consulta de los profesionales, garantizando que siempre está disponible la última versión y promoviendo el uso del formato electrónico.

ID: 65

EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TELEMEDICINA

AUTORES: EVE ANGELA ZURITA MÁRQUEZ; A ROLDAN GARRIDO; F NEBRERA NAVARRO; Y TORDECILLA ECHENIQUE; JM MARTINEZ JIMENEZ

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VITHAS SEVILLA

JUSTIFICACION

La atención médica se apoya cada vez más en las nuevas tecnologías para ayudar a los profesionales a dar cobertura a un mayor número de pacientes, evitar desplazamientos y reducir considerablemente los retrasos en la atención de patologías crónicas o incipientes.

Estas ventajas indudables conviven con dificultades y riesgos inherentes a la distancia y a los medios de comunicación.

OBJETIVOS

Detectar las posibles carencias de estos nuevos medios, evaluar los riesgos de seguridad que pueden conllevar en la atención de los pacientes, y definir acciones de mejora.

MATERIA Y METODOS

Se ha realizado un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) con un grupo de profesionales que han trabajado con este tipo de atención, para detectar esos fallos a partir de su conocimiento, registrar los puntos donde pueden originarse incidentes de seguridad en la atención al paciente y plantear acciones de mejora.

RESULTADOS

Los principales riesgos detectados son:

- En el intercambio de información clínica: dificultades para disponer de informes previos y pruebas complementarias de seguimiento realizados en otros centros, necesarios para la evaluación clínica, y para cumplir con la protección de datos personales.
- En la atención médica: dificultades para evaluar pacientes no conocidos, y para que algunos pacientes entiendan o interpreten correctamente lo que el profesional le comunica.

Una herramienta apropiada para este tipo de atención solventaría los problemas de intercambio de información entre paciente y profesional, y de protección de datos.

El desconocimiento por los profesionales y pacientes de las herramientas disponibles hace que se usen inadecuadamente otros canales informales de comunicación.

Se plantean como acciones: reforzar la formación de los profesionales en el uso de las herramientas disponibles y sobre protección de datos; realizar acciones divulgativas con pacientes en el uso de estas nuevas tecnologías; completar la atención a distancia con citas presenciales cuando se requiere una exploración física para el diagnóstico y en la primera cita en pacientes no conocidos; repasar en voz alta el informe clínico con el paciente para asegurar que lo comprende y, en caso de personas de edad avanzada, intentar que estén siempre acompañadas por un familiar autorizado.

CONCLUSIONES

Incumplimiento de la protección de datos, errores diagnósticos y errores de comprensión son los principales riesgos identificados en la asistencia virtual. Es importante que los profesionales sepan cómo cumplir los requisitos legales aplicables a este tipo de atención según la vía de comunicación utilizada. Se debe facilitar ayuda a determinado sector de usuarios de estas plataformas y dedicar más tiempo a verificar que se comprende la información y aclarar las dudas. Este tipo de atención se ve más adecuado para seguimiento de pacientes, y menos para diagnósticos y conocimiento inicial de ellos. No obstante, una buena combinación de la consulta presencial y la telemática aprovechará lo mejor de cada tipo.

ID: 66

VARIACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEBIDA AL COVID-19, UTILIZANDO EL CUESTIONARIO EUROQOL-5D

AUTORES: Marcelle Canto; S Martínez Quintana; M Ruiz Rodríguez; R Ruiz Páez; M Caparros López; C Varela Rodríguez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre

JUSTIFICACION

La enfermedad emergente por coronavirus (COVID-19) es causada por un virus de la familia Coronaviridae denominado SARS-CoV-2, el cual ha sido protagonista de pandemia desde marzo de 2020. Se han descrito complicaciones asociadas con esta enfermedad, primordialmente las complicaciones respiratorias, pero también se han descrito complicaciones cardiacas, renales, inflamatorias, neuropsicologías, entre otras, comprobándose que sus efectos secundarios pueden prolongarse o recurrir en el tiempo afectando la calidad de vida de los pacientes. El cuestionario EuroQol es una herramienta útil y de fácil aplicación para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tanto en pacientes sanos como en pacientes patológicos, valorando la salud en dimensiones físicas, psicológicas y sociales, por lo que es válido para medir la calidad de vida en el tiempo de pacientes que han padecido COVID.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es la medición y descripción de la calidad de vida relacionada con la salud y el estado de salud autopercibido de pacientes post COVID-19 y analizar la variación en el tiempo al mes, 3 y 6 meses de la infección.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional descriptivo utilizando entrevistas realizadas a 185 pacientes en seguimiento post-Covid en el H12O, tomando de basal la entrevista al mes de la infección por COVID-19 y comparada con las sucesivas entrevistas a los 3 y 6 meses de la infección. Se analizó las variables sociodemográficas y la CVRS a través del cuestionario de salud EuroQol y el termómetro de autovaloración del estado de salud.

RESULTADOS

La CVRS medida con el cuestionario mejora con el tiempo pasando de una media de 0.65 en la entrevista basal a 0.67 en la segunda y a una media de 0.68 en la tercera entrevista. Sin embargo, la CVRS medida con la escala de autovaloración del estado de salud presento deterioro en tiempo, variando de una media de 6.69 en la escala del 0 al 10 en la primera entrevista, a una media de 6.64 en la segunda y finalmente 6.52 en la tercera entrevista.

CONCLUSIONES

En su mayoría, los pacientes presentaron ligera mejoría de la CVRS en el cuestionario de salud, sin embargo, presentaron deterioro de la CVRS en la autovaloración del estado de salud a medida que pasa el tiempo. Los pacientes post-covid necesitan de un seguimiento consecutivo debido a las secuelas en el tiempo que genera esta enfermedad.

ID: 67

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL GRAVIMÉTRICO Y DE CÓDIGOS DATAMATRIX PARA PREPARAR TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSICOS

AUTORES: Miguel Ángel Carvajal Sánchez; JC Titos Arcos; P Pacheco Lopez; J Ibañez Caturla; S Clavijos Bautista; J Leon Villar.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Morales Meseguer

JUSTIFICACION

La elaboración de tratamientos antineoplásicos (TA) puede conllevar errores de preparación que repercuten en la calidad y seguridad de los mismos. Los más frecuentes son: identificación incorrecta de la preparación, uso de disolvente o fluido erróneo, elección incorrecta de antineoplásico o toma de dosis incorrecta.

La incorporación de balanzas con control de pesada o etiquetas con códigos de barras identificativas puede contribuir a prevenir estos errores.

OBJETIVOS

Describir la implantación de un sistema de preparación de TA con control gravimétrico y códigos datamatrix (CD) en el Servicio de Farmacia (SF) denominado ePASE® con el fin de aumentar la calidad y seguridad en la elaboración de TA.

MATERIA Y METODOS

Requerimientos previos a la implantación: registro de densidades de 109 medicamentos citostáticos y sueros, lectura de códigos de barras y CD de cada medicamento para determinar si son leídos correctamente por el software del sistema o si deben ser reetiquetados, e instalación de software (balanza, PC y lector de CD).

Etiquetado con CD: al recepcionar un citostático, el técnico auxiliar de farmacia registra informáticamente su código nacional, lote y caducidad en aplicativo Farmis_Oncofarm® e imprime un CD específico con esa información. Esta etiqueta se adhiere en los viales correspondientes y se valida por un farmacéutico.

Preparación de TA mediante sistema ePASE®: se realiza en cabina seguridad biológica (CSB) por enfermeros cualificados siguiendo los siguientes pasos: identificación del paciente mediante lector de código de barras combrobando la información en la pantalla táctil; lectura del fluido en el lector y posterior pesada en balanza; lectura del medicamento citostático identificado con CD; toma del volumen necesario de citostático y posterior adición al fluido (si la pesada es correcta, el sistema indica que la preparación está terminada, en caso contrario requerirá intervención del farmacéutico); lectura de etiqueta identificativa del TA preparado mediante el lector.

Desviación tolerada establecida en el sistema informático: 5% para antineoplásicos.

Simultáneamente a la elaboración del TA, el farmacéutico puede comprobar informáticamente en tiempo real todas las etapas que se están realizando en la CSB. En caso de detectar alguna incidencia, realizará la validación para decidir si el TA preparado es correcto.

Se entregó una encuesta a los trabajadores implicados para valorar el grado de aceptación.

RESULTADOS

- Este sistema ha sido implantado satisfactoriamente en nuestro SF con un grado de aceptación del 100%.
- Los códigos de todos los fármacos y sueros han sido revisados. Se reetiquetó el 79% de fármacos con CD.
- Actualmente el 50% de los TA se preparan mediante este sistema cumpliendo los parámetros establecidos.

CONCLUSIONES

La implantación de este sistema incrementa la seguridad y calidad en la elaboración de TA, mejorando la trazabilidad y permitiendo un mayor control de las dosis de los distintos tratamientos, con alto grado de aceptación por parte de los trabajadores.

IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO EN MEDICAMENTOS PELIGROSOS PARA INCORPORAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN DOCUMENTO TÉCNICO

AUTORES: Miguel Ángel Carvajal Sánchez; N Manresa Ramon; P Pacheco Lopez; J Ibañez Caturla; C Fernandez Zamora; J Leon Villar.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Morales Meseguer

JUSTIFICACION

El Documento Técnico (DT) del Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT) recoge las instrucciones correctas para la preparación y administración de dichos medicamentos peligrosos (MP), en beneficio de la salud de los profesionales sanitarios implicados en la manipulación los mismos.

OBJETIVOS

Identificación e implantación de un circuito para abordar las recomendaciones contenidas en DT.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado desde enero hasta junio 2020. El DT clasifica en MP tipo 1 "citostáticos", 2 (similar a citostáticos) y 3 ("riesgo reproductivo"), por lo que iniciamos con la identificación y clasificación de MP de nuestra Guía Farmacoterapéutica del Hospital. A continuación, se establecieron las recomendaciones y procedimientos de seguridad para cada uno de ellos.

La Dirección de Enfermería y Médica aprobó el circuito y destinó los siguientes recursos: materiales [adquisición e instalación de cabina de seguridad biológica (CSB) tipo I, compra de sistemas cerrado de transferencia de medicamentos (SCTM) y papel azul para identificar los MP que se reenvasan para la dispensación unitaria] y personal (ampliación de un enfermero y técnico auxiliar del Servicio de Farmacia (SF)].

RESULTADOS

Se identificaron 135 principios activos (excluyéndose los tipo 1), siendo el 48.8% tipo 3. Las presentaciones afectadas según su vía de administración fueron: 188 (oral), 12 (intravenosa) y 10 (colirios e intravitreas).

Acciones realizadas:

- Identificación y clasificación informática a través de la prescripción electrónica (MIRA®). Además, procedimos a la identificación física con las etiquetas específicas por tipo en los almacenes del SF y 26 botiquines de las unidades de hospitalización.
- Centralizamos en SF y dispensación a las plantas con el sistema onco-set para evitar manipulación de las mismas: micofenolato de mofetilo, ciclosporina, azatioprina, tacrolimus, voriconazol, zoledrónico y pamidronato. Dos excepciones fueron fenitoína (MP tipo 2) y valproico (MP tipo 3) que se elaboraron kits con SCTM debido a su corta caducidad. Una limitación fue clonazepam (MP tipo 3) debido a su presentación en ampollas, elevado consumo y variabilidad de administración.
- En todos los procedimientos de trabajo (PNT) del SF reflejas donde deben de trabajar los enfermeros o técnicos y sus equipos de protección individuales (EPIs).
- Se elaboró un listado por orden alfabético donde se refleja si precisa CSB o máquina reenvasadora-termoselladora (con papel azul) según las características del medicamento. La dispensación unitaria se identificará como "MP seguido de su clasificación".
- Se realizó el programa de formación para todos los profesionales implicados en colaboración con la comisión de docencia del Hospital.

CONCLUSIONES

El circuito de MP disminuyó manipulación de los MP en todas las zonas hospitalarias e incrementa la seguridad de los profesionales.

FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL MANEJO DE GESTANTE-RECIÉN NACIDO COVID EN URGENCIAS TOCOGINECOLÓGICAS Y PARITORIO

AUTORES: TATIANA FIGUERAS FALCÓN; S DE LEÓN SOCORRO; JS ÁLVAREZ CUENOD; R SÁNCHEZ HERNÁNDEZ; R PALMÉS QUEVEDO; AI MARTÍN MARTÍNEZ.
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

JUSTIFICACION

Ante el estado de emergencia por Covid, Urgencias Tocoginecológicas y Paritorio elabora un Plan de Contingencia multidisciplinar con los Servicios implicados en la atención a gestante y recién nacido con sospecha o confirmación para Covid (obstetricia y ginecología, neonatología, anestesiología, enfermería de quirófano y neonatología, matronas y auxiliares de enfermería), bajo la supervisión del Servicio de Gestión de la Calidad y Atención al Usuario.

Se considera indispensable poner en conocimiento a todo el personal susceptible de atender a la población gestante con Covid acerca de las pautas de actuación contempladas en este Plan de Contingencia mediante la formación teórica y práctica multidisciplinar. Con ello, mejorar la seguridad del paciente y del personal de forma ordenada y eficiente.

OBJETIVOS

Urgencias Tocoginecológicas y Paritorio elabora un Plan de Contingencia multidisciplinar conjuntamente con los Servicios implicados en la atención a la gestante y recién nacido con sospecha o confirmación para Covid (obstetricia y ginecología, neonatología, anestesiología, enfermería de quirófano y de neonatología, matronas y auxiliares de enfermería), bajo la supervisión del Servicio de Gestión de la Calidad y Atención al Usuario.

Se considera indispensable poner en conocimiento a todo el personal susceptible de atender a la población gestante con Covid acerca de las pautas de actuación contempladas en este Plan de Contingencia mediante la formación teórica y práctica multidisciplinar y mejorar la calidad asitencial a la usuaria y su recién nacido, de forma segura, ordenada y eficiente para todos.

MATERIA Y METODOS

El programa formativo consta de una parte práctica y otra teórica que se impartirán de forma simultánea; acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad Autónoma.

Cada día se imparte una sesión práctica multidisciplinar de 1 hora en el área en el que se atenderá a la gestante en paritorio con un máximo de 9 alumnos (ginecóloco, anestesista, enfermero de quirófano, enfermera de neonatología, neonatólogo, 2 matronas y 2 auxiliares) y 1 instructor hasta alcanzar el mayor número posible de personal susceptible de atender a esta población.

Se imparten dos ediciones on-line (plataforma Moodle) de 3 horas. Consiste en la lectura del Plan de Contingencia. Se plantean distintos escenarios y se resuelven dudas.

Al finalizar la sesión práctica y la teórica, los asistentes realizan una evaluación de la actividad formativa.

RESULTADOS

Un total de 129 sanitarios acudieron a las sesiones prácticas y 164 realizaron la formación online, incluyendo facultativos de neonatología, anestesiología, ginecología así como enfermería de quirófano y neonatología, matronas y auxiliares de enfermería.

CONCLUSIONES

La elaboración multidisciplinar consensuada del Plan de Contingencia Covid y la formación práctica y teórica contribuyen a mejorar la calidad asistencial y seguridad tanto para el binomio madre-hijo como para el personal sanitario implicados en su atención.

ID: 70

ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE

AUTORES: Carola Díaz Aizpún; L Solán Blanco; J Merlo Luis; A Sánchez Donaire; L García Jiménez; P Llamas Sillero.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

JUSTIFICACION

El Mieloma Múltiple (MM) es la segunda neoplasia hematológica más frecuente. El desarrollo de nuevos fármacos ha permitido mejorar la esperanza de vida de estos pacientes pero, dada su cronicidad, resulta prioritario optimizar su calidad de vida. Además, la primera línea de tratamiento incluye el trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TASPE), basado en la administración de quimioterapia, infusión de progenitores hematopoyéticos (PH) y posterior recuperación.

OBJETIVOS

En pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales (ANEOs) se propone realizar un seguimiento y tratamiento en domicilio, manteniendo una atención integral y continuada haciendo uso de los canales de comunicación que la tecnología nos ofrece (Figura 1). En pacientes candidatos a TASPE, se reducirá el ingreso hospitalario de 3-4 semanas a 4 días (Figura 2). El paciente se traslada a su domicilio a las 24h de recibir la infusión de PH y posteriormente se hará seguimiento domiciliario por parte del equipo especializado.

MATERIA Y METODOS

Se abordará la trayectoria asistencial de pacientes con MM en tratamiento con ANEOs y sometidos a TASPE a través de seguimiento domiciliario, con el objetivo de alcanzar los mejores resultados clínicos, en eficiencia y experiencia de paciente y profesional, apoyados en la innovación organizativa. Se planificará la atención clínica con antelación, potenciando el seguimiento a través de Enfermería, coordinado con Hematología y Farmacia. Esto permitirá deslocalizar la atención sanitaria del centro hospitalario. Se asegurará la asistencia clínica basada en la utilización de herramientas digitales y métodos de trabajo que nos permita llevar a cabo el proyecto de forma segura, eficaz y eficiente.

RESULTADOS

El proyecto impactará en los resultados en salud y experiencia del paciente, al evitar la exposición al ambiente hospitalario, visitas a urgencias, y fomentar el empoderamiento y autogestión del paciente. Además, la realización del TASPE en domicilio permite mejorar la situación social, física y mental del paciente. Para medir estos resultados se consolidará el programa de Patient Reported Outcomes instaurado en el centro, a través del cual los pacientes completan cuestionarios de pacientes hematológicos enfocados al control de síntomas o calidad de vida. Finalmente, el uso de nuevas tecnologías permitirá realizar una atención no presencial segura y de calidad.

CONCLUSIONES

La incorporación de una atención domiciliaria especializada asociada al uso de las nuevas tecnologías supone una mejoría en la calidad de vida de los mismos, asegurando la asistencia de nuestros pacientes y la continuidad de su tratamiento, promoviendo su autogestión. Además supone una disminución de visitas al hospital y de días de ingreso en el caso del TASPE que repercute directamente en la salud de los pacientes, disminuyendo la tasa de infecciones asociadas al medio hospitalario, el estado físico, mental y nutricional del mismo.

ID: 71

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN Y PREVENCIÓN DEL CONFLICTO EN UN CENTRO MONOGRÁFICO DE CÁNCER

AUTORES: ALBA CALVO BENET; C BLEDA PEREZ; S TOUS BELMONTE; J MUNIESA RUBIO; R SAEZ FLORES; A SEDANO MARTINEZ.
CENTRO DE TRABAJO: Institut Català d'Oncologia

JUSTIFICACION

En el año 2016 se realizaron encuestas de valoración de riesgos psicosociales en todos los centros del Instituto Catalán de Oncología (ICO) con el objetivo de identificar la exposición al riesgo psicosocial y diseñar medidas preventivas y de mejora para minimizarlo. Una de las acciones propuestas por los profesionales fue la prevención y gestión de conflictos internos

OBJETIVOS

Crear una Unidad de Mediación Interna (UMI) como herramienta operativa de prevención y gestión del conflicto en todos los centros ICO, ofreciendo un espacio confidencial de diálogo y negociación, basado en la cultura de paz. Los mediadores son profesionales internos, asesorados por la Sociedad Catalana de Mediación en Salud (SCMS, https://www.mediacioensalut.org/).

MATERIA Y METODOS

El proyecto se estructuró en 4 fases: Diagnóstico: Conocer la actitud de la organización en la gestión del conflicto (acción realizada por las mediadoras de la SCMS), sondeando a 40 profesionales para evaluar cómo se vivían los conflictos y aportar propuestas debatidas con una dinámica de consenso (Word Café). Implantación: En septiembre de 2019 se publicó la convocatoria de reclutamiento de mediadores/as. Se presentaron 63 profesionales voluntarios, seleccionando a 14 por categoría profesional, género y edad. Consolidación: La UMI ya tiene una estructura y un procedimiento establecido de actuación y ha empezado la gestión de los primeros casos, así como la creación de contenido y su difusión. Evaluación: Valoración del impacto del cambio de modelo de gestión de conflictos

RESULTADOS

Se realizaron sesiones de trabajo quincenales, que se mantuvieron virtualmente durante la pandemia COVID-19. Se trabajó la acogida y el análisis en situaciones de conflicto, gestión, resolución o derivación, así como la formación en competencias. Se constituyó el equipo, definiendo valores y trabajando la cohesión. Se diseñó la unidad, dándole estructura de servicio, creando circuitos de relación con otros servicios y eligiendo un nombre identificativo. Se crearon contenidos: video de presentación, píldoras formativas e infografía para la prevención de rumores. En octubre de 2020 se realizó la presentación de la UMI al Consejo de Administración y Comité Ejecutivo del ICO. Se consideró la colaboración con Salud Laboral, Comité de Empresa y Dirección para las Personas. Actualmente la UMI trabaja en subcomisiones: difusión, formación, relaciones internas y cohesión. Desde su implantación en 2019, la UMI ha atendido cuatro casos, dos de ellos susceptibles de mediación: uno en curso y otro finalizado con acuerdo en diciembre del 2020

CONCLUSIONES

La consolidación de la UMI garantiza con recursos propios la oportunidad de mejora en el entorno laboral, ofreciendo un espacio para la prevención y gestión del conflicto con total confidencialidad y una apuesta firme institucional por una cultura cuidadora holística de sus profesionales, aceptando el conflicto como parte inherente de las relaciones humanas.

ID: 72

ANALISIS DEL CONTROL DE RIESGOS EN EL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL PACIENTE EN ESTADO CRITICO

AUTORES: MARIA DEL TRANSITO SUAREZ PLATA; L RODAS MARIN; M QUINTELA MARTINEZ; AP MEJIA DIAZ
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinic

JUSTIFICACION

Los pacientes en estado crítico ingresados en las unidades de cuidado intensivo, con requerimiento de hemodiálisis intermitente (HDI) presentan un alto riesgo de complicaciones e incidentes, influenciado por factores favorecedores: comorbilidades, tratamientos invasivos, requerimiento de medicamentos especiales; por ello es fundamental identificar áreas de riesgo de seguridad relacionadas con el paciente, el procedimiento, los equipos, el personal y la organización.

OBJETIVOS

1) Analizar los factores de riesgo relacionados con el paciente, el personal, la organización y los equipos, que contribuyen a la aparición de complicaciones e incidencias durante la realización de HDI en el paciente crítico.

2) Identificar y promover medidas de mejora encaminadas a reducir el riesgo y evitar su repetición.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo del registro informático de 413 sesiones de HDI realizadas en las diferentes UCI durante el 2018.

Análisis de los datos: frecuencias absolutas (n) y relativas (%); variables cuantitativas: media, mediana, dispersión: desviación estándar y rangos Intercuartiles, con un nivel de confianza del 95%.La codificación de datos se hizo mediante el programa IBM SPSS STATISTICS 24.0.

RESULTADOS

De las 413 sesiones registradas, se identificaron como factores de riesgos relacionados con el paciente: edad media de 65 años (63,7%), la causa de ingreso: Sepsis (31,5%) e insuficiencia respiratoria (24,2%), diálisis sin anticoagulación (36,3%) y requerimiento de catéter temporal (60,5%). Se registraron 409 complicaciones clínicas, siendo el 55,9% por inestabilidad hemodinámica, 21% relacionadas con el circuito extracorpóreo y el 20% con el acceso vascular.

En cuanto al personal se identificaron 384 incidentes entre registro informático de parámetros de la sesión y actualización de la prescripción; en relación con los equipos se reportó 20 incidentes de controles técnicos de seguridad. La gestión de personal y la formación fueron factores relacionados con la organización. Se realizaron 380 medidas correctivas para reducir y controlar el riesgo.

CONCLUSIONES

Los datos indican que el tratamiento de hemodiálisis en el paciente critico, implica importantes factores de riesgo, haciéndolo más vulnerable a presentar complicaciones e incidentes. Es importante que el personal de enfermería, identifique cuales son los factores inherentes al propio paciente, para priorizar acciones inmediatas de manejo que permitan controlar el incidente y disminuir posibles daños asociados a la atención sanitaria. En la misma medida es necesario asumir y promover acciones factibles dirigidas a disminuir los riesgos potenciales identificados, con la coordinación de todo el equipo interdisciplinario para establecer prácticas seguras.

ID: 73

REGISTRO, EVALUACIÓN Y MEJORA DEL INDICADOR DEL DOLOR EN NEONATOLOGÍA

AUTORES: Mayte Izco Urroz; M Galisteo Giménez; E Sánchez Ortiz; R Cadena Caballero; Á Arranz Betegón
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínic de Barcelona

JUSTIFICACION

Nuestro centro es un hospital terciario que dispone de la Unidad de Neonatología, con una capacidad de 27 camas. En ella se atienden pacientes muy frágiles que requieren unos cuidados muy especializados.

Los registros de la información adquieren un papel imprescindible en el cuidado de estos pacientes. La informatización de los registros se inició en febrero del 2019, ya que hasta el momento, se llevaba a cabo el registro de la información en papel.

Se define dolor como una "Experiencia sensitiva y emocional desagradable, ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño". Los neonatos experimentan dolor y estrés ante estímulos nocivos. Para realizar una valoración más uniforme y objetiva, existen algunas escalas del dolor específicas para el recién nacido; algunas unidimensionales y otras multidimensionales. Quien lo evalúa y lo registra es la enfermera y lo realiza mediante las escalas PIPP o la COMFORT.

OBJETIVOS

Conocer el cumplimiento del registro del dolor de los niños ingresados en el servicio de neonatología según el turno de trabajo.

Evaluar el % de episodios de pacientes ingresados en los que se han cumplimentado correctamente el registro del dolor, teniendo en cuenta los tres turnos de trabajo.

Aplicar medidas correctivas en base a los resultados obtenidos para poder mejorar el registro del dolor en la unidad de neonatología.

MATERIA Y METODOS

Mediante el registro de la información a través de SAP, hemos vinculado una plataforma de explotación automatizada de datos (Business Intelligent) que nos permite disponer de cuadros de mando con indicadores de calidad y seguridad del paciente. De esta manera, podemos explotar los datos y evaluar los resultados obtenidos.

En el caso del indicador del dolor, se tiene monitorizado para ir evaluando el cumplimiento del registro. Se analiza la casuística de horario de los ingresos y traslados internos que predisponen a disminuir el registro, haciendo refuerzo al personal del servicio de forma paralela.

RESULTADOS

Del indicador del dolor por turno, en el 2019 se obtuvo un 93,45% en el turno de la mañana, un 91,08% en el turno tarde y un 96,52% en el turno de la noche.

En el 2020 tuvimos mejoras, en el turno mañana el registro del dolor fue del 97,68%, en el turno tarde fue del 95,48% y el turno noche fue del 99,18%.

Del registro de los episodios cumplimentados correctamente el dolor, en el 2019 fue del 26% y durante el 2020 fue del 40%.

CONCLUSIONES

La informatización del servicio de neonatología, nos ha permitido poder evaluar los registros más fácilmente y por tanto, hemos podido implementar acciones de mejora que nos han ayudado a mejorar los resultados del indicador del dolor.

ID: 74

NUEVAS COMISIONES TÉCNICAS CONSULTIVAS. COMISIÓN TÉCNICA DE COORDINACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL HOSPITAL.

AUTORES: María García de Matias; R Serrano González; MD Almagro Cordón; J Benito Rodríguez; M Carmona Adrados
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

JUSTIFICACION

La Comisión Técnica de Coordinación de la Información (CTCI) del Hospital es un órgano de carácter consultivo, se implantó en el 2º semestre 2018 para asesorar a las Direcciones. Está formado por un grupo multidisciplinar de profesionales que aplican su conocimiento a garantizar que la información que llega al ciudadano, paciente o usuario (CPU) cumple con los criterios de calidad establecidos y que la difusión de la información sea correcta y eficiente.

OBJETIVOS

Establecer los criterios comunes y básicos, que debe cumplir la información dirigida a CPU, en cuanto a su contenido y soporte. Garantizar que la información escrita que reciben los CPU sea clara, veraz, relevante, fiable, equilibrada, actualizada, de calidad y basada en la evidencia científica.

MATERIA Y METODOS

Todos los documentos dirigidos a los CPU, propuestos por los diferentes agentes (profesionales, servicios, unidades) para ser difundidos en los centros dependientes del Hospital son valorados por la CTCI. La valoración se basa en la objetividad, en el consenso y tiene en consideración los criterios de relevancia, pertinencia, calidad y evidencia científica. También se realiza la valoración de derechos de imagen en los documentos aprobados. Los documentos son registrados en una base de datos.

La CTCI emite un dictamen, que se comunica a la persona de contacto que solicita la valoración. Si es favorable, conlleva la edición del documento, con la fecha de aprobación y la referencia de la codificación por la CTCI y como imagen corporativa del centro lleva en lugar visible el logo del Hospital. Todos los documentos aprobados están disponibles en soporte informático en la intranet del Hospital, para poder imprimirlos. El dictamen desfavorable es comunicado y motivado a la persona de contacto.

RESULTADOS

En el periodo de actividad de la CTCI, han sido aprobados 80 documentos:

14 Trípticos: Información sobre su intervención quirúrgica; ¿Qué es el SAHS?; ¿Qué es y para qué sirve una CPAP?; Seguimiento de nevus y detección precoz de melanoma; Cuidados de la urostomía; ¿Qué debo saber sobre el tratamiento de inmunoterapia?; Programa de entrenamiento físico para la prevención del deterioro funcional del paciente ingresado; etc.

9 Dípticos: Carcinoma basocelular; Recomendaciones al alta a domicilio tras la implantación de marcapasos; Información sobre aislamiento preventivo en el servicio de Medicina Intensiva; Consultas y atención en el Sº de Oncología; Información al alta de la maternidad del recién nacido amamantado y no amamantado; Consultas de deshabituación tabáquica; etc.

57 Hojas de Información: Programa de recuperación intensificada en cirugía mayor; Información y normas para el proceso quirúrgico; Acciones informativas y promotoras de la salud durante el embarazo; Preparación para intervención de catarata; Recomendaciones para el paciente con trastorno deglutorio; etc.

CONCLUSIONES

Todos los documentos que se distribuyen externamente a los CPU contienen información con criterios de calidad y basada en la evidencia científica.

ID: 75

ANTE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID-19, QUEREMOS VALORAR LA GESTIÓN DE ACCESOS[GA] A CENTROS DE SALUD[CS]

AUTORES: MARIA TERESA MADAN PEREZ[1]; R GONZALEZ GUTIERREZ[2]; MT WANGUEMERT MADAN[3]; N CORDERO JORGE[4]; AM MOLTO LLARENA[5]
CENTRO DE TRABAJO: GAP TENERIFE[1235]; CHUC[4]

JUSTIFICACION

Los servicios de Atención Primaria se basan en la calidad de los productos y servicios prestados para mayor efectividad en GA a CS

OBJETIVOS

1º: Analizar la GA a CS por ciclo de DEMING

2º: Dificultades obras

Control sanitario

Medidas correctoras

Seguridad Paciente

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional descriptivo:al azar 4 CS

- CS Urbano(CSU)
- Consultorio Local(CL)
- Servicio Normal Urgencia(SNU)
- CS Rural(CSR)

Ciclo de Deming:PLANIFICAR(P)-HACER(H)-VERIFICAR(V)-ACTUAR(A)

(P): 4 CS

(H): Check-list:35 ítems,en excell con objetivo:70-80%.Control en 15 días

(V): Indicadores calidad de GA a los CS.

(A): detectar no conformidades y observaciones,mediante acciones correctoras(AC),mejora(AM) y preventivas(AP).

La AM fue:

- efectiva
- parcialmente efectiva
- no efectiva

En fase(A) implantamos AM y revisión del SGC en 7 días.

El SGC se basa en ciclo de DEMING y son necesarias Planificar y Hacer para Verificar y Actuar

RESULTADOS

Verificamos la GA a CS e hicimos informe de Acciones Correctoras y de Mejora.

Logros Indicadores:

Infraestructura:75%

Cartelería:70%

Identificación:80%

Residuos:70%
Limpieza:75%
Observaciones:
CSU

- Infraestructura: 2
- Cartelería: 2
- Identificación: 2
- Limpieza:1

CL

- Infraestructura: 3
- Cartelería: 3
- Identificación: 2

SNU

- Infraestructura: 3
- Cartelería: 3
- Identificación: 2

CSR

- Infraestructura: 3
- Cartelería: 4
- Identificación: 1
- Residuos: 1

Las observaciones precisaron AC. Tras AC y en 15 días,valoramos el cumplimiento de las AM.
CSU

- Infraestructura.Sin circuito al entrar y salir ni mamparas
- Cartelería.Sin carteles en zonas COVID-19
- Identificación.El personal no está identificado
- Limpieza.No buena limpieza zonas COVID-19

CL

- Infraestructura.Sin zona de espera en el exterior ni circuito al entrar y salir
- Cartelería.Sin carteles de mascarillas ni gel desinfectante
- Identificación.Personal sin identificar ni uniformado

SNU.

- Infraestructura.Sin zona de espera en el exterior ni circuito al entrar y salir
- Cartelería.Sin carteles de mascarillas ni gel desinfectante
- Identificación.Personal sin identificar.

CSR

- Infraestructura.Sin circuito al entrar y salir,ni mamparas
- Cartelería.Sin carteles de mascarillas ni gel desinfectante,ni mamparas
- Residuos.Sin contenedores especiales para tirar EPIs

Las AM en C.S.fueron: hablar con Dirección para subsanar irregularidades y con los Ayuntamientos para AM de infraestructuras

Seleccionamos 13 AM,en relación con los procesos del SGC.

Pusimos AM y en 15 días ,logramos casi la totalidad de AM.

Resultados CHECK-LIST:1ª visita 13 observaciones con sus AM, subsanando 12 AM en 15 días .

Fue clave el pacto de los autores: trabajar con mentalidad y actitud de mejora.

Según el Ciclo de mejora continua/Deming (P-H-V-A) vimos las actuaciones que se usaron en el desarrollo de GA a CS en 15 días y las AC en tiempo.

CONCLUSIONES

La GA a CS en pandemia,está influida positivamente por AM y Seguridad del Paciente.

Los resultados del check-list,traducen a términos cuantitativos el incumplimiento de requisitos cualitativos, lo que conlleva a apertura de AC y AM. Siendo efectivas la mayoría de las acciones.

ID: 76

SINERGIAPS: INTERVENCIÓN BASADA EN FEEDBACK DE PACIENTES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: Maria Antònia Fiol de Roque[1]; MJ Serrano-Ripoll[2]; M Gens[3]; E Sánchez[4]; S Mira-Martínez[5]; I Ricci-Cabello[6].
CENTRO DE TRABAJO: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Fundació Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears – IdISBa[1256]; Gerència Territorial Camp de Tarragona. Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.[34]

JUSTIFICACION

A pesar del creciente interés por involucrar a los propios pacientes para mejorar la seguridad del paciente (SP) en atención primaria, existe un bajo nivel de evidencia científica sobre la efectividad de este tipo de intervenciones.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de SinergiAPS, una intervención dirigida a mejorar la cultura de SP en los centros de salud (CS) de Atención Primaria a través de una herramienta diseñada para recoger información de los pacientes y trasladarla a los profesionales de los CS.

MATERIA Y METODOS

Ensayo clínico aleatorizado y controlado de un año de seguimiento en el cual participan 59 CS. En cada CS se invitó a participar a todos los profesionales independientemente de su categoría profesional. Los CS fueron aleatorizados al grupo control o intervención. El grupo intervención recibió información sobre las percepciones y experiencias de sus pacientes en relación a la SP durante el último año, recogida a través del cuestionario validado PREOS-PC, el cual incluye cinco escalas principales: clima de seguridad, activación del paciente, eventos adversos, daño, y valoración global de seguridad. Se instruyó a los CS del grupo intervención a diseñar e implementar acciones de mejora de la SP en función del feedback de sus pacientes. La intervención se administró a través de SinergiAPS, una herramienta electrónica que permite recoger digitalmente las respuestas de los pacientes al cuestionario PREOS-PC, y generar automáticamente un informe específico para cada CS.

La medida de resultado principal del ensayo clínico fue la diferencia en la cultura de SP de los profesionales sanitarios antes y después de la intervención, medida a través de la versión española del MOSPSC. Las medidas de resultado secundarias fueron las puntuaciones de las escalas del cuestionario PREOS-PC previamente mencionadas, y la tasa de hospitalizaciones evitables.

RESULTADOS

Aproximadamente la mitad de los profesionales invitados (1053/1971; 53,4%) accedieron a participar en el estudio (81% mujeres; edad media 48,8 (SD:10) años). La recogida de datos post-intervención está actualmente en curso, habiéndose recogido hasta la fecha los datos de 695/1053 participantes. A nivel basal, la puntuación global (índice sintético MOSPSC) de cultura de SP fue de 3,60/5 puntos, siendo similar en el grupo control (3,61) e intervención (3,60). Los resultados preliminares muestran que tras la intervención no se produjeron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) entre el grupo control e intervención en el índice sintético MOSPSC, ni en ninguna de las escalas del cuestionario PREOS-PC.

CONCLUSIONES

Los análisis intermedios sugieren que SinergiAPS no produce mejoras en la cultura de SP de los profesionales de atención primaria, ni en la seguridad percibida por los propios pacientes. El contexto en el que se ha desarrollado el estudio (pandemia de COVID-19) ha condicionado el seguimiento del proyecto por parte de los CS participantes. Los análisis finales serán presentados en el congreso.

ID: 77

TRAZABILIDAD DE ESTUPEFACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: MARIA TERESA MADAN PEREZ[1]; AM MOLTO LLARENA[2]; R GONZALEZ GUTIERREZ[3]; MT WANGUEMERT MADAN[4]; N CORDERO JORGE[5]

CENTRO DE TRABAJO: GAP TENERIFE[1234]; CHUC[5]

JUSTIFICACION

El control de estupefacientes es una obligación regulada por la Ley 17/1.967, de 8 de abril, de normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1.961 de Naciones Unidas y Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre, por el que se regulan las recetas oficiales y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano y veterinario y es una responsabilidad de los Servicios de Farmacia.

OBJETIVOS

Definir el procedimiento para la petición, almacenamiento, custodia y utilización de estupefacientes en Centros de Salud (CS) y Servicios de Urgencias (SNU) de Atención Primaria

MATERIA Y METODOS

Farmacia suministrará la medicación al Director de Zona Básica (DZB), que aplicará el procedimiento en sus CS/SNU. Los médicos serán responsables del uso adecuado, del registro/firma de los vales de prescripción y del registro en HC.

Se dispondrá de un programa informático específico, en Intranet, con tres niveles de acceso:

- **Farmacia**: para el registro de entrada de medicación, salida a centros y devolución desde los CS/SNU.
- **DZB**: para solicitudes de pedido/devolución a Farmacia, seguimiento de prescripciones/incidencias en CS/SNU.
- **Médico**: para el registro obligatorio de los vales de prescripción.

El pedido a Farmacia se realizará mediante solicitud electrónica del DZB, con certificado digital.

Cada CS/SNU dispondrá de un stock, según necesidades, previa justificación del DZB y autorización de la Dirección Médica. El DZB recogerá la medicación en Farmacia y firmará el recibí digitalmente.

Por cada medicación utilizada se cumplimentará el vale de prescripción, con datos del médico y paciente, y se firmará digitalmente.

En caso de rotura, el médico cumplimentará el justificante en el vale de prescripción.

El almacenamiento se hará en caja de seguridad y se dispondrá de ampollas solo en el carro de urgencias (stock).

El DZB designará un Responsable para:

- Verificación diaria del stock del carro y comunicación de incidencias al DZB.
- Reposición, por utilización o retirada (caducadas/deterioradas/alertas). Las retiradas se devolverán a Farmacia por el DZB con vale devolución.

RESULTADOS

Los movimientos de entradas (pedidos a Farmacia) y salidas (prescripciones, roturas/extravío y devoluciones a Farmacia), generan un informe que constituye el libro de contabilidad de estupefacientes.

Este informe lo gestiona Farmacia y de él extraen los datos a comunicar periodicamente a la Agencia Española del Medicamento.

CONCLUSIONES

La gestión de estos movimientos, de número de unidades que entran/salen, permite conocer el saldo existente en cada momento, tanto en Farmacia como en los CS/SNU, cumpliendo la obligación regulada por Ley.

ID: 78

MODELO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA

AUTORES: GEORGINA PUJALS NARANJO; G OLIVA OLIVA; C PAREJA ROSSELL; I VIDAL DORISSA; P ZAMORANO OLOGARAY
CENTRO DE TRABAJO: Departament Salut. Generalitat Catalunya

JUSTIFICACION

El modelo de acreditación que se disponía en la Comunidad Autónoma (CA) tenía fecha de 2013 y, debido a la evolución del sector y de las normas, estándares y requisitos de calidad y seguridad del paciente, tanto nacionales como internacionales, debía actualizarse. Además, la acreditación es un requisito obligatorio para pertenecer a la red sanitaria pública.

OBJETIVOS

El objetivo es disponer de un modelo de acreditación actualizado para acreditar a los centros de atención hospitalaria aguda de la red sanitaria de la CA.

MATERIA Y METODOS

Revisar los estándares esenciales previos, fusionando y actualizando su contenido; Determinar los estándares no esenciales (no evaluables en el proceso de acreditación previo) que deberán pasar a esenciales (evaluables) en esta nueva versión; Incorporar nuevos estándares de seguridad del paciente, incluyendo contenidos relacionados con la humanización de la asistencia, promoción de la salud, protocolos asistenciales, indicadores de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente; Evolucionar el sistema y los criterios de evaluación del modelo, orientado a la demostración de resultados asistenciales, gestión y seguridad del paciente, y a la evaluación de los objetivos, su consecución y de las tendencias.

RESULTADOS

El nuevo modelo consta de: 180 estándares esenciales (fruto de la revisión, fusión y/o modificación de los antiguos); 131 estándares no esenciales que pasan a esenciales (evaluables); 69 estándares nuevos. Los criterios de evaluación que se proponen son: para la evaluación de agentes (criterios 1,2,3,4,5), el evaluador puntuará de 0 a 4 cada estándar de forma individual y se considera cumplido si se evalúa en la categoría 3 o 4. Para la evaluación de resultados (criterios 6, 7, 8, 9), se evaluarán dos aspectos diferenciados, otorgando una ponderación a cada aspecto: Relevancia de resultados que se evalúa de manera individual para cada estándar y se asigna el 50% del peso para la valoración global y Rendimiento de resultados que se evalúa de forma individual para cada estándar y se asigna el 50% del peso para la valoración global (25% a objetivos y 25% a tendencia).

CONCLUSIONES

La actualización del modelo recoge los principales estándares de aplicación en los centros sanitarios, con la finalidad principal de garantizar a los ciudadanos una asistencia efectiva y de calidad y cumplir con los ejes principales del modelo de acreditación sanitaria de la CA, manteniendo la política y características diferenciales establecidas en el modelo desde sus inicios. El nuevo modelo mejora el método de evaluación de los estándares de resultados, en una progresión necesaria hacia la evaluación del rendimiento de resultados, y no solo la medición de indicadores, como se había hecho hasta ahora. Incluye los estándares de Seguridad del Paciente del modelo de Seguridad del Paciente del Departamento de Salud y otros contenidos que representan la realidad asistencial de los centros de hospitalización aguda y propone una nueva metodología de evaluación.

ID: 79

ADECUACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA INFECCIÓN POR COVID-19 ,ANTE LA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA

AUTORES: SOLEDAD ALFAGEME CUADRADO; A SAN VICENTE DE LOS DOLORES GAGO; J IBAÑEZ FRIAS; A REVILLA ASENSIO; F GONZALEZ MARTIN; J FERNANDEZ GOMEZ.
CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA REGIONAL DE SALUD

JUSTIFICACION

La rápida evolución de los acontecimientos, a nivel nacional e internacional, requirió la toma de medidas inmediatas y efectivas para abordar esta situación. Las circunstancias extraordinarias que se estaban produciendo constituyeron una enorme crisis de salud sin precedentes. La situación de emergencia de salud pública, ante el rápido incremento de los casos de COVID-19 que se produjo en la Comunidad de Castilla y León, exigió que la realización de pruebas diagnósticas se llevara a cabo con la mayor celeridad posible para identificar, aislar y tratar rápidamente a los pacientes infectados, así como limitar la trasmisión del virus entre la población.

El elevado número de pruebas diagnósticas que era necesario realizar en el menor tiempo posible, hizo que los medios con los que contaban los centros y establecimiento sanitarios de la Gerencia Regional de Salud se manifestaran como insuficientes, requiriendo, por tanto, la colaboración de aquellas entidades que disponían de recursos materiales y humanos para realizar pruebas diagnósticas por COVID-19, en particular, las Universidades de Castilla y León.

OBJETIVOS

Evaluar la gestión en la realización de pruebas diagnósticas en la Comunidad de Castilla y León, para dar respuesta a la demanda ocasionada por la pandemia en la citada Comunidad.

MATERIA Y METODOS

Tomamos como referencia el inicio de la pandemia que en España, hasta el 12 de marzo de 2020 se habían registrado 2.950 casos confirmados, 84 fallecidos y 190 ingresos en UCI y en concreto en nuestra Comunidad, a 12 de marzo de 2020 se registraron 92 casos, lo que suponía una incidencia acumulada de 3,83 casos/100.000 habitantes. Sólo 4 casos precisaron ingreso en UCI, y no se ha produjo ningún fallecimiento hasta ese momento.

La evolución de la pandemia en Castilla y León, llegó a cifras en la primera ola a fecha de 1 abril de abril de 2020, de 7.355 casos positivos para SARS-CoV-2. Precisaron ingreso hospitalario 3.169 (43%) y de estos 243 ingresó en UCI (7,6%).

RESULTADOS

Para dar respuesta a la demanda que planteaba esta situación de emergencia sanitaria, se necesitó un incremento de la capacidad diagnostica de la Comunidad en un breve espacio de tiempo, pasando de realizarse el 13 de marzo de 2020 un total de 658 PCR a 19.709 el 1 de abril.

CONCLUSIONES

La capacidad diagnóstica y adaptativa de los recursos disponibles de la Comunidad se fue adecuando, en un breve periodo de tiempo, a la demanda y a las necesidades asistenciales que iban incrementándose de manera exponencial.

La realización de pruebas aumentó conforme a los datos en cada momento , estructurando y reorganizando los recursos entre los Centros Hospitalarios de Sacyl y además se recurrió entre otras, a la colaboración con las Universidades de la Comunidad, como ejemplo del trabajo colaborativo entre dos instituciones públicas, con objeto de avanzar en la lucha frente a la pandemia.

El resultado global fue adecuado a la necesidad, alcanzándose un nivel óptimo de respuesta ante la situación de emergencia sanitaria.

ID: 80

ÚLCERA EN EXTREMIDAD INFERIOR POR SCEDOSPORIUM APIOSPERMUM

AUTORES: LAURA DONAT BENEYTO; V SUBIAS URBANO; S DALMAU VIDAL; E TORRES MAILLO; A SILVA ORJUELA; A URBANEJA DIEZ.
CENTRO DE TRABAJO: CAP SANT PERE

JUSTIFICACION

No es habitual en la práctica clínica de atención primaria (AP) encontrar úlceras en extremidades inferiores causadas por el microorganismo Scedosporium apiospermum (S. Apiospermum) Describimos el caso de un varón inmunocompetente, con una úlcera en extremidad inferior por dicho hongo.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de úlcera en extremidad inferior por S. Apiospermum

Justificar la importancia de una rápida detección del agente causal de la úlcera para el abordaje del caso y para la seguridad del paciente.

MATERIA Y METODOS

Se revisa historia clínica.

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica del agente causal.

RESULTADOS

El día 10 de setiembre del 2020 el paciente acude al centro de atención primaria para cura. Presenta herida a nivel del 1r tercio distal de extremidad inferior derecha (EID) de 1cm de diámetro, signos de infección: enrojecimiento, calor local, dolor a la palpación con escala numérica del dolor: 7/10, exudado purulento, edema.

Refiere contusión 4 semanas antes con el cubo de la basura. Se ha estado realizando curas de la herida con povidona yodada.

Se instaura tratamiento Amoxiclavulánico 875/125, desbridamiento mecánico de la costra, curas con alginato cálcico con plata + apósito oclusivo secundario.

El día 21 de setiembre se observa empeoramiento: aparecen diversas aperturas de la lesión en forma de nódulos violáceos y pústulas fluctuantes a nivel de todo el 1r tercio distal de la EID que drenan material purulento y algunas de ellas se convierten en úlceras cavitadas con bordes blanquecinos . Se cursa cultivo de la herida. Se cambia tratamiento a Ciprofloxacino 750 /12h + Clindamicina y se deriva al hospital para valoración de úlcera de evolución tórpida y de características poco frecuentes. Se suspende se cambia pauta a Cefditoreno 400mg/12h + Linezolid 600 mg/12h.

El día 29 de setiembre se recibe resultado de cultivo desde AP y se observa colonización por S. Apiospermum. Se deriva de nuevo a hospital. El paciente queda ingresado con tratamiento sistémico de Voriconazol 400 mg/12h. El día 9 de octubre es dado de alta con ingresao de hospitalización domiciliaria.

El S. Apiospermum es un hongo moho-colonizador en pacientes inmunodeprimidos con riesgo de diseminació). Las infecciones cutáneas y las infecciones osteoarticulares se adquieren por inoculación traumática, habitualmente con tierra, materia vegetal o agua contaminada.

Se continúan las curas con fomentos de prontosan + iodosorf pomada.

El día 7 de diciembre (3 meses más tarde) es dado de alta con las úlceras completamente cicatrizadas.

CONCLUSIONES

El interés de nuestro caso clínico radica en la baja frecuencia de aparición de úlceras por S. Apiospermum.

La rápida detección por parte de los profesionales de AP del causante de la úlcera solicitando cultivo y derivando el caso para la aplicación del tratamiento fue de gran importancia para la resolución.

El diagnostico precoz así como la instauración del tratamiento son claves en el abordaje de este tipo de lesiones.

ID: 81

EFICACIA DEL PROYECTO HOPE EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES: Beatriz Gallego Díaz; C Urrutia Rodríguez; R Morón Menéndez; J Toledano Ríos; G Carrascosa Moreno
CENTRO DE TRABAJO: Fundación Jiménez Díaz

JUSTIFICACION

Las frecuentes visitas al hospital y la larga duración de las mismas en los pacientes oncológicos terminan provocando un impacto negativo en la salud y la calidad de vida de los pacientes. Son múltiples las pruebas y consultas a las que se tienen que someter sin tener en cuenta el tiempo que pasa entre cada una de ellas, lo que conlleva un agotamiento tanto físico como mental del paciente con cáncer.

OBJETIVOS

El objetivo del proyecto es incrementar la calidad de vida de los pacientes con cáncer mejorando el proceso asistencial y disminuyendo el tiempo que invierten dentro del hospital.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un minucioso análisis para identificar todos los pasos que carecen de valor clínico y hacen que el paciente gaste demasiado tiempo en el hospital innecesariamente. Además se analizó la reducción de tiempos de espera en la confirmación de la administración de tratamientos de quimioterapia cuando ésta depende de la enfermería (check list sin incidencia) Vs oncólogo (check list con incidencia).

RESULTADOS

Coordinando las acciones entre los diferentes profesionales involucrados en el proceso, y la incorporación de puntos de sistemas de atención (point of care) se ha conseguido reducir las visitas al hospital por parte de los pacientes oncológicos de 31.680 a 7.920 (75%) en un período de un año. Además, la coordinación de las acciones y la eliminación de pasos innecesarios reducen la duración del proceso en un 80%, pasando de estancias medias en el hospital de 10 a 2 horas.

Respecto a los resultados obtenidos a la hora de confirmar la administración del tratamiento de quimioterapia se ha visto que la confirmación cuando no existe incidencia y se realiza por parte de enfermería se demora en 1,04 minutos frente a los 16,78 minutos de media que tarda el oncólogo en confirmarlo cuando existe una incidencia.

Finalmente, se pudo mejorar la identificación de las toxicidades derivadas de los tratamientos, así como prevenir aparición de efectos secundarios asociados a la administración de quimioterapias.

CONCLUSIONES

Todos estos resultados se percibieron de manera muy positiva por parte de los pacientes mejorando de esta forma su calidad asistencial y de vida y se tradujo en una reducción en el número de visitas a urgencias así como de ingresos hospitalarios en torno al 25%.

No debemos dejar de lado el hecho de que nos encontramos inmersos en una pandemia provocada por el Sars Cov 2 (COVID19) y que esta reducción de tiempos de espera y estancia de los pacientes reducen la probabilidad de adquirir el virus dentro del ámbito hospitalario.

ID: 82

WALKROUNDS EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES FRENTE AL COVID

AUTORES: Irene Araque Criado[1]; C Soto Mojica[2]; D Molina Villaverde[3]; MJ García Navarro[4]; I González Santana[5]; M Ladios Martín[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Torrejón[1245]; Grupo Ribera Salud[36]

JUSTIFICACION

Las walkrounds o rondas de seguridad tienen un impacto positivo en la cultura de seguridad aumentando los conocimientos sobre seguridad del paciente y ayudando a identificar en el área de cuidado.

La pandemia ha puesto a prueba los sistemas sanitarios, tanto por el número de personas afectadas como por problemas de calidad asistenciales. Esta situación provoca un incremento de los riesgos de seguridad para el paciente.

Las walkrounds son una práctica recomendada para incrementar la seguridad, ya que permiten conocer la adherencia a las buenas prácticas implementadas, y poder conocer las dudas e inquietudes relacionadas con el COVID.

OBJETIVOS

- Conocer la adecuación de los profesionales, en lo relativo a los equipos de protección personal (EPP), al protocolo actualizado.
- Determinar las necesidades específicas y resolver las dudas concretas de los diferentes servicios y unidades.

MATERIA Y METODOS

Para identificar los posibles riesgos COVID se impulsa la realización de walkrounds. Consiste en una visita planificada, se forma el equipo: dirección del centro, Medicina preventiva, Salud Laboral, comité de seguridad del paciente y Calidad. Se elabora cronograma. La metodología de las visitas es observacional, que debe estar centrada en la evaluación de la adherencia al protocolo del centro, y en la revisión de los circuitos y los flujos.

RESULTADOS

Se establece plan de mejora y se monitoriza trimestralmente. Se realizan acciones derivadas de las rondas como: formaciones; se refuerza la cartelería; se revisan los procedimientos de limpieza y desinfección aumentando periodicidad en algunas zonas. Se potencian estrategias específicas para el abordaje de la ansiedad y el miedo entre algunos de los profesionales.

CONCLUSIONES

Las walkrounds del paciente son una excelente herramienta que permite fomentar la cultura de seguridad. En el marco de la pandemia, realizar estas prácticas seguras de bajo coste y fácil implementación garantizan la adherencia a los protocolos y promueve clima de confianza con los profesionales.

ID: 83

VALOR AÑADIDO DE LA DETERMINACIÓN DE HBA1C POR HPLC PARA DETECTAR HEMOGLOBINOPATÍAS S NO CONOCIDAS PREVIAMENTE

AUTORES: Juan Nuñez Rodríguez; A Arrabal Alonso; A De Miguel del Barrio; B Catón Sanz; M Martín Palencia; S Gundín Menéndez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos

JUSTIFICACION

La determinación de HbA1C es una prueba adecuada para el control y el diagnóstico de la diabetes, objeto cada vez de mayor demanda por las ventajas que presenta (independiente de ayunas, valoración de glucemia en 120 días previos, y más apropiada para descartar diabetes incipiente).

Además, su determinación por HPLC con intercambio iónico, permite detectar variantes al examinar el cromatograma, y caso de la Hemoglobina S, identificarla correctamente, con lo que es posible su comunicación al clínico solicitante. La hemoglobinopatía S heterocigótica, o rasgo falciforme, la más frecuentemente detectada, se relaciona con: lesiones tras ejercicio físico intenso, tromboembolismo venoso, y complicaciones en el embarazo.

Así, y también por la conveniencia del consejo genético, la comunicación de la detección de la variante, supone un plus, un verdadero valor añadido, que se obtiene sin efectuar ningún gasto adicional. También es posible identificar la HbC, que no produce las complicaciones descritas para HbS; igualmente es posible detectar otras variantes diferentes, que habría que tipificar posteriormente.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio ha sido determinar la cantidad de casos de rasgo falciforme detectados, al revisar los cromatogramas durante un periodo de tiempo determinado, en nuestro caso en los últimos 8 años.

MATERIA Y METODOS

Hemos comprobado los cromatogramas realizados para la determinación de HbA1C, desde primeros abril de 2013 hasta finales de abril de 2021, comprobando la posible presencia de HbS (equipos de HPLC ADAMS HA8180). Para ello nos servimos de la utilidad que selecciona los cromatogramas con picos alterados, que son los que pueden contener variantes, para los que nos da una alarma.

RESULTADOS

En 8 años, hemos realizado 316.155 determinaciones de HbA1C, hemos comprobado todos los cromatogramas con alarma, y de este modo hemos detectando: 44 heterocigotos SA (rasgo falciforme); 4 homocigotos SS (anemia falciforme); y 1 doble heterocigoto SC; además de otras variantes distintas.

CONCLUSIONES

La revisión de los cromatogramas realizados por HPLC con intercambio iónico resulta útil para detectar la presencia de hemoglobinopatías no conocidas, como la HbS, cada vez más frecuente en nuestro país (como consecuencia de los fenómenos migratorios).

La tipificación oportunista del rasgo falciforme, del modo descrito, es enormemente rentable en términos de detección precoz, contribución al diagnóstico y prevención de complicaciones.

ID: 86

MEJORA DE PROCESO EN CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA: DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE

AUTORES: Carolina Soto Mojica[1]; D Molina Villaverde[2]; MJ García Navarro[3]; MP Navarro Zaragoza[4]; L Server Penosa[5]; I Araque Criado[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Torrejón[1346]; Ribera Salud5[2]

JUSTIFICACION

Lean es una metodología de gestión que elimina las ineficiencias de cualquier proceso. Dado el contexto actual en el que se encuentra el sector salud y teniendo en cuenta que un 30-40 % del gasto sanitario es desperdicio en tiempo, dinero o material, es necesario ir más allá y dejar paso a nuevas formas de gestión. En el servicio de Oftalmología se detecta que, aunque se mantienen el número de consultas a lo largo de los últimos años hay un cambio de patrón que genera ineficiencia.

OBJETIVOS

Mejorar el proceso de atención en consultas externas de oftalmología aplicando la metodología LEAN Healthcare

MATERIA Y METODOS

En julio del 2020 se mantiene reunión inicial para la presentación del proyecto. A continuación, se realizan sesiones en las que se reúne el grupo de trabajo y se realiza representación del servicio y "gemba walk" para el diagnóstico de la situación. Se realiza un mapa de flujo de valor (VSM) inicial detectando puntos bloqueantes y diagrama de Spaghetti para el flujo de profesionales y pacientes, donde se detectan flujos erráticos. Se completa el VSM propuesto. El 28 de agosto se produce la reunión final donde se presenta el desarrollo del proyecto a la Dirección y se plantean las acciones a implantar tras las áreas de mejora detectadas. Se monitoriza plan de acción y se continúan realizando visitas periódicas al servicio.

RESULTADOS

Tras la aplicación de metodología Lean se ha mejorado eficiencia: con respecto a disminución de consultas sucesivas, bajando lista de espera de 2207 al inicio a cero en la actualidad. En cuanto a demora media, se ha disminuido también (de 41 a 24 días).

Se ha automatizado el proceso de las optometristas; se han estandarizado subprocesos para optimizar los flujos y el servicio de oftalmología ha sido uno de los mejores en la valoración de NPS a final de año, obteniendo 67 con 79 respuestas.

CONCLUSIONES

La implantación de metodología Lean en las consultas de oftalmología ha impactado positivamente en el servicio tanto en cuestión de eficiencia de recursos, como en la optimización de los procesos y ha mejorado la calidad percibida por parte de los pacientes repercutiendo en los resultados de la organización.

ID: 88

ADECUACIÓN DE SOLICITUDES DE ALFA-1-ANTITRIPSINA EN BASE A LAS RECOMENDACIONES DE LA EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY

AUTORES: María Rodríguez Albo[1]; A Arrabal Alonso[2]; J Nuñez Rodíguez[3]; R Sáez de la Maleta Úbeda[4]; S Gundín Menéndez[5]; M Badía Carnicero[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos

JUSTIFICACION

El déficit de alfa-1-antitripsina (DAAT) es la enfermedad congénita potencialmente mortal más frecuente en la edad adulta. Se asocia con un incremento del riesgo de enfisema pulmonar y de enfermedad hepática.

En el nuevo documento europeo sobre el DAAT (European Respiratory Society, 2017) se enfatiza la gran proporción de pacientes sin diagnosticar. Para el diagnóstico de laboratorio, sugiere un algoritmo que comienza con la determinación de alfa-1-antitripsina (AAT) en suero. Simultáneamente, hay que solicitar proteína C reactiva (PCR) para descartar que los niveles de AAT estén falsamente elevados debido a cualquier trastorno agudo del paciente. Ante unos niveles bajos de AAT, es necesario la confirmación del déficit por fenotipado/genotipado.

Por otro lado, describen que con valores de hasta 120 mg/dL pueden detectarse casos con un alelo Z, aumentando la sensibilidad. Desde febrero de 2019, se modificó el valor de corte de AAT de 90 a 120 mg/dL en nuestro hospital, período en el que comienza nuestro estudio.

OBJETIVOS

Analizar la adecuación de peticiones de AAT (solicitud junto a PCR) y la posterior confirmación del déficit por fenotipado/genotipado.

MATERIA Y METODOS

Se analizaron durante 2 años (febrero 2019-febrero 2021) las solicitudes de AAT y aquellas con determinación simultánea de PCR. Por otro lado, se estudió si se realizó fenotipo/ genotipo en aquellas < 120 mg/dL.

RESULTADOS

Se analizaron 3122 peticiones de AAT, de las cuáles:

- Se determinó simultáneamente la PCR en el 38,7% (1209). Un 31,8% (384) presentó valores elevados (>5 mg/L).De éstos, solo en el 1,3% (5) se repitió la determinación en situación estable (PCR normal), presentando déficit una de ellas.
- El 31,5% (985) presentó valores < 120 mg/dL, correspondiendo a 825 pacientes. Se le solicitó genotipo/fenotipo al 19,9% (164), detectándose un 17,1% (28) de variantes asociadas a ligero riesgo de hepatopatía/enfisema pulmonar (MZ, otros), y un 3,0% (5) de variantes asociadas a elevado riesgo (ZZ, y otras variantes).

CONCLUSIONES

Es necesario recordar a los clínicos peticionarios la importancia de seguir adecuadamente el algoritmo diagnóstico de esta enfermedad. Solamente en el 38,7% se solicitó la determinación simultánea de PCR, lo que podría potenciar el infradiagnóstico al no poder descartar valores falsamente elevados. Además, en el 80,1% de pacientes con AAT < 120 mg/dL no se realizó genotipo/fenotipo, lo que nos hace confirmar el notable infradiagnóstico de esta enfermedad.

ID: 89

ANÁLISIS DEL EFECTO DEL CONFINAMIENTO SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL DE CONTROL DE NUESTRAS GESTANTES.

AUTORES: Juan Nuñez Rodríguez[1]; S Gundín Menéndez[2]; M Rodríguez Albo[3]; A Arrabal Alonso[4]; E Asensio Montañés[5]; I Gundín Menéndez[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos[12345]; MegaLab[6]

JUSTIFICACION

Durante la pandemia se han reducido notablemente las consultas presenciales en nuestro hospital, llegando a anularse por completo durante ciertos periodos. El programa de cribado de aneuploidías en nuestra región cuenta con una alta adherencia gracias a la cual el número de gestantes que llegan a segundo trimestre sin este control es prácticamente cero. Este programa requiere asistencia presencial (analítica, ecografía) en momentos concretos (semanas 10 y 12) y aunque, la pérdida de esta cita podría compensarse con un cribado posterior de segundo trimestre, existe el temor de que por miedo a asistir a consulta presencial durante la pandemia se pierda el seguimiento de parte de nuestras gestantes en este u otros procesos asistenciales.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la pandemia, especialmente del primer confinamiento, en las gestaciones y atención o seguimiento de las mismas desde nuestro laboratorio.

MATERIA Y METODOS

Comparamos la estadística de gestantes obtenida durante la pandemia con nuestro histórico (2016-2021). Analizamos gestaciones a término, gestaciones por técnicas de reproducción asistida, capacitaciones espermáticas, cribados de aneuploidías en primer y segundo trimestre o cribados de preeclampsia.

RESULTADOS

En 2020 se reducen las gestaciones un 14%. La reducción más notable se da en el periodo de Octubre 2020 a Febrero de 2021 con un 23%. Durante el primer confinamiento hay un descenso de cribados inferior al 6%, en ese periodo ya hay un 9% menos de gestaciones, manteniéndose la adherencia cercana al 100%. El descenso más significativo de cribados de primer trimestre se da entre los meses de Abril a Agosto de 2020 con una reducción del 13%. Los cribados de segundo trimestre no varían. No se realizan capacitaciones espermáticas de Marzo a Octubre de 2020, por lo que no registramos gestaciones por Inseminación Artificial (IA) en ese periodo. El resto de técnicas de reproducción asistida (TRA) no se vieron afectadas, suponiendo entre un 6 y un 7% de las gestaciones anuales.

CONCLUSIONES

Disipado el miedo a una pérdida de adherencia que afectase a un pilar asistencial en el control prenatal que da nuestro hospital, observamos que el descenso del número absoluto de cribados (13% entre Abril y Agosto de 2020) no se compensa con un incremento de cribados de segundo trimestre, sino que se debe a un descenso de la natalidad (23% entre Octubre y Febrero de 2021). Este descenso coincide con las gestaciones que debieron concebirse entre Marzo y Junio de 2020, el primer confinamiento. Estos datos coinciden con los del Ministerio de Justicia que, a través del registro civil de nacimientos detecta un descenso de los mismos de un 23% entre finales de 2020 e inicios de 2021. Del mismo modo, otros hospitales de nuestro entorno han detectado descensos de las consultas de primer trimestre entorno al 14%. En cuanto a las TRAs solamente se ven afectadas las IAs que solo suponen un 1% del total anual de gestaciones.

ID: 90

GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN TIEMPOS COVID EN LA OSI DEBABARRENA

AUTORES: BEATRIZ IZAR ÁLVAREZ GÓMEZ[1]; MI ASTARLOA TOTORICA[2]; S OTAEGUI PEREZ[3]; U LARRINAGA TORRONTEGI[4]; R RODRIGUEZ COGOLLOS[5]; ME ALDALUR LUS[6].

CENTRO DE TRABAJO: ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA[13456]; RSM BIZKA[2]

JUSTIFICACION

La OSI Debabarrena cuenta con dos hospitales y 5 Unidades de Atención Primaria que se organizan en 10 centros. El equipo técnico y administrativo de la Unidad de Calidad y Comunicación coordinan y priorizan sus tareas para dar respuesta a las necesidades de la OSI en ámbito de la comunicación. Este año de pandemia se ha trabajado fundamentalmente en el ámbito de la comunicación relacionada con la misma.

OBJETIVOS

Analizar la actividad realizada tanto en comunicación interna como externa durante el primer año de pandemia.

MATERIA Y METODOS

El análisis de este trabajo se realiza desde que la OMS declaró la pandemia el 11 de marzo hasta el final de año 2020. La actividad en este ámbito se ha centrado en la comunicación sobre todo en la identificación e información tanto a la ciudadanía como a los profesionales de la organización mediante carteles y rótulos para las modificaciones de circuitos, sectorizaciones, etc. dentro de las unidades de atención primaria y nuestros dos hospitales.

RESULTADOS

En cuanto a la comunicación externa, se han distribuido carteles de 10 campañas informativas (336 carteles y 600 folletos) relacionadas con las medidas de seguridad, distanciamiento, higiene…

Se han elaborado, además, 70 tipos de carteles distintos (hemos imprimido, plastificado y colocado unos 400 carteles) para sectorizar centros, áreas y servicios, prohibir o limitar accesos, identificar áreas, identificar tipología de habitaciones, cambios de horarios de centros, COVID-19 y no COVID-19. Señalización de aforos, carteles de higiene de manos, uso de mascarilla, solución hidroalcohólica. Además, se han elaborado 10 hojas informativas o guías para pacientes, familiares y usuarios.

Y en la comunicación interna, hemos colaborado en la elaboración de 24 protocolos de trabajo sobre la COVID-19, hemos incrementado la publicación de noticias en la intranet un 57,3%, con mensajes de apoyo, recomendaciones de salud, cambios organizativos…

CONCLUSIONES

El 2020 viene absolutamente marcado por la pandemia también en el ámbito de la comunicación. Todos los esfuerzos han estado dirigidos a mantener informados tanto a pacientes como profesionales.

ID: 91

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL USO DE CALPROTECTINA FECAL EN EL DIAGNÓSTICO DE EII EN PACIENTE PEDIÁTRICO

AUTORES: María Rodríguez Albo; J Nuñez Rodríguez; A Arrabal Alonso; S Gundín Menéndez; R Sáez de la Maleta Úbeda
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos

JUSTIFICACION

La calprotectina es una proteína que se encuentra ampliamente distribuida en nuestro organismo; principalmente en leucocitos y, en menor proporción, en macrófagos y en monocitos. Su presencia en heces es superior a la concentración plasmática ya que se excreta en ellas de forma inalterada, esto es debido a la mayor estabilidad que le confiere su unión al calcio. Por ello se considera que la calprotectina fecal es un marcador de inflamación intestinal de gran utilidad, fundamentalmente, en el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

En paciente pediátrico no se ha establecido un punto de corte específico, sino que se utiliza el punto de corte de la población general 50µg/g. Es frecuente encontrar elevaciones de calprotectina fecal en niños sanos menores de 1 año, de manera que ante valores entre 50-100µg/g, es recomendable volver a determinar la calprotectina pasados unos meses. Valores de calprotectina superiores a 200µg/g se consideran significativamente elevados y compatibles con presencia de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), por lo que es recomendable confirmar esta sospecha de EII con otras pruebas, como la endoscopia.

Todo esto implica que algunos autores sopesen aumentar el punto de corte a 200µg/g en el ámbito hospitalario

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de la demanda de calprotectina fecal en niños menores de 1 año, valorando si es real la necesidad de realización de endoscopia.

MATERIA Y METODOS

Se estudian las determinaciones de calprotectina fecal durante los últimos 6 años (desde 2015 hasta la actualidad) en pacientes pediátricos con edades entre 45 y 354 días.

Se examinan las historias de todos los pacientes con resultado positivo para comprobar si el diagnóstico definitivo fue EII u otras alteraciones.

RESULTADOS

Se obtuvieron 45 muestras de las cuales 31 fueron positivas (69,8%) y 14 negativas (31,1%). Si desglosamos los positivos por punto de corte: 8 muestras entre 50-100µg/g, 9 entre 100-200µg/g y un total de 14 fueron superior a 200µg/g.

Tras la examinación de las historias clínicas de los pacientes descubrimos que ninguno de los diagnósticos correspondía a enfermedad inflamatoria intestinal.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que aproximadamente un 70% de los pacientes obtuvieron resultado positivo y sin embargo ninguno de ellos padecía EII, y que un 63% de los resultados positivos no supusieron ninguna actuación adicional por parte del clínico, nos planteamos la necesidad de un cambio en el punto de corte en pacientes pediátricos menores de 1 año.

Este cambio supondría un ahorro en la realización de pruebas invasivas en niños de tan corta edad, pues cabe remarcar que alguno de los resultados positivos en este periodo si llevaron a una ampliación del estudio con endoscopia. Parece por tanto que bien por la inespecificidad de la determinación en niños, la inadecuación de su demanda o la ausencia de puntos de corte específicos, debemos replantearnos su uso en los términos establecidos.

ID: 92

ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA DE LA INSTAURACIÓN DE MEJORAS ASISTENCIALES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

AUTORES: JOSEP ESTEVE PORTALÉS[1]; J VILLALON COCA[2]; L BENAVENT MARTINEZ[3]; R MORENO GONZALEZ[4]; I SAPIÑA GIMENEZ[5]; Y HERRERO PARDO[6].
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VITHAS AGUAS VIVAS[13456]; VITHAS SANIDAD[2]

JUSTIFICACION

La aplicación de medidas de mejora asistencial en un servicio de urgencias hospitalarias basadas en la instauración de teleconsulta 24-72 horas post-alta y la reestructuración del servicio con un equipo único hospitalario, puede lograr mejorar la calidad y continuidad asistencial, así como incrementar la calidad percibida en la experiencia-paciente.

OBJETIVOS

1. Objetivo principal: comprobar si la instauración de teleconsulta 24-72 horas post-alta y la reestructuración del servicio de urgencias con un equipo único hospitalario por facultativos de medicina interna, logra mejorar la calidad y continuidad asistencial.
2. Objetivos secundarios mejorar la calidad percibida en la experiencia-paciente

MATERIA Y METODOS

Se diseñó un estudio observacional, analítico y retrospectivo, basado en todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias durante el tercer y cuarto trimestre del año 2020 y primer trimestre del año 2021.

Como variable dependiente utilizamos el grado de satisfacción y como variable independiente principal la existencia o no de llamada post-urgencia, incluyendo adicionalmente las variables confusoras de edad, sexo y destino al alta de la atención.

Sobre los pacientes atendidos en urgencias se realizó diariamente revisión de informes de alta, detectando los que por comorbilidad y motivo de consulta tenían mayor riesgo potencial de sufrir mala complicaciones, programándose llamada telefónica facultativa en 24-72 horas. Según la situación clínica se decidía: alta del proceso, seguimiento en consulta de medicina interna o retorno a urgencias. Se midió el nivel de calidad percibida a fin de detectar las áreas de mejora más relevantes. Se mostró la distribución de las variables analizadas y se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar las diferencias entre el promedio de NPS en función de si se ha realizado, o no, la consulta telefónica posterior a la atención.

RESULTADOS

Se atendieron en urgencias un total de 5745 pacientes, realizándose teleconsulta de control posterior a 720. De los 5745 pacientes, se recibió encuesta de satisfacción de 684, existiendo de éstos 165 pacientes con llamada y 518 sin ella. La realización de la teleconsulta post-urgencia incrementa de forma significativa (p-valor< 0.001) el resultado de la encuesta NPS en un promedio de 1,475 puntos [IC95% 1,102 -1,849] y carece de impacto NPS justificable a partir de las variables confusoras analizadas. Se objetivó un incremento en el porcentaje de reingresos en urgencias en las primeras 48 horas, de un 0,53% a un 1,02%. El tiempo de espera en urgencias se incrementó de 61 min a 67,32 minutos de media y se objetivó reducción del tiempo total en urgencias de 72,96 a 70,34 minutos de media. La mortalidad fue 0.

CONCLUSIONES

La teleconsulta 24-72 horas post-alta y la reestructuración de urgencias con equipo de internistas mejora significativamente la experiencia-paciente, calidad y continuidad asistencial, sin alterar significativamente los tiempos de espera en urgencias.

ID: 93

HOJA DE RUTA PARA LAS ENFERMEDADES RARAS

AUTORES: Luis Aldamiz-Echevarria[1]; C González Santos[2]; A Rodríguez Santos[3]; M Morales Conejo[4]; F Sánchez Hernández[5]; JL Baquero Ubeda[6].

CENTRO DE TRABAJO: Instituto de Investigación de Santiago Compostela[1]; Takeda Farmacéutica España[2]; Asociación NUPA[3]; Hospital Universitario 12 de Octubre[4]; Hospital Universitario Torrecardenas[5]; Foro Español de Pacientes[6].

JUSTIFICACION

Hacer frente a las enfermedades raras no es una tarea sencilla. Debido a su complejidad, diversidad y consecuencias en varios ámbitos, los retos alrededor de las EERR son múltiples y exigen esfuerzos comunes, para garantizar una atención integrada y continua a los pacientes que las padecen a través de una adecuada coordinación entre todas las Administraciones sanitarias. Esta Hoja de Ruta pretende recoger muchos de estos desafíos para proponer posibles soluciones, resultado del consenso de representantes de los distintos agentes implicados en la tarea de abordar las EERR. La COVID-19 ha demostrado además que algunas medidas que anteriormente parecían inalcanzables son factibles dada la necesidad de adaptar y mejorar procesos asistencia.

OBJETIVOS

Se centra en identificar los principales retos sanitarios y proponer soluciones de consenso.

MATERIA Y METODOS

La Hoja de Ruta es el resultado de un proyecto de diálogo multilateral, incluyendo representantes del ámbito médico, tanto en atención primaria como hospitalaria, del ámbito farmacéutico, de investigadores y representantes de pacientes, con el apoyo de Takeda. El contenido es el resultado de la discusión conjunta del grupo con ocasión de la conferencia inaugural celebrada en Madrid el 25 de marzo de 2019, seguida de 10 entrevistas entre marzo y mayo de 2019. El trabajo de investigación y redacción ha sido coordinado por RPP Group, junto con las aportaciones específicas de los miembros del grupo de expertos. El documento ha sido adaptado y revisado por todos los autores para reflejar el grave impacto de la COVID-19.

RESULTADOS

Se determinaron 4 áreas a mejorar y 4 ámbitos de interés en cada una de ellas, conteniendo un total de 51 recomendaciones:

Diagnóstico:

1. Acceso al conocimiento sobre EERR
2. Recursos disponibles para el diagnóstico
3. Métodos diagnósticos en el momento adecuado
4. Eficiencia en la derivación para el diagnóstico

Asistencia sanitaria:

1. Profesionales sanitarios sensibilizados y conocedores de las EERR
2. Conocimiento sobre EERR disponible en todos los centros sanitarios
3. Pacientes acompañados en las distintas fases del proceso asistencial
4. Centros de referencia consolidados y conectados entre sí

Disponibilidad de tratamiento:

1. Acceso a tratamientos eficaz, sostenible y en condiciones de equidad
2. Disponibilidad rápida de los medicamentos
3. Evaluación de tecnologías sanitarias basada en la evidencia científica
4. Procesos de evaluación transparentes y participativos

Conocimiento, investigación e innovación:

1. Personal sanitario con incentivos para investigar
2. Instituciones transparentes que promueven el conocimiento
3. Marco regulatorio favorable a la inversión privada
4. Registros eficientes con la información adecuada

CONCLUSIONES

El abordaje de las necesidades sanitarias de los afectados por enfermedades raras es una tarea compartida y multidisciplinar, que debe partir del acuerdo de una meta común. Esta Hoja de Ruta es un ejemplo del esfuerzo por definir pasos y objetivos de manera conjunta.

ID: 94

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CISTECTOMIZADO EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA ESTOMATERAPEUTA

AUTORES: ANA MARTIN ASENSIO; M BAIXAULI PUIG; A GÓMEZ PORCEL
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

JUSTIFICACION

La satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros es un indicador de calidad asistencial. En los últimos años, el paciente ha cogido un papel protagonista, ya que la información que éstos aportan permite identificar oportunidades de mejora que nos ayudan a aumentar la calidad del servicio que prestamos.

La enfermera estomaterapeuta tiene un papel fundamental en el cuidado del paciente cistectomizado, por lo que es importante conocer la opinión de sus pacientes con el fin de proporcionar cuidados de excelencia.

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes cistectomizados en relación a la atención recibida en la consulta de la enfermera estomaterapeuta.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Los sujetos de estudio fueron pacientes cistectomizados con derivación urinaria en los años 2019 y 2020 que acudieron a las visitas regulares en la consulta de la enfermera estomaterapeuta del Hospital Clínic. El instrumento utilizado fue el cuestionario Baker. Cada ítem se puntuó en una escala tipo Likert (del 1 al 5 según el grado de satisfacción). Los resultados se analizaron de acuerdo a cuatro dimensiones: satisfacción general, cuidados del profesional, tiempo dedicado y profundidad en la relación terapéutica.

RESULTADOS

El total de cistectomías radicales realizadas en los años 2019 y 2020 fue de 118 pacientes (57 y 61, respectivamente). De ellos, a fecha del periodo de inclusión del estudio, 25 pacientes habían fallecido (14 y 11 de cada grupo, respectivamente). Se realizó un total de 87 entrevistas, por lo que se obtuvo una tasa de participación del 93.5% (87 de 93 pacientes). La edad media de los pacientes fue 68.7 (DE ± 8.3). El 82,6% eran varones. El 54% de los pacientes precisaron ayuda de otra persona para el cuidado del estoma. El tipo de derivación urinaria más frecuente fue por técnica Bricker (67%), seguido de neovejiga (16%) y finalmente la ureterostomía cutánea bilateral (4%).

En relación a la satisfacción del paciente, si bien el 95.4% de ellos referían estar muy satisfechos con la visita de la enfermera estomaterapeuta, hasta un 20.6% creen que podrían mejorarse algunos aspectos. El principal aspecto a mejorar identificado está en relación al tiempo dedicado en la consulta, que hasta un 32.1% de los pacientes refirieron que era corto, impidiendo hablar de todos los temas que deseaban hasta en un 16% del total de pacientes. La valoración de los cuidados ofrecidos por la enfermera tuvieron una valoración positiva en más del 85% de los pacientes. En cuanto a la profundidad de la relación terapéutica, al 10.33% de los pacientes les resultó difícil hablar con la enfermera sobre temas personales.

CONCLUSIONES

La valoración de los pacientes cistectomizados sobre la consulta de la enfermera estomaterapeuta puede considerarse satisfactoria. El principal punto de mejora radicaría en proporcionar un mayor tiempo dedicado en la consulta, que pudiera facilitar la profundización en la relación terapéutica y los cuidados prestados.

ID: 95

EXOMA TRÍO: EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DURANTE EL AÑO 2020 EN NUESTRO SECTOR SANITARIO.

AUTORES: Nuria Goñi Ros; P Sienes Bailo; R Lahoz Alonso; R González Tarancón; S Izquierdo Álvarez; L Rello Varas.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet

JUSTIFICACION

El Exoma Trío (ET) es un estudio genético que busca identificar, mediante la secuenciación completa del exoma del paciente y de sus progenitores, variantes genéticas asociadas a un fenotipo concreto. Tras un análisis bioinformático posterior es posible cribar y priorizar aquellas cuyo modo de herencia es compatible con el fenotipo del paciente. Está indicado cuando éste es complejo y su etiología desconocida, o ante evidencia de enfermedad genética pero con estudios previos no informativos. La mayoría de los ET realizados en nuestro Sector se realizan como etapa final del protocolo de diagnóstico del trastorno del neurodesarrollo.

OBJETIVOS

Analizar el rendimiento diagnóstico de los ET realizados en nuestro Sector durante el año 2020.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizan los ET realizados en nuestro centro durante el año 2020. Los datos se obtienen del Sistema de Información de Laboratorio (Modulab Gold v.2.0). Se consideran variables de estudio: fecha, edad (años), sexo, tipo de paciente, servicio clínico de procedencia, patología a estudio y resultado. Esta última se mide en términos cuantitativos (número de variantes identificadas) y cualitativos (tipo de variantes, clasificadas según criterios de la ACMG en variantes patogénicas (VPat), probablemente patogénicas (VPPat) y de significado incierto (VSI)).

RESULTADOS

Se analizan 202 estudios. El rango de edad es muy amplio: 3 días-36 años (mediana=5 años). Predomina el estudio en varones (63% hombres vs 37% mujeres). La mayoría de los pacientes (178, 88%) proceden de consultas externas, y más de la mitad de los estudios (105, 52%) se solicitan por el servicio de neuropediatría.

Se obtuvieron hallazgos en 152 ET, siendo el rendimiento diagnóstico global del 75,25%. El número de alteraciones identificadas por estudio fue muy variante, de 0 a 25 (mediana=4, moda=1). Los hallazgos encontrados con mayor proporción fueron VSI (88/152), VPat (33/152) y VPPat (30/152).

En un 46,53% de los estudios (94/202) se identificaron variantes con una probable asociación genotipo-fenotipo, permitiendo establecer el diagnóstico definitivo. Estas se identificaron de novo (39,3%), en hemicigosis (20,2%) o heterocigosis compuesta (11,2%) como modos de herencia mayoritarios. Nuestros resultados fueron superiores a los de otros estudios, con rendimientos cercanos al 35%.

El diagnóstico definitivo no pudo establecerse en 108 casos, ya que las variantes identificadas fueron de baja frecuencia poblacional. En uno de los estudios se identificó no paternidad como hallazgo inesperado.

CONCLUSIONES

El ET es actualmente el estudio genético con mayor potencia diagnóstica. El rendimiento de esta técnica en nuestro Sector es del 75,25%, y ha permitido un diagnóstico en 94 pacientes (principalmente niños). Aunque su coste individual es elevado, su realización resulta coste-eficiente para el sistema sanitario puesto que acorta el proceso diagnóstico y reduce pruebas adicionales, suponiendo una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

ID: 96

MEJORANDO EL PROCESO DE COMUNICACIÓN CLÍNICA ENTRE PROFESIONALES ASISTENCIALES POR MEDIO DE LA ECONSULTA

AUTORES: JOSE DAVID CERDEÑO ARCONADA[1]; MC GARCÍA CUBERO[2]; MN FERNÁNDEZ DE CANO MARTÍN[3]; O MONEDO PÉREZ[4]; C JIMÉNEZ GÓMEZ[5]; D RODRÍGUEZ MORALES[6].
CENTRO DE TRABAJO: CONSEJERÍA DE SANIDAD[1256]; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA[34]

JUSTIFICACION

Con el fin de posibilitar la trasmisión de información clínica entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales facilitando la coordinación e integración de la atención sanitaria que reciben los pacientes, se ha diseñado e implantado la eConsulta como interconsulta clínica no presencial.

Ante el aumento de la demanda de los centros sanitarios, servicios y prestaciones que utilizan la herramienta, hemos querido garantizar unos tiempos de respuesta inferiores a 72 horas, realizar un seguimiento de la adecuación de su uso y resolución de las mismas.

OBJETIVOS

- **General**: Mejorar el proceso de comunicación clínica compartida entre los profesionales de diferentes ámbitos asistenciales por medio de la eConsulta.
- **Específicos**: Favorecer una interrelación rápida y ágil, garantizando un compromiso de respuesta en menos de 72 horas. Valorar la adecuación de las solicitudes y cuantificar la resolución de las mismas.

MATERIA Y METODOS

Desde que en 2018 se diseñó la herramienta eConsulta se ha implantado de forma progresiva en los centros sanitarios de nuestra Comunidad, y se ha mejorado la funcionalidad e incrementado el número de servicios y prestaciones.

Para poder garantizar el compromiso de respuesta en menos de 72 horas, se ha puesto a disposición de profesionales y gestores, herramientas que posibiliten el seguimiento, evaluación y mejora: se han establecido perfiles asistenciales y administrativos para su seguimiento, se ha elaborado un cuadro de mando actualizado mensualmente, se ha establecido un circuito de notificación de seguimiento semanal y se ha incorporado como objetivo en el contrato programa de los hospitales.

Para conocer la adecuación y si estas consultas dan respuesta de forma no presencial y teniendo en cuenta la visión de los profesionales que las responden, desde finales del 2020 se incluyeron los motivos de cierre. De esta forma se identifica si la eConsulta se considera adecuada o con información suficiente para su resolución y el ámbito dónde se precisa realizar el seguimiento.

RESULTADOS

Actualmente más de 425 centros de atención primaria y 23 hospitales trabajan con eConsulta dando respuesta 33 servicios hospitalarios diferentes con 16 prestaciones, siendo la media de solicitudes diarias de 700 eConsultas.

El 90% de las eConsultas se responden en menos de 72h.

En este año el 93% se consideran adecuadas y se establece seguimiento en atención hospitalaria (26%), en atención primaria (36%) o compartido (31%). Únicamente un 2% son consideradas inadecuadas y un 5% con información insuficiente.

CONCLUSIONES

La eConsulta ha iniciado un camino que facilita la comunicación ágil entre profesionales asistenciales (90% contestadas en menos de 72h) evitando desplazamientos innecesarios de los pacientes (36% no ha precisado atención hospitalaria), facilitando y agilizando la atención integral y compartida al paciente por parte de los diferentes profesionales que lo atienden.

ID: 99

ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS LESS-CHRON EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS POLIMEDICADOS

AUTORES: Mª Dolores Roldán Valcárcel[1]; O Garcia Molina[2]; J Martínez galvez[3]; S Hernández Vivancos[4]; MJ Navarro Gonzalez[5]; R Pérez Luján[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca[126]; Residencia Virgen del Rosario de Alhama[345]

JUSTIFICACION

El abordaje de una residencia medicalizada, con pacientes polimedicados y pluripatología, por el servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel, junto a la actual situación de pandemia, ha llevado a la conformación de un grupo multidisciplinar para evitar traslados e ingresos interniveles, garantizando la seguridad y eficiencia en la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Analizar la adecuación del tratamiento en pacientes institucionalizados y detectar susceptibilidad de deprescripción, según los criterios Less-Chron.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo y antes-después, sin grupo control, en una residencia medicalizada. Se formó un equipo multidisciplinar compuesto por la Unidad de Pacientes Crónicos Complejos, Farmacia y personal sanitario de la Residencia. La población diana todos los residentes durante ese año. Datos recogidos: edad, sexo, historia farmacológica, y de comorbilidades e interacciones medicamentosas. Las interacciones farmacológicas se analizaron con la base de datos Micromedex® y se clasificaron según 4 niveles de gravedad: contraindicado, importante, moderada y menor. Mediante los criterios de deprescripción Less-Chron se clasifican los fármacos en siete grupos. Para analizar estos criterios se midieron las escalas: Barthel, GDS, índice Proffund y test de Pfiffer. Y los medicamentos contabilizados fueron todos los consumidos, y los si precisa durante más de tres meses.

RESULTADOS

La media de edad de nuestra muestra (n=35) fue de 82,8 ±7,8 años. El 51,4% eran hombres. La media de medicamentos consumidos por paciente antes de la intervención era de 10,7 ±3,6 y después 7,3 ±3,3 fármacos. La reducción media de medicamentos por pacientes fue de 3,3 [1-7]. Según la escala de Barthel, el 65% presentaban dependencia de severa a total (menor a 45 puntos), el 20% dependencia de moderada a leve (â‰¥ 60 puntos) y el 15% dependencia grave. La escala GDS fue mayor a 6 en los pacientes con diagnóstico de Alzheimer (n=7). Se encontraron un total de 143 interacciones, con una media de 4,61 [0-23] interacciones/paciente. El 60% (n=86) de estas interacciones fueron clasificadas como importantes, seguido del 37% (n=53) moderada-leve y el 3% (n=4) como contraindicadas. Las principales interacciones detectadas afectaban al grupo de psicofármacos.

CONCLUSIONES

Tras la realización del estudio se considera necesaria la formación de un equipo multidisciplinar, que permita asegurar la adecuación al tratamiento en personas mayores polimedicadas, pluripatológicos e incluso complejos, para optimizar así el tratamiento, evitando problemas relacionados con la medicación. Y por otro lado, el alto porcentaje de pacientes susceptibles de deprescripción de medicación, justifica la implantación de un protocolo de revisión rutinaria de los tratamientos de todos los residentes, como parte de un ciclo de mejora, que garantice la calidad de la prescripción farmacológica de los tratamientos de dichos usuarios institucionalizados asegurando así la mejor eficiencia de los tratamientos.

ID: 101

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN Y SOPORTE A SEGUNDAS VÍCTIMAS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD

AUTORES: Alba Jiménez Mateo
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Mateu Orfila

JUSTIFICACION

Los profesionales sanitarios que se ven implicados en eventos adversos o incidentes relacionados con la seguridad del paciente pueden convertirse en lo que se ha definido como segundas victimas. No todos ellos acabarán siéndolo, pero serlo y no recibir soporte adecuado aumenta la probabilidad de verse implicado en eventos adversos en el futuro debido a las consecuencias psicológicas derivadas de la no resolución adecuada del incidente. En nuestro centro contamos con Unidad de Gestión de Riesgos, pero no con soporte a segundas víctimas.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto es diseñar e implementar un protocolo de atención a los profesionales que resultan ser segundas víctimas de incidentes de seguridad.

Objetivos secundarios:

- hacer visible la cultura de seguridad del paciente.
- sensibilizar a los profesionales sobre la figura de la segunda víctima.
- prestar una atención adecuada a los profesionales que resulten ser segunda víctima.
- derivar de forma adecuada a los profesionales que requieran un nivel superior de atención.

MATERIA Y METODOS

Se ha realizado un análisis de la situación actual en la que se encuentra el centro con respecto a la seguridad del paciente y más concretamente a la atención a segundas víctimas. Se ha utilizado la herramienta DAFO.

Se han identificado puntos a favor y en contra y se han planificado las estrategias en función de la relevancia dada a los datos introducidos en la matriz.

RESULTADOS

El plan de atención propuesto está basado en el Programa For YOU que engloba tres niveles: atención inmediata, apoyo por pares y apoyo psicológico.

Para que resulte eficaz va acompañado de una estrategia formativa para erradicar la cultura punitiva. Se formará a todo el personal en seguridad del paciente y en la figura de la segunda víctima y se hará formación específica al grupo de apoyo que constituya el segundo nivel.

CONCLUSIONES

Cada vez es más fácil encontrar publicaciones que hablan del impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales. Los programas de atención a segundas víctimas ya implantados en otros centros, tanto dentro como fuera de nuestro país, han sido evaluados con buenos resultados, y se han desarrollado guías de apoyo con una metodología sencilla a seguir. Alguno de los programas implantados incluye atención específica para cirujanos ya que describe un proceso distinto con cinco en vez de seis etapas y habla de la especial vulnerabilidad de este colectivo por la tendencia a no solicitar ayuda. En este último caso el apoyo por pares ha demostrado ser eficaz tanto por los resultados obtenidos como por la valoración de los propios profesionales. Con estas herramientas facilitadoras resulta factible desarrollar un protocolo de atención a segundas víctimas en un hospital como el nuestro. Hasta ahora era un campo que se encontraba desierto en nuestro centro y es fundamental desarrollarlo para dar cobertura a uno de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

ID: 103

RONDAS CHECK COVID-19 : UNA EXPERIENCIA DE AUDITORIA DIGITAL IN SITU

AUTORES: RICARDO GABRIEL ZULES-OÑA; C LLORENTE PARRADO; R MEJÓN BERGÉS; P SCHVARTZMAN GOLDWASER; Y COSSIO GIL
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Vall d'Hebron

JUSTIFICACION

CheckCOVID-19 es una herramienta de mejora de la calidad, creada en un hospital de tercer nivel y validada en el Institut Català de la Salut, para evaluar el desarrollo, implementación e impacto de los planes de preparación y respuesta frente a la COVID-19 a nivel hospitalario. Este modelo se aplica desde la perspectiva de enfoque, despliegue y evaluación de resultados. Las características principales que definen CheckCOVID-19 son la participación multicéntrica y el enfoque holístico. La experiencia vivida en un contexto de incertidumbre, bajo nivel de evidencia y medios insuficientes, ha podido promover variabilidad en la implementación de políticas y procedimientos en los centros sanitarios.

OBJETIVOS

Aplicar el módulo de evaluación de despliegue del plan de preparación y respuesta frente a la COVID-19 en un hospital de tercer nivel, con apoyo de aplicación móvil, para identificar buenas prácticas y áreas de mejora útiles para dar respuesta a los nuevos retos del escenario post-COVID19.

MATERIA Y METODOS

Se documentan seis audits para verificar el grado de despliegue del plan en cada una de las áreas de Urgencias, Hospitalización, Críticos, Atención Ambulatoria, Área Quirúrgica y Zonas Comunes. Cada audit contiene 10 ítems específicos que se verifican a través de auditorías in situ en las áreas implicadas, seleccionadas mediante muestreo por conveniencia. Cada audit se valora en una escala likert de 0-4 por medio de observación o evidencia documental. Los audits se habilitan on-line mediante la aplicación corporativa ProSP que facilita tanto su registro por las personas que realizan la auditoría, así como la explotación automatizada de los datos.

RESULTADOS

Se llevan a cabo 28 rondas de auditoría en las 6 áreas de despliegue del plan, realizadas por 14 parejas de auditores/as, que son profesionales de áreas transversales implicadas en la gestión de la pandemia. Las rondas se realizan durante una semana, con una media de dedicación de 40 minutos cada una. Globalmente, el hospital cumple con el plan de preparación y respuesta en un 3,40/4. Se identifican 14 buenas prácticas y 13 áreas de mejora que incluyen, entre otros, aspectos clave que trascienden al contexto concreto de la COVID, como la accesibilidad de los profesionales a las políticas y procedimientos vigentes, la adaptación del consentimiento informado a los riesgos de infección relacionada a la atención de sanitaria, o los circuitos de información a los familiares cuando no pueden visitar a los pacientes hospitalizados.

CONCLUSIONES

El modulo de evaluación de despliegue CheckCOVID19 ha permitido establecer un diagnóstico situacional a nivel global del hospital del grado de desarrollo del plan de preparación y respuesta frente a la COVID-19, incluyendo las principales áreas clave asistenciales y de zonas comunes. Esta evaluación permite una gestión de la mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente mediante la identificación de buenas prácticas y áreas de mejora útiles para dar respuesta al nuevo contexto postpandémico previsto.

ID: 104

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN FRENTE COVID-19 DE LOS PACIENTES PERTENECIENTES AL GRUPO 7

AUTORES: HELENA BURGGRAAF SANCHEZ DE LAS MATAS; AC MORANO VAZQUEZ; BE FERNANDEZ-PACHECO GONZALEZ-ECHEVARRI; R PEREA RAFAEL; MT BECA MARTINEZ; E MUÑOZ PLATON.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD

JUSTIFICACION

La necesidad de llevar a cabo un proceso de vacunación rápido, que llegue a toda la población, nos lleva a preguntarnos si realmente estamos ofreciendo la mejor calidad asistencial en este proceso. Por ello, se ha recogido y analizado información sobre la satisfacción de nuestros pacientes durante el proceso de vacunación frente a la COVID-19.

OBJETIVOS

Evaluar la satisfacción y opinión de los pacientes durante el proceso de vacunación frente a la COVID-19. Valorar acciones de mejora.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo a partir de los datos recogidos a través de una encuesta de satisfacción voluntaria y anónima, compuesta por 15 preguntas. Los datos se recogieron a lo largo de las 6 primeras jornadas de vacunación de pacientes incluidos en el Grupo 7 de la "Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 en España" de un hospital terciario.

Se recogieron datos sobre fecha de vacunación, sexo, edad, nº dosis y preguntas para valorar la satisfacción del paciente. Se entregó la encuesta en formato papel durante el periodo de vigilancia post-vacunación y se transcribió a Formulario Google para facilitar su análisis. Las respuestas se categorizaron en una escala numérica del 1 al 5, siendo el 1 "Nada satisfecho" y el 5 "Muy satisfecho" y otras con respuesta binaria (Si/No). El análisis de los datos se realizó con software estadístico IBM SPSS Statistics 24.

RESULTADOS

Del total de pacientes vacunados (1067), respondieron la encuesta un 43,77%(467). 59,3% fueron mujeres. Distribución por edad (años): < 25: 3%; 25-39: 9,4%; 40-59: 65,7%; 60-69: 20,6% y â‰¥70: 1,3%. El 97,6% recibían 1ªdosis.

Un 66,7% indicó que ya habían contactado antes con ellos para ser vacunados desde otro centro. Al 97,4% le pareció correcta la manera de citar (se indicó una fecha y hora determinadas) y el 69,1% estaba satisfecho con la información proporcionada por teléfono.

Respecto a las instalaciones, fueron valoradas muy satisfactoriamente por el 60,7% de los pacientes. El 92,6% consideraba que se cumplían las medidas adecuadas de distancia social e higiene. Respecto al tiempo de espera: 62,1% esperó menos de 15 min y 26,7% entre 15-30min.

El 95,2% estableció que el personal era suficiente. Consideraron la atención recibida muy satisfactoria con los diferentes profesionales: personal administrativo 78,9%; enfermería 90,3%; médicos 86,3%.

Las respuestas ante dudas de los pacientes fueron muy satisfactorias en el 78,6% de los casos y la confianza transmitida por los profesionales fue valorada como satisfactoria o muy satisfactoria en el 97,2% de las encuestas. Se entregaron documentos informativos para pacientes que se consideraron muy útiles en el 59,9% de las ocasiones.

El grado de satisfacción global muy satisfactorio fue del 69,4%.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción ha sido satisfactorio o muy satisfactorio en un elevado porcentaje para todos los ítems valorados. A pesar de los buenos resultados, se objetivan como áreas de mejora: la confianza transmitida por el personal, información recibida y las instalaciones.

ID: 105

VALIDACIÓN DEL TEST ICOPE EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS

AUTORES: Laura Donat Beneyto; M Aquilué Berdún; A Arroyo Salinas
CENTRO DE TRABAJO: ICS

JUSTIFICACION

La detección y tratamiento de la fragilidad en el anciano es un tema prioritario en la atención a las personas mayores. Es por estas razones por las que se considera necesario administrar un test que detecte la pérdida de la capacidad intrínseca de forma sistemática a las personas mayores de 70 años que vienen a la consulta de Atención Primaria. El test ICOPE abarca las esferas cognitiva, nutricional, funcional, sensorial (auditiva y visual) y emocional.

OBJETIVOS

Validar el test ICOPE para la detección del deterioro de la capacidad intrínseca en personas mayores de 70 años.

MATERIA Y METODOS

Se seleccionaron 26 personas mayores de 70 años con un Barthel mayor o igual a 90 y sin un diagnóstico previo de demencia pertenecientes a 3 centros de Atención Primaria diferentes.

El tipo de muestreo empleado fue no aleatorio por conveniencia.

Se les administró el test ICOPE, comparándolo con los resultados de los tests usados de forma convencional (Mini Mental State Examination (MMSE), Mini Nutritional Assesment (MNA), Short Physical Performance Battery (SPPB), Escala Yesavage, prueba de audiometría y test de agudeza visual).

RESULTADOS

Tras la administración de los cuestionarios, se observa que el resultado de la esfera cognitiva del test ICOPE se corresponde en un 85% con el resultado del MMSE.

El resultado de la esfera funcional se corresponde en un 100% con el resultado del SPPB.

El resultado de la esfera nutricional se corresponde en un 88% con el test MNA.

El resultado de la esfera sensorial visual se corresponde en un 54% con el test de agudeza visual.

El resultado de la esfera sensorial auditiva se corresponde en un 50% con la prueba de audiometría.

El resultado de la esfera emocional se corresponde en un 85% con el test de Yesavage.

CONCLUSIONES

En todas las esferas del test ICOPE se observa una concordancia mayor o igual al 50% con los tests utilizados convencionalmente. Por lo tanto, la administración de un cuestionario breve como el ICOPE favorece la detección precoz del deterioro de la capacidad intrínseca. Además, es una herramienta completa y unificada en cuanto a la valoración de todas las esferas, mejorando la calidad asistencial.

ID: 106

AUTOEVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA (UCI)

AUTORES: ÁNGEL CUSTODIO ÓRPEZ RAMÍREZ; MD CÓRDOBA SOTOMAYOR; R CONTRERAS COLLADO; L GUTIÉRREZ LUCENA; I CABA PORRAS; MT VÍLCHEZ MEDINA.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN

JUSTIFICACION

Los errores de medicación, y el riesgo de eventos adversos, son más frecuentes en los pacientes ingresados en UCI debido a: la gravedad y complejidad de los pacientes, se emplean muchos medicamentos de alto riesgo administrados por vía intravenosa. Es necesario planificar las prácticas seguras a implantar para minimizar el riesgo de errores.

OBJETIVOS

Evaluar los elementos esenciales para la seguridad de los medicamentos en la UCI de un hospital de tercer nivel, identificar cuáles son los puntos críticos de riesgo y oportunidades de mejora.

MATERIA Y METODOS

Utilizamos el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en las UCI" desarrollado por el ISMP(Instituto para el Uso Seguro del Medicamento).

De junio a septiembre de 2020 un equipo multidisciplinar (intensivista, farmacéutico y enfermera) llevó a cabo la autoevaluación de cada ítem utilizando un baremo con 5 posibilidades: A, B, C, D y E, abarcando desde la no existencia de iniciativa alguna para la implantación (A), hasta la completa implantación del ítem en todas las áreas (E). Se expresan también mediante el porcentaje para poder comparar ítems y elementos clave con diferente valor máximo alcanzable (varía según su capacidad para prevenir errores y su impacto sobre la seguridad del sistema).

El cuestionario está formado por 147 ítems agrupados en 10 elementos clave.

Se lleva a cabo un análisis descriptivo de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

El porcentaje de cumplimiento en nuestro centro de los diferentes elementos clave es:

Información, pacientes y medicamentos: 37,8 %

Comunicación de prescripciones: 58,8 %

Incorporación de farmacéuticos: 28,4%

Medicamentos: etiquetado, envasado y nombre: 55,6%

Estandarización, almacenamiento y distribución de medicamentos: 26,7%

Adquisición, utilización y seguimiento de dispositivos para administración de medicamentos: 52,9%

Factores del entorno y recursos humanos: 55%

Competencia y formación del personal: 9,6%

Educación a pacientes y familiares: 50%

Programa de calidad y gestión de riesgos: 25%

La puntuación media total del cuestionario fue: 39%

Encontramos 5 elementos clave con un cumplimiento por debajo de la media: Información de los pacientes y los medicamentos; incorporación de farmacéuticos a la UCI; estandarización, almacenamiento y distribución de medicamentos; competencia y formación del personal; y programas de calidad y gestión de riesgos.

CONCLUSIONES

Esta herramienta nos permite detectar riesgos relacionados con el uso de los medicamentos en la UCI y planificar mejoras para reducirlos.

Los ítems no implantados son oportunidades de mejora. Priorizamos los ítems no implantados dentro de los elementos clave con peor puntuación, destacando el doble chequeo en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo, reducción de disponibilidad y almacenamiento diferenciado de electrolitos concentrados, notificación y difusión de errores de medicación ocurridos y estrategias de prevención recomendadas.

ID: 107

IDENTIFICACIÓN DE MEJORAS EN LA SEGURIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA: UCI

AUTORES: ÁNGEL CUSTODIO ÓRPEZ RAMÍREZ; MD CÓRDOBA SOTOMAYOR; L GUTIÉRREZ LUCENA; R CONTRERAS COLLADO; I CABA PORRAS; MT VÍLCHEZ MEDINA.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN

JUSTIFICACION

Los errores de medicación, y el riesgo de eventos adversos, son más frecuentes en los pacientes ingresados en UCI debido a su gravedad y complejidad que conlleva el empleo de muchos medicamentos de alto riesgo administrados por vía intravenosa. Es necesario planificar las prácticas seguras a implantar para minimizar el riesgo de errores.

OBJETIVOS

Comparar el cumplimiento de los elementos esenciales de seguridad relacionados con la comunicación de la prescripción en la UCI de un hospital de tercer nivel, con respecto al resto de hospitales.

MATERIA Y METODOS

Utilizamos el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en UCI" desarrollado por el ISMP(Instituto para el Uso Seguro del Medicamento).

De junio a septiembre de 2020 un equipo multidisciplinar (intensivista, farmacéutico y enfermera) llevó a cabo la autoevaluación. El cuestionario está constituido por 147 ítems, agrupados en 10 elementos clave. El elemento clave 2, relacionado con la prescripción electrónica, está constituido por 14 ítems, cada uno con una puntación máxima alcanzable.

Se lleva a cabo un estudio comparativo del cumplimiento de estos ítems por parte de nuestro centro con respecto a la media de los centros autoevaluados (n=41).

RESULTADOS

Nuestro centro cumple este elemento evaluable en un 58,8%.

A continuación se recoge cada ítem, la puntuación máxima posible, el resultado de nuestro centro y la media de los hospitales autoevaluados (X;Y;Z)

- Inclusión de alertas: interacciones, dosis máxima(16;12;7.5)
- Perfusiones protocolizadas(4;3;3.2)
- Justificación de alertas ignoradas(4;1;0.5)
- Unificación de concentraciones y unidades de medida(4;2;3)
- Registro de medicación de emergencia(4;0;3)
- Pautas no convencionales con adecuado registro(2;1.5;1.75)
- Duración de tratamiento(2;1.5;1.6)
- Evitar abreviaturas no oficiales(4;2;1)
- Plan de contingencia(4;1;3)
- Prescripciones verbales restringidas a emergencias(4;2;3)
- Prescripciones verbales: repetición y posterior registro(4;2;2)
- Genera hojas de administración de enfermería integradas(4;4;3.75)
- Empleo correcto a pie de cama de estas hojas de administración(8;8;6.1)
- Detección rápida de fármacos no administrados(4;0;3)

Los ítems con una puntuación por debajo de la media son: pautas estandarizadas deben indicar dosificaciones de medicamentos unificadas y expresadas en concentraciones y unidades comunes en toda la UCI, disponer de un plan de contingencia que permita seguir en caso en fallo en el sistema de prescripción, restricción de las prescripciones verbales a situaciones de emergencia y el registro de la administración debe permitir detectar rápidamente medicamentos no administrados.

CONCLUSIONES

La evaluación y análisis continuo con esta herramienta y la comparación a través de ella con otros hospitales de nuestro entorno, nos ha permitido conocer exactamente nuestra situación y plantear objetivos a corto plazo en el caso de las áreas más deficitarias y a medio plazo planificar las restantes áreas de mejora.

ID: 108

PROGRAMA DE ATENCIÓN TELEMÁTICA CONTINUADA DURANTE LA GESTACIÓN: MATRONA ASSISTANT (MA)

AUTORES: RAQUEL SENOSIAIN ECHARTE; J BEJARANO BORREGA; C PEREZ GARRIDO; C QUEVEDO JIMENEZ; M ALBI GOZALEZ; P JIMENEZ PEÑA.
CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

JUSTIFICACION

La gestación y puerperio es un proceso natural que implica cambios que crean incertidumbre en la mujer. En los servicios de salud se realiza seguimiento con un calendario de visitas adaptado a sus requerimientos, pero, el intervalo entre consultas hace que surjan dudas que no es posible resolver inmediatamente, lo que impulsa a las gestantes a obtener información errónea a través de la red o el entorno.

Uniendo esta necesidad con la humanización de la atención y la innovación cada vez más presentes en líneas estratégicas de atención en salud, en nuestro Hospital surge el programa MA. Proporciona un acompañamiento a la mujer, da información inmediata a través de la matrona, se adapta a la vida diaria y es adicional al seguimiento gestacional embarazo. Este programa ha adquirido especial relevancia durante la situación de pandemia evitando las visitas innecesarias al hospital.

OBJETIVOS

Analizar el uso del programa en nuestra área sanitaria.

Precisar el canal preferencial de comunicación.

Analizar el uso de diálogos web de la APP.

Establecer la participación en actividades grupales por videoconferencias.

Conocer el impacto de la pandemia en el uso de vías telemáticas de comunicación.

MATERIA Y METODOS

Los canales de comunicación comprenden cuatro vías:

Teléfono: número de contacto directo disponible de lunes a viernes.

E-mail: dirección de correo electrónico con garantía de respuesta en máximo 72h.

Diálogo-web: contacto a través de chat activado en una APP con respuesta en menos de 48 horas.

Videoconferencias: actividad grupal mediante plataforma, semanal sobre la última etapa del embarazo y parto.

RESULTADOS

El canal más utilizado es el diálogo web. Se responde una media 124 chats/mes.

El segundo canal más utilizado es el contacto telefónico. Desde su implementación, se han respondido a 650 llamadas, 107 mensuales.

El email es el servicio del que más experiencia disponemos. Desde su inicio se han contestado 1949 correos. Esta actividad ha incrementado, manteniendo una media de 90 correos al mes.

Las videoconferencias son la iniciativa más nueva. En 5 meses se ha proporcionado información a 126 parejas, aumentado su aceptación progresivamente como medio para conocer el entorno donde será el parto y foro común de resolución de dudas.

CONCLUSIONES

El programa facilita un acceso rápido y sencillo de la gestante a la matrona para resolver incertidumbres. El medio más utilizado es el dialogo web seguido del contacto telefónico. El mail aumenta su actividad respecto al momento pre-pandemia y las videoconferencias se van estableciendo como alternativa a las sesiones presenciales. Además, se puede afirmar que este programa evita los riesgos del entorno hospitalario, genera mayor implicación de la gestante en el control de su embarazo, facilita la adaptación de cuidados en gestantes de riesgo y aumenta la confianza en la Institución al tener un referente cualificado al que acudir sin gestión de citas. A través del programa MA hemos conseguido, a pesar del distanciamiento físico, estar más cerca que nunca de nuestras paciente.

ID: 110

SELECCIÓN Y PROVISIÓN DE PLAZAS. ¿ES NECESARIA LA INVESTIGACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO?

AUTORES: MIRIAM MARTINEZ VERA; A LABRADOR SALVADOR; L SERAL PIMENTEL
CENTRO DE TRABAJO: HCU LOZANO BLESA

JUSTIFICACION

Las diferencias entre hombres y mujeres a la hora de acceder a un trabajo están condicionadas por connotaciones sociales y culturales que se traducen en una diferencia de oportunidades. Para comprender los fenómenos que ocurren es necesario llevar a cabo estudios en los contextos en los que viven esas mujeres, en los que las relaciones humanas y la subjetividad juegan un papel fundamental (1).

OBJETIVOS

- Analizar el grado de consecución de medidas del en relación a cuestiones de selección y provisión de puestos de trabajo en el hospital.

- Identificar situaciones en las que puede existir discriminación por razón de género en procesos de selección y provisión de puestos de trabajo.

MATERIA Y METODOS

Evaluación retrospectiva y descriptiva sobre la consecución de las medidas propuestas para la igualdad de oportunidades (2019-2022). Para ello se revisaron las bases jurídicas sobre las que se trabaja, se acudió a los servicios de Personal, Formación, Salud Laboral y Dirección de Enfermería para la recogida de datos y se elaboró un informe con perspectiva de género.

MEDIDA 1: ÓRGANOS DE SELECCIÓN

MEDIDA 5: FORMACION EN IGUALDAD

MEDIDA 7: ENTREVISTAS REALIZADAS Y TIPO DE PREGUNTAS INCLUIDAS EN LAS ENTREVISTAS

MEDIDA 8: SOLICITUDES DE MUJERES EMBARAZADAS RECIBIDAS Y ATENDIDAS

RESULTADOS

MEDIDA 1: se convocaron 17 procesos de selección de diferentes categorías profesionales. Por sexos, el porcentaje de mujeres que participaron en los órganos de selección superó al de hombres en un 22,86% Promover la paridad se está llevando a cabo desde hace tiempo, aunque alcanzarla de manera igualitaria en el conjunto de la plantilla es difícil ya que en el sector sanitario hay un porcentaje muy alto de mujeres sobre el total de la plantilla de profesionales

MEDIDA 5: se vio modificada la programación por la situación del estado de alarma derivada por pandemia, y disminuyó el número de cursos ofertados. Aumentaron los cursos de teleformación.

MEDIDA 7: se realizaron unicamente entrevistas correspondientes a Enfermería para puestos singularizados. En 2019 se realizaron 34 entrevistas y 35 en el año 2020. El porcentaje fue 34 mujeres (81,16%) , 12 hombres (18,84%) (Supervisión) y, 22 mujeres y 1 hombre (Plazas perfiladas). Los aspectos valorados en las entrevistas tienen que ver con el compromiso con la organización, la responsabilidad, la motivación, la resolución de conflictos y la compatibilidad con el Equipo Directivo siguiendo un guión preparado para tal fin.

MEDIDA 8: se atendieron todas las solicitudes recibidas en la Unidad de PRL (137): Adaptaciones de puesto (64) solicitud de prestación por riesgo (73). El hospital cuenta con un listado de puestos exentos de riesgo adaptados para las situaciones de protección de embarazo, lo que amplía las posibilidades de reubicación al personal de Enfermería en esta situación

CONCLUSIONES

Se aplicaron las bases legales de igualdad entre mujeres y hombres, aunque faltó información para realizar un informe de impacto de género.

ID: 111

A PROPÓSITO DE UN EVENTO CENTINELA COMO CASO DE ÉXITO

AUTORES: MARTA MACIAS MAROTO; C Pintado Delgado; G Baldominos Utrilla
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Príncipe de Asturias

JUSTIFICACION

La comunicación de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente en los centros sanitarios debe ser una prioridad, siendo aún más importante cuando se trata de un evento centinela. La magnitud y el impacto de los mismos nos obliga a establecer un procedimiento de gestión de los mismos. En nuestro centro se estableció un protocolo en 2018 y la ocurrencia de un evento centinela relacionado con el uso de un medicamento de alto riesgo nos permitió evaluar su eficacia.

OBJETIVOS

Analizar un evento centinela para evaluar la eficacia del protocolo de gestión de eventos centinela relacionados con la seguridad del paciente.

Mejorar la cultura de seguridad del centro al implicar a todos los agentes con un caso real.

MATERIA Y METODOS

Gestión de un evento centinela notificado a través del sistema de notificación voluntario. Se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Creación equipo específico de análisis de evento centinela
- Información a la familia
- Activación de protocolo para apoyo a la segunda víctima
- Análisis retrospectivo de los hechos, identificación causas y factores latentes: análisis causa-raiz
- Propuesta de mejoras e informe a la Dirección
- Seguimiento del paciente, familia y profesionales implicados

RESULTADOS

Tras la reconstrucción de los hechos se determina que ha habido un error de administración de medicamento del suxametonio subcutáneo (relajante muscular) en vez de calcitonina. Esto produjo al paciente una parada cardiorrespiratoria con ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

Se establecieron las siguientes medidas:

- Mejora de la identificación de los medicamentos de alto riesgo conservados en nevera y que pertenecen al carro de parada cardiorespiratoria
- Elaboración de una instrucción técnica sobre la organización e identificación de los medicamentos conservados en neveras
- Acciones para mejorar la revisión de los botiquines en las unidades de hospitalización
- Plan de formación sobre la administración segura de medicamentos

Además, se realizó un apoyo a la segunda víctima desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos y desde el Departamento de Salud Laboral. El paciente y la familia estuvo informado en todo momento de la evolución clínica por los médicos responsables y de las medidas a tomar a través de una entrevista con la Dirección.

CONCLUSIONES

La existencia del Protocolo de Gestión de eventos centinela fue un instrumento imprescindible para abordar el evento adverso presentado con un resultado satisfactorio. La implementación del protocolo debe realizarse en un contexto que refuerce la cultura de seguridad de profesionales, instituciones y ciudadanía. Debe caracterizarse por la inmediatez del abordaje, la transparencia en la gestión, la capacidad de disculpa y asunción de responsabilidad y la búsqueda de la mejora continua. El resultado final debe ser un plan de mejora capaz de evitar que el evento centinela que desencadenó la activación del procedimiento se repita, minimizar los daños y en general disminuir su ocurrencia y gravedad.

ID: 112

ACTUALIZACIÓN DEL CIRCUITO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS POR MARCA COMERCIAL O POR PRESENTACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: PILAR PACHECO LÓPEZ; MA CARVAJAL SÁNCHEZ; J IBAÑEZ CATURLA; P TORRANO BELMONTE; L FRUCTUOSO GONZÁLEZ; M VENTURA LÓPEZ.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MORALES MESEGUER

JUSTIFICACION

Los medicamentos asociados a presentación están definidos por principio activo, dosis, vía de administración y forma farmacéutica. La gestión por presentación, respecto a la marca comercial, supone una garantía de calidad del sistema de prescripción y dispensación y por tanto, está relacionada con la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Evaluar si la gestión de medicamentos en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) es adecuada en referencia a este aspecto, o si se detectan casos no justificados que motivarían la necesidad de una revisión más frecuente y minuciosa.

MATERIA Y METODOS

Estudio trasversal y descriptivo en el que se revisaron todos los medicamentos no asociados a presentación, tanto incluidos en guía farmacoterapéutica como no. Se evaluó individualmente el motivo de tal situación para clasificarlos en dos grandes grupos; los que deben permanecer sin asociar a presentación y los que se proponen para asociar en la próxima actualización. Para ello, se solicitó al programa de gestión SAVAC® un inventario de los medicamentos vigentes no gestionados por presentación. Se obtuvieron 709 resultados que se analizaron y clasificaron.

Se realizó un primer cribado, distinguiendo entre medicamentos no candidatos a asociar, por pertenecer a un grupo “especial” que “per se” supone un criterio de exclusión, y medicamentos que sí serían candidatos a la gestión por presentación. Este último grupo se revisó en profundidad.

RESULTADOS

El 63.3% (449/709) de los medicamentos no debía, efectivamente, estar asociado a presentación; pertenecientes a los grupos de fórmulas magistrales (79), nutriciones (92), extranjeros (52) y citostáticos y biológicos (226). Sin embargo, el 36.7% restante (260 medicamentos) no tenían motivo aparente para no ser gestionados por presentación, por lo que, los analizamos individualmente para decidir cuál será su destino:

El 53,8% (140/260) claramente deben gestionarse por presentación, por lo que se asociarán en la siguiente actualización del sistema. De ellos, 115 ya tienen presentación creada y 25 se solicitan a base de datos central para crear su presentación.

El 46,2% (120/260) se somete a una segunda revisión por parte de los facultativos de las áreas en las que con más frecuencia se manejan dichos fármacos para valorar si el beneficio que conllevaría la gestión por presentación supera las dificultades en la prescripción por principio activo en el sistema de prescripción electrónica. Una vez realizada esta revisión, el resultado es que se proponen para asociar en la próxima actualización 40/120 (33,3%) de los candidatos.

CONCLUSIONES

Casí el 40% del total de fármacos no gestionados por presentación no tenía un motivo justificado para tal situación, decidiendose tras esta revisión cambiar su gestión en el 70% de los casos. Esta actualización, que ha supuesto una mejora en nuestro sistema de calidad, puede ser realizada por cualquier SFH que desee evaluar si la gestión de su almacén de medicamentos, en lo que a gestión por presentación o marca se refiere, es la adecuada.

ID: 113

EL MÓVIL COMO HERRAMIENTA PARA MEDIR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COVID EN TIEMPO REAL.

AUTORES: I RODRIGO RINCON; S SANTANA DOMÍNGUEZ; E PETRINA JAUREGUI; E SOTA PERNAUT; B SCHULZ PEREZ; J ARICETA IRAOLA.
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

JUSTIFICACION

El concepto y los instrumentos para medir la voz del paciente cobran cada vez mayor importancia. A pesar del interés en la medición de la percepción o satisfacción del paciente con un determinado sistema sanitario, no existe un método estándar o instrumento definitivo para su evaluación.

La pandemia ha paralizado muchas de las iniciativas que tenían las organizaciones planificadas para medir la percepción del paciente. Sin embargo, nuestra organización ha considerado relevante medir la calidad que se ofrece a los pacientes COVID en tiempo real, por ser éste un colectivo al que el Hospital ha dedicado importantes esfuerzos tanto humanos como organizativos.

OBJETIVOS

Medir en tiempo real la calidad percibida y la satisfacción de los pacientes COVID atendidos en un hospital terciario en dos momentos diferentes: durante el ingreso y al alta.

MATERIA Y METODOS

Al ingreso en la planta COVID se le proporciona al paciente información sobre la recepción de dos SMS (uno al día siguiente del ingreso y otro al día siguiente del alta). En cada SMS hay un link a la página web corporativa donde se encuentran alojadas las encuestas. El paciente puede responder al cuestionario de ingreso tantas veces como días permanezca ingresado. Ese cuestionario consta de 3 preguntas tipo Likert y una pregunta abierta (además de sexo, edad y servicio). El cuestionario tras el alta valora 35 preguntas de tipo politómicas o likert más 3 preguntas abiertas. Este sistema se puso en marcha durante 4 semanas en el mes de mayo de 2021.

La información anónima migra a un sistema de business intelligence en el que se muestran diariamente los resultados obtenidos en un cuadro de mandos.

El nuevo sistema fue presentado a los profesionales para que conocieran los resultados y propusieran mejoras metodológicas.

RESULTADOS

Durante la cuarta ola epidémica, se enviaron 195 SMS. La tasa de respuesta fue del 27%, oscilando en función de los tramos de edad, con una disminución de la misma a partir de los 61 años.

La percepción de la calidad de los pacientes durante el ingreso fue muy alta en amabilidad y en calidad técnica. La información y comunicación presentó áreas de mejora, con variaciones en el tiempo.

Los resultados al alta indican una satisfacción general muy alta. Las 7 áreas analizadas tuvieron puntuaciones mayores a 8,7. Las áreas de mejora fueron: la explicación de las opciones de tratamiento y la experiencia de compartir habitación con otro paciente. Los valores más altos fueron el trato recibido por los profesionales y la competencia técnica.

Se recibieron 18 comentarios en texto libre siendo 4 aspectos a mejorar que fueron trasladados a los servicios para su conocimiento y mejora.

La satisfacción de los profesionales con la obtención del feed-back en tiempo real ha sido muy alta.

CONCLUSIONES

Se considera el móvil una herramienta muy útil para medir la experiencia del paciente COVID en tiempo real y, por tanto, permite implantar acciones de mejora incluso antes de que el paciente sea dado de alta.

ID: 114

DOBLE ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA GESTIÓN FRENTE A COVID 19 DEL EQUIPO DIRECTIVO CON LA METODOLOGÍA ESTRELLA DE MAR

AUTORES: I RODRIGO RINCON; A MARTINEZ LARREA; M ZANDIO ZORRILLA; M ANCIN PAGOTO; N ELIZONDO RODRÍGUEZ; I IRIGOYEN ARISTORENA.
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA[1]

JUSTIFICACION

La crisis sanitaria sufrida debido al COVID ha obligado a reflexionar sobre la mejor gestión de los miembros del equipo directivo del Hospital. La forma de afrontar la crisis como equipo influye directamente tanto en la adecuada toma de decisiones como en el clima de trabajo generado.

OBJETIVOS

Disponer de un análisis retrospectivo ágil de la gestión del equipo directivo del Hospital frente a COVID 19 en dos momentos diferentes: al inicio de la pandemia y un año después.

MATERIA Y METODOS

La estrella de mar es una técnica cualitativa para realizar una retrospectiva y tener un feedback ágil del equipo. Permite ver y exponer problemas o ventajas que de otras maneras serían muy difíciles de aflorar.

Este proceso de mejora parte de la auto-evaluación del trabajo de uno mismo y, lo más importante, del trabajo común. Es un análisis detallado de las limitaciones a superar, el valor de lo desarrollado, aspectos en los que destacamos y deben continuar, aquellos que deben acabar y propuestas de mejora.

El grupo de trabajo está formado por el equipo directivo de un Hospital terciario de las diferentes áreas (12 miembros).

Reflexión individual y colectiva de cada uno de los 5 brazos de la estrella de mar: continuar haciendo, hacer más, comenzar a hacer, hacer menos y dejar de hacer.

El trabajo se realizó en marzo de 2020 y un año después en marzo de 2021

RESULTADOS

Se recogieron 118 aspectos diferentes en el año 2020 y 95 en 2021. Aunque en ambas estrellas de mar predominaron los elementos activos (mantener, hacer más, iniciar) frente a los pasivos (hacer menos, dejar de hacer), se observa una diferencia en la proporción de los elementos incluidos en cada uno de los brazos de la estrella de mar. El equipo directivo se mostró más cauto en los aspectos relacionados con "empezar" y "hacer más" en el año 2021 que en el año 2020 (17% vs 24% y 15% vs 25% respectivamente) y mucho más inclinado a las acciones englobadas en el brazo de "mantener" (51% 2021 vs 35% 2020).

Las principales áreas que salieron en 2020 fueron: autocuidado, información, relación con profesionales, metodología de trabajo y disponibilidad de la dirección. Las áreas fundamentales en 2021 fueron: herramientas de gestión, equipo directivo, equipos de trabajo, coordinación, actitud, autocuidados, visibilidad, metodología de trabajo y nuevos modelos.

Los aspectos relacionados con el cuidado personal (descanso, ejercicio y dieta) destacaron en el año 2021 fruto del cansancio vivido durante la pandemia.

La satisfacción del equipo tras la realización de la técnica fue muy alta en cada edición quien valoró positivamente la posibilidad de realizar este tipo de reflexiones.

CONCLUSIONES

Esta técnica facilitó en ambas ocasiones una parada para "reflexionar" y "compartir sensaciones" que facilita las dinámicas de trabajo del equipo en el día a día y una mejora en la cohesión de los miembros con impacto positivo en el clima laboral.

ID: 115

PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DEL GRADO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA Y PROYECTOS DE APLICACIÓN CLÍNICA

AUTORES: Isabel Polimon Olabarrieta[1]; C Soguero Ruiz[2]; JL Rojo Alvarez[3]; R García Carretero[4]; N Franco Garrobo[5]; N Tarín Vicente[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Móstoles[1456]; Universidad Rey juan Carlos[23]

JUSTIFICACION

El grado de Ingeniería Biomédica surge de la necesidad de proporcionar formación que aúne los conocimientos de ingeniería (diseño, herramientas de análisis, matemáticas, tratamiento de la información, etc) sobre una base de sólidos conocimientos de biología y medicina.

OBJETIVOS

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer nuestra experiencia en las prácticas hospitalarias de los alumnos del Grado de Ingeniería Biomédica, y presentar algunos de los proyectos que han realizado en colaboración con distintos servicios del hospital.

MATERIA Y METODOS

Actualmente es posible estudiar Ingeniería Biomédica en España en 14 universidades públicas y 4 privadas. Aunque todas ellas realizan prácticas externas en empresas del sector sanitario, solo algunas tienen prácticas en hospitales o asignatura específica basada en la aplicación de los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera al ámbito hospitalario.

Nuestros alumnos realizan prácticas a lo largo del último curso, como parte de la asignatura "Prácticas Externas 1 (Prácticas Clínicas)", que se dividen en un bloque básico de rotaciones en los distintos servicios y una rotación específica en un servicio escogido, en el que deben desarrollar un proyecto.

RESULTADOS

Los alumnos han rotado por un total de 20 servicios, tanto clínicos (médicos y quirúrgicos), como centrales (laboratorios, radiología, anatomía patológica) y de soporte (biblioteca, calidad, servicio técnico e informática), pudiendo hacerse una idea global del funcionamiento del hospital, sus necesidades, y áreas de mejora en las que podrían colaborar.

Algunos de los proyectos presentados por los alumnos durante el curso académico 2020-2021 han sido:

- Desarrollo de modelos predictivos para el diagnóstico de la hipofosfatasia, realizado en colaboración con el Servicio de Medicina Interna.
- Caracterización del riesgo de malignidad de nódulos tiroideos mediante ecografía, realizado en colaboración con el Servicio de Endocrinología y Nutrición.
- Desarrollo de una App para plataformas android de evaluación de lesiones urticariales, realizado en colaboración con el Servicio de Dermatología
- Sistema de ayuda al paciente con eczema de contacto, realizado también en colaboración con el Servicio de Dermatología.

CONCLUSIONES

Las prácticas hospitalarias de los alumnos de Ingeniería Biomédica resultan muy satisfactorias y beneficiosas para ambas partes, y dan lugar al desarrollo de proyectos de alto valor para la atención de calidad de nuestros pacientes.

La aplicación de los conocimientos y técnicas de ingeniería a la actividad que se desarrolla en los hospitales, tanto a nivel de equipación médica, prótesis, dispositivos, tratamiento y análisis de datos e imágenes, va a suponer un avance en nuestra práctica en los próximos años.

ID: 116

CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE LA APENDICITIS AGUDA DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES: Roxana Rojas Luán[1]; JM Marín Martínez[2]; F Alconchel Gago[3]; A Cantero Sandoval[4]; P Pavel Monzul[5]; P Ramirez Romero[6].
CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urgencias[1]; Servicio de Urgencias[2]; Servicio de Cirugía[3]; Servicio de Urgencias[4]; Servicio Psiquiatría[5]; Servicio de Cirugía[6].

JUSTIFICACION

Debido a la pandemia COVID-19 la atención en los servicios de urgencias ha implementado nuevos circuitos para garantizar una atención sanitaria segura y que cumpla con las necesidades de la población. Estos nuevos circuitos han traído consigo variaciones en el normal funcionamiento del hospital. Con el fin de conocer si estas variaciones podrían haber afectado la percepción de la calidad por parte de los pacientes, decidimos estudiarlo a partir de la atención prestada a los pacientes atendidos por apendicitis aguda.

OBJETIVOS

Valorar la calidad percibida en paciente atendidos por apendicitis aguda durante la pandemia.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de la calidad percibida por el paciente intervenido de manera urgente por apendicitis aguda mediante una encuesta telefónica que aplica la metodología Net Promoters Score (NPS). Se midieron 2 dimensiones de calidad percibida la accesibilidad y la información. El tiempo de estudio fueron los meses de marzo-noviembre del 2019 (prepandemia) y del 2020 (pandemia) La muestra fue de 330 pacientes o familiares (en el caso de menores de edad)

Se les llama telefónicamente y se pregunta:

- ¿Cuán probable es que recomiende a un familiar o amigo el servicio recibido en el SUH según su experiencia?
- ¿Cuán probable es que recomiende a un familiar o amigo el servicio recibido en el HCUVA valorando la información recibida durante su estancia en el hospital y las recomendaciones al alta?

Valorando en una escala tipo Likert de 1 a 10, donde 1 es muy improbable y 10 es definitivamente lo recomendaría

RESULTADOS

La media de puntuación en la muestra de 2019 es de 8,8 (DT:1,34) y en el 2020 de 8,5 (DT:1,53). Se realizó un modelo de regresión para los factores que influyen en esta percepción y se obtuvo que la edad del paciente influye de manera directamente proporcional y el tiempo de estancia en urgencias de manera inversa.

En la información al alta se obtiene en el 2019 puntuación media de 9,03 (DT:1,24) y 8,64 (DT:1,56) en 2020.

CONCLUSIONES

La percepción de los pacientes durante su atención en urgencias y posterior hospitalización por apendicitis aguda no se ha visto modificada por la pandemia COVID-19, muestra unos niveles altos de satisfacción igual a los que existían previamente en las 2 dimensiones estudiadas.

ID: 117

CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD ASISTENCIAL EN NIÑOS ANTICOAGULADOS: RESULTADOS DEL TELECONTROL FRENTE AL CONTROL TRADICIONAL

AUTORES: RAFAEL MARTOS MARTÍNEZ; M YUSTE PLATERO; E GONZÁLEZ ARIAS; L BERMEJO MARTÍNEZ; L RUBIO CIRILO; L ALFARO CADENAS.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

JUSTIFICACION

Los niños anticoagulados precisan controles analíticos que monitoricen el correcto efecto del tratamiento. Históricamente estos controles han requerido desplazamientos a centros sanitarios con el consiguiente deterioro en su calidad de vida y la de sus familias. El telecontrol podría ser una alternativa válida al permitir este seguimiento en el domicilio, sin desplazamientos y manteniendo la seguridad clínica, pudiendo facilitar una mejor atención y generando los mejores resultados en la salud de los niños, al satisfacer sus necesidades y expectativas en el menor plazo posible y de la forma más humana y eficiente.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad clínica del telecontrol.

Describir las diferencias en las complicaciones clínicas y terapéuticas de los niños en telecontrol vs. niños en control tradicional.

Evaluar el número de controles en rango (RT), tiempo de tratamiento en rango (TRT) y numero de vistas al hospital.

Estudiar el impacto en la calidad de vida de los pacientes en telecontrol.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional, ambispectivo y longitudinal, comparando dos cohortes: telecontrol y control hospitalario. En 2018 se incluyeron pacientes en telecontrol según práctica clínica habitual. Desde enero/19 y durante 14 meses, se recogieron variables clínicas y analíticas. A las familias de niños en telecontrol se les facilitoì̀µ encuestas de calidad de vida anónimas para conocer grado de satisfacción.

RESULTADOS

38 pacientes:17 telecontrol (e.media 7.6años) vs. 21 hospital (e.media 9.3).Media visitas telecontrol: 22(rango 20-30. DE 2.7),media visitas hospital 19.8 (rango 14-29. DE 4.8).Controles fuera RT mayor en G.hospitalario (9.3 vs.2,6) mantenido en todas las edades y rangos de INR. 94% de niños en telecontrol están >75% del tiempo en TRT vs. 9,6% de hospital.Estos acuden más a urgencias (53 visitas vs. 7) siendo significativo en niños >7años, con INR 2-2.5 y cardiópatas.Documentadas 12 hemorragias, 10 en G.hospitalario (4 mayores) y 2 menores en telecontrol.14 trombosis (13 hospital vs. 1 telecontrol).Administradas 89 dosis HBPM y 26 VK a niños G.hospitalario vs.15 dosis HBPM y 5 viales VK a niños telecontrol.17 encuestas de calidad de vida(telecontrol):100% mejora en conciliación familiar y calidad de vida de niños/padres.98% satisfacción con el programa y controles personalizados.100% lo recomendaría a otras familias.No se recogen problemas con el programa informático o la fiabilidad de los controles.

CONCLUSIONES

El telecontrol obtiene mejores resultados de INR, más controles en RT y mayor porcentaje de TRT. Se documentan menos visitas a urgencias relacionadas con la anticoagulación, menor índice complicaciones hemorrágicas y trombóticas y menor necesidad de soporte con HBPM o VK respecto a niños G.hospitalario. No hay diferencias que justifiquen la exclusión de niños según edad, patología o rango INR, existiendo un alto grado de satisfacción del telecontrol en concepto de calidad de vida y humanización, al evitar desplazamientos y la seguridad de los controles.

ID: 119

SEGURIDAD DEL PACIENTE TRATADO POR APENDICITIS FRENTE AL COVID-19

AUTORES: Roxana Rojas Luán[1]; JM Marín Martínez[2]; F Alconchel Gago[3]; A Cantero Sandoval[4]; P Manzur Rojas[5]; P Ramirez Romero[6].
CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urgencias[1]; Servicio de Urgencias[2]; Servicio de Cirugía[3]; Servicio de Urgencias[4]; Servicio Psiquiatría[5]; Servicio Cirugía[6].

JUSTIFICACION

Garantizar la seguridad de los pacientes al brindarles atención médica es principio fundamental por lo que al declararse la pandemia COVID-19 los servicios sanitarios buscaron modificar los protocolos y circuitos para lograr este objetivo. En la atención quirúrgica urgente se implementa el protocolo de bioseguridad que incluye la PCR COVD-19 pre quirúrgica necesaria para todos los pacientes con indicación quirúrgica. De esta forma se tomaban las medidas recomendadas durante la intervención para pacientes COVID-19 positivo.

OBJETIVOS

Valorar la eficacia del protocolo de bioseguridad pre quirúrgico en la atención de apendicitis aguda.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de la seguridad en la atención del paciente intervenido de manera urgente por apendicitis aguda en un hospital de tercer nivel durante los meses de marzo a noviembre 2020, dividido en 3 grupos primera ola, valle y segunda ola. En el estudio se excluyeron pacientes < 14 años. El protocolo de bioseguridad pre quirúrgico incluía la realización de la PCR COVID-19 a todos los pacientes previa a la intervención.

RESULTADOS

La muestra estudiada fue de 153 pacientes, en la primera ola y en el valle se le realizaron PCR COVID-19 al 42,1% y al 100% respectivamente, siendo negativa en todos los casos en estos dos periodos. En la segunda ola se realizó PCR COVID-19 al 97,9% y al 2% IgG, en este periodo se detectando 2 casos con PCR COVID-19 positivos que no presentaban clínica sospechosa para infección por SARS CoV2 y de esta forma pudieron ser intervenidos con las medidas recomendadas.

CONCLUSIONES

El protocolo de bioseguridad ha sido eficaz para detectar los casos positivos asíntomáticos de infección por SARS CoV2 previos a la intervención quirúrgica, evitando posibles contagios de profesionales y otros pacientes durante su ingreso y no se han dado complicaciones durante la intervención ni posteriores por esta infección.

ID: 131

¿PODEMOS ORGANIZAR LA CALIDAD DE FORMA DIFERENTE EN LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN?

AUTORES: Ana Rodríguez Cala[1]; P Pérez Company[2]
CENTRO DE TRABAJO: Instituto Catalán de Oncología[1]; Jubilada. Hoaspital Valle Hebron[2]

JUSTIFICACION

Los cambios en los modelos de gestión de las empresas que proponen disminuir las acciones correctivas para posicionarse mejor en su ecosistema, pivotan principalmente en las personas, la organización y la comunidad, mediante un fuerte liderazgo que gestiona la gobernanza del entorno desde la complejidad, ambigüedad, volatilidad e incertidumbre (VUCA), con una operativa de gestión concreta, medible, alcanzable, resolutiva y limitada (SMART), traen como consecuencia un nuevo posicionamientos de la calidad y su organización. En este nuevo entorno las Unidades de Calidad, y sus Coordinadores, tal como los hemos entendido durante estos últimos años, pueden sustituirse por otro modelo más dinámico, transformador e innovador.

OBJETIVOS

Proponer un cambio organizativo de la calidad, en un nuevo modelo de gestión

MATERIA Y METODOS

La propuesta se inicia cuando se elabora la Política y Plan de Calidad para el periodo 2017-2020, de una institución que comprende ocho hospitales y atención primaria. El método fue un mix entre la opinión de expertos y directivos y la participación activa de los coordinadores de calidad. Las reflexiones sobre cómo adaptar la calidad y su organización, han continuado entre las personas que inicialmente empezaron su elaboración, cuya propuesta aparece a continuación, utilizando algunas de las ideas, materiales y datos que se consideraron entonces.

RESULTADOS

Se proponen dos premisas: La Política de Calidad integrada en el Plan Estratégico, flexible y adaptable. Los Directivos responsables de la calidad del servicio de su área, con resultados en los Cuadros de Mando.

La calidad se desdobla en tres niveles de actuación. 1. Estratégico y Gestión. Acompañamiento a la dirección en la gobernanza, y el nivel 2 y 3 Operativo, coordinado con otras funciones de la institución. En cada uno de ellos, hay profesionales expertos para su desarrollo.

1. Supone el soporte a la Dirección en el desarrollo del plan de la institución y de calidad. Acompañamiento en las acciones organizativas, culturales, de comunicación, participación, etc., tendentes a propiciar los cambios necesarios para conseguir la calidad.
2. En la Unidad de Gestión del Conocimiento. La estandarización de la práctica clínica. Colaborar con los profesionales en elaboración, adecuación, y actualización de guías clínicas y normas de buenas prácticas. La formación y la innovación
3. En la Unidad de Control de Gestión. Evaluar la calidad definiendo los indicadores junto a los profesionales. Diseñar el sistema de información de la calidad. Gestionar la información manteniendo los datos en los Cuadros de Mando. Soporte en el seguimiento y análisis de los resultados. Proponer áreas de mejora en procesos y organizativos. Participar en grupos de expertos clínicos para la evaluación y mejora de la asistencia. Conocer la calidad percibida de los grupos de interés

CONCLUSIONES

Este modelo contribuirá a un cambio cultural y adhesión de los profesionales a una institución adaptada a su ecosistema

ID: 135

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA REDUCCIÓN DE DOSIS DE DABIGATRAN EN PACIENTES CON 80 AÑOS O MÁS

AUTORES: Beatriz Nucete Gallego; A Marchena León; JM Sanchez Díaz; ME Cabeza Aranda; MI Alarcón Rojas
CENTRO DE TRABAJO: Distrito Sanitario Granada Metropolitano

JUSTIFICACION

Dabigatrán es un anticoagulante oral que presenta las siguientes indicaciones terapéuticas:

- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con FANV, con uno o más factores de riesgo.
- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

La recomendación posológica en ficha técnica (FT) y según las guías de práctica clínica (GPC) es 150mg/12h. Para pacientes â‰¥80 años, se recomienda reducción de dosis a 110mg/12h.

OBJETIVOS

Analizar la adecuación de dosis prescrita de dabigatrán pacientes con FANV, TVP y EP con edad â‰¥80 años tanto de atención primaria como de especializada.

Evaluar el impacto de la intervención farmacéutica tras comunicar a los médicos prescriptores la recomendación de reducción de dosis de dabigatrán de 150mg/12h a 110mg/12h a sus pacientes con 80 años o más.

MATERIA Y METODOS

Estudio prospectivo de intervención. Se incluyeron a los pacientes de edad â‰¥80 años, con prescripción activa de dabigatrán 150mg, bien realizada por un médico de atención primaria del Distrito, compuesto por 35 Unidades Asistenciales (U.A.) o por un especialista de hospital, entre octubre y diciembre 2020. La selección de pacientes se hizo mediante la base de datos MicroStrategy®. A fecha 26 de marzo de 2021 se envió un correo electrónico a los médicos responsables, de 16 U.A., indicándoles NUHSA, nombre y apellidos, sexo, edad y centro de salud de cada uno de los pacientes de su cupo implicados, junto con un extracto de la Ficha Técnica, conteniendo la recomendación de reducción de dosis. Dos meses después, se ha procedido a hacer un seguimiento de los pacientes seleccionados en marzo, evaluando mediante el módulo de Diraya® "Prescripciones", si los médicos redujeron a 110mg/12h la dosis de dabigatrán prescrita. Una nueva intervención ha sido enviada a los médicos que no la han reducido. Los datos han sido analizados con Excel 2010®.

RESULTADOS

En el periodo estudiado, 268 pacientes â‰¥80 años, edad media 84.32±3.50 años, 62.32% mujeres, estaban en tratamiento con dabigatrán 110mg o150mg. De estos, 33% tenían prescrito dabigatrán 150mg/12. Transcurridos 2 meses tras la intervención, la reducción de dosis se produjo en el 27.27 % de los casos. Los pacientes que han continuado tras la intervención con la dosis de 150mg/12h tienen una edad media de 81.79±3.96 años. En ninguno se produjo la interrupción del fármaco en el periodo evaluado. 23 intervenciones han sido realizadas nuevamente.

CONCLUSIONES

A pesar de las recomendaciones de reajuste de dosis de dabigatrán recogidas en FT y GPC, el fármaco se prescribe y dosifica en ocasiones sin cumplirlas.

Una vez realizada una intervención farmacéutica, es necesario hacer un seguimiento, e incluso incidir en la recomendación, pues aunque esté debidamente establecida y fundamentada, no siempre es aceptada por los prescriptores.

La nueva intervención deberá ser reevaluada transcurrido un periodo de tiempo.

ID: 146

PACIENTES AL SOL: UN PASO MÁS EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: ANA RUIZ RODRÍGUEZ; P SAFWAT BAYOUMY DELIS; A HIGÓN CAÑIGRAL; L LÓPEZ GÓMEZ; E CARRASCO GONZÁLEZ; G MARTÍNEZ MARTÍN.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

JUSTIFICACION

La estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede suponer un proceso angustioso tanto para el paciente como para su familia. Las causas son múltiples, siendo una de las más importantes el confinamiento en una habitación durante días o semanas y la deprivación sensorial que esto conlleva. Una de las medidas de Humanización de los Cuidados Intensivos que se están implementando es la salida de la UCI a modo de paseo en pacientes previamente seleccionados.

OBJETIVOS

Implementar la terapia del paseo adaptándola a la idiosincrasia de nuestros pacientes y nuestro entorno y demostrar sus resultados positivos.

MATERIA Y METODOS

En primer lugar se constituyó un grupo multidisciplinar con los diferentes profesionales que trabajan en UCI y, posteriormente, se elaboró un protocolo de salidas del paciente alrededor del hospital. Dicho protocolo establece objetivos, indicaciones, contraindicaciones y procedimiento, proponiendo su uso normalizado como un tratamiento y cuidado más.

Selección de pacientes:

- Pacientes en los que se prevé una estancia mayor de una semana en UCI.
- CAM-ICU (escala de riesgo de delirium) positivo.
- Paciente dado de alta que, por falta de camas en planta, tiene que prolongar su estancia en UCI.

Contraindicaciones:

- Imposibilidad de sedestación.
- Pacientes que precisan drogas vasoactivas u oxigenoterapia con dispositivo invasivo o no invasivo.
- Inconscientes o no colaboradores.
- Alto riesgo de desarrollar situaciones de inestabilidad (arritmia no resuelta, tapones por secreciones, convulsiones).

Desarrollo:

1. Identificación diaria de pacientes subsidiarios de paseo.
2. Información e invitación a familiar y firma de consentimiento informado.
3. Determinación del horario y zonas de paseo.
4. Preparación del paciente, medicación y dispositivos de monitorización.

RESULTADOS

Se han realizado cuatro salidas de pacientes fuera de la UCI. Los cuatro pacientes precisaban oxigenoterapia a bajo flujo.

Los principales hallazgos de nuestra experiencia han sido:

- La duración de los paseos ha sido variable, entre 15 y 30 minutos.
- No se ha producido eventos de desaturación, arritmias ni otro tipo de complicaciones.
- Las sensaciones expresadas por el paciente han sido de felicidad y tranquilidad.

- Ningún paciente ha expresado sensación de miedo o temor ante presencia de posibles complicaciones.
- Todos los pacientes han manifestado mejorar su estado de ánimo tras el paseo y aumentar la sensación de bienestar.
- La opinión del familiar acompañante ha sido positiva en todos los casos, con expresión de bienestar ante la salida de la UCI.
- Preguntando a los pacientes y sus familiares si repetirían la experiencia, la respuesta ha sido afirmativa en todos los casos.

CONCLUSIONES

Las salidas diarias fuera de la UCI, paseando a los pacientes por el exterior del hospital, puede realizarse de forma fácil y segura, conllevando un riesgo de complicaciones muy bajo. La sensación de los pacientes, familiares y profesionales es positiva y beneficiosa.

ID: 168

GESTIÓN DE SESIONES CLÍNICAS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19.

AUTORES: Rosa María Pérez Manrique; I Durbán García; F Rivera Espinar; JA Guzmán Pérez; FJ García Delgado; E Del Campo Molina.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Montilla

JUSTIFICACION

La pandemia ocasionada por COVID 19 ha producido una modificación en la impartición de sesiones clínicas instauradas hasta el momento. La aparición de la pandemia supone obstáculos para la realización de éstas en un momento en el cual son importantes para nuestros pacientes debido a la novedad de la patología presentada.

OBJETIVOS

Establecimiento de reuniones del Servicio de UCI durante la pandemia COVID dada la imposibilidad de éstas por sobrecarga asistencial, falta de coincidencia de los profesionales médicos debido a gestión organizada de jornadas laborales, preocupación por autoinfección e imposibilidad de mantenimiento de distancia de seguridad dado el entorno reducido. Se realizó mediante uso de plataformas virtuales con videoconferencia para instauración de criterios unificados para diagnóstico y tratamiento de pacientes COVID, con aportación de bibliografía para mayor aprendizaje. Valoración por los facultativos de videoconferencias realizadas.

MATERIA Y METODOS

Adquisición de medio de videoconferencia en una plataforma virtual. Citación mediante email a los facultativos del Servicio de Medicina Intensiva inicialmente, con incorporación de facultativos de Neumología, Medicina Interna y Cardiología del Hospital de Montilla (Córdoba).

RESULTADOS

Se realizaron 5 videoconferencias en marzo y abril del año 2020. Se realizaron 3 videoconferencias con facultativos de Medicina Intensiva y otras dos finales con facultativos de Neumología, Medicina Interna y Cardiología del Hospital de Montilla para establecimiento de protocolos unificados para diagnostico y tratamiento de pacientes covid positivos. Se realizó un protocolo hospitalario de actuación, incluyendo actuación en Urgencias, planta de hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos. La duración de las videoconferencias fue 60 minutos, con participación del 90% de los facultativos. Imposibilidad de asistencia de uno de los facultativos por ausencia de disponibilidad de conexión de internet domiciliaria debido a situación personal. Dado el buen resultado de dichas sesiones, este método virtual se ha establecido como oficial hasta la fecha presente, con incremento de conocimientos, unificación de criterios y mayor eficacia y efectividad laboral.

CONCLUSIONES

1. Posibilidad de protocolo unificado para diagnóstico y tratamiento de pacientes covid en la UCI gracias a videoconferencias.
2. Posibilidad de reunión con facultativos de distintas especialidades para inicio de protocolo, con oportunidad de trabajo en equipo.
3. Posibilidad de reunión múltiple tanto de forma diaria (asistencia de 7 personas frente a 3 facultativos previo a la pandemia covid 19) como ocasional de forma multidisciplinar, superando los inconvenientes y asegurando la seguridad de los profesionales.
4. Esto supone un reto, dado que es una forma nueva y diferente de realización de sesiones clínicas, siendo necesario el manejo de plataformas virtuales de cara a un futuro posterior a la pandemia, ya que se han observado beneficios de su utilización.

ID: 184

SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y AGOTAMIENTO EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UCI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

AUTORES: Rosa María Pérez Manrique; I Durbán García; F Rivera Espinar; R Artacho Ruiz; JA Guzmán Pérez; E Del Campo Molina.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Montilla

JUSTIFICACION

La situación de primera línea de actuación durante la pandemia COVID 19 ha acarreado la aparición de síntomas de agotamiento emocional con síntomas somáticos en los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos, posiblemente en mayor porcentaje que en el resto de compañeros.

OBJETIVOS

Describir los niveles de agotamiento emocional y síntomas físicos de profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Montilla (Córdoba) involucrados en el tratamiento y cuidados de pacientes COVID-19.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional descriptivo en la UCI de Hospital de Montilla (Córdoba). Se analiza: Edad, sexo, horas laborables/semana, convivencia con COVID positivos, sensación de apoyo social, uso de EPIs, preocupación por situación y autoinfección, síntomas y agotamiento emocional.

RESULTADOS

Recogidos 53 formularios (90% de profesionales) (8 médicos, 27 DUE (diplomados universitarios de enfermería) y 18 TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería). El 41.51% (n=22) son hombres (7 médicos, 9 DUE y 6 TCAE) y el 58.49% (n=31) mujeres (1 médico, 18 DUE y 12 TCAE). La edad media es 42.45 años (DE 9.23). El 3.8% (n=2) ha convivido con personas con positivas para COVID. El 94.34% (n=50) ha tenido preocupación por la situación (8 médicos, 25 DUE y 17 TCAE). El 100% de los profesionales (n=53) ha utilizado EPIs. el 79.25% (n= 42) por autoinfección (2 médicos, 23 DUE y 17 TCAE). El 9.62% (n=5) trabaja menos de 20 horas semanales, el 59.62% (n=31) entre 20 y 40 horas y el 30.77% (n=16) más de 40 horas. El 87% de los profesionales (n=46) se siente reconocido socialmente por su trabajo. El 50% de los médicos se ha sentido agotado menos del 50% de los días. Con respecto al personal de enfermería, nunca se ha sentido agotado (DUE 22.3%,TCAE 33.4%), menos del 50% de los días (DUE 55.5%,TCAE 44.4%), más del 50% de los días (DUE 14.9%,TCAE 16.7%) y casi todos los días (DUE 7.4%,TCAE 5.5%). Presentaron aumento de irritabilidad el 62.5% de los médicos, 77.8% de DUE y 72.2% de TCAE. Presentaron cambios alimenticios el 50% de médicos, 66.6% de DUE y 83.3% de TCAE. Presentaron dificultad para el sueño el 75% de médicos, 88.8% de DUE y 77.8% de TCAE. Presentaron dificultad para respirar el 25% de médicos, 18.5% de DUE y 22.2% de TCAE. Presentaron vértigo el 12.5% de médicos, 11.1% de DUE y 11.1% de TCAE. Presentaron palpitaciones el 25% de médicos, 33.3% de DUE y 22.2% de TCAE.

CONCLUSIONES

Esta investigación destacó el enorme impacto psicológico y físico del brote de emergencia de COVID-19 en los trabajadores sanitarios de la Unidad de Cuidados Intensivos.

ID: 185

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID EN LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

AUTORES: MARIA ISABEL GONZALEZ ANGLADA; C GARMENDIA FERNÁNDEZ; P SANMARTIN FENOLLERA; J MARTIN FERNANDEZ; F GARCIA PEREZ; AI HUELMOS RODRIGO.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

JUSTIFICACION

La pandemia COVID ha supuesto el reto asistencial más importante de los últimos años. Los residentes han estado en primera línea en la atención a los pacientes COVID, han interrumpido las rotaciones de sus programas y su formación se ha visto afectada.

OBJETIVOS

Valorar el impacto de la pandemia COVID en la Formación Sanitaria Especializada en un Hospital Docente a través de la percepción de los residentes sobre su aprendizaje.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional cuantitativo y cualitativo prospectivo a los 167 residentes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón mediante una encuesta electrónica realizada tras la primera ola. Se recogen los datos biográficos, el lugar y la carga de trabajo, los aspectos negativos y positivos en la formación percibidos por el residente. Valoraron la ganancia en las competencias profesionales basadas en el modelo Cruces/ ACGME mediante una escala Likert de cuatro niveles “nada”, “poco”, “bastante” o “mucho”

RESULTADOS

Contestan a la encuesta 59 residentes, 66,7% mujeres con edad media de 28,7 años. Según el año de residencia fueron 11,9% primero, 22% segundo, 30,5% tercero, 20,3% cuarto y 15,3% quinto. Todas las especialidades el hospital estuvieron representadas excepto cuatro (Análisis Clínicos, Ginecología, Rehabilitación y Radiodiagnóstico). Trabajaron con pacientes COVID el 91,5%: en urgencias 75,9%, hospitalización 48,1%, cuidados críticos 16,7%, servicios centrales 9,3%, centros de salud 18.5%, IFEMA 3.7% y otros 13%. Dejaron la rotación el 84.2%. La carga de trabajo fue mayor en 76%, el 80,7% trabajó más de 40 h. El 3,4% realizó 4 guardias al mes, el 22% 5, el 44% 6, el 12% 7, y 3 más de 7. Un 56% hizo más guardias que habitualmente. Un 37,3% presentó síntomas COVID.

El impacto de la pandemia en el aprendizaje fue importante para el 94,8%. Percibieron una ganancia significativa (bastante o mucho) en Trabajo en equipo, el 93,2%, Profesionalismo 86,2%, Ética 79,7%, Comunicación 78%, Autoaprendizaje 72,8%, Cuidados del paciente 69,5%, Gestión de recursos 64,4%, Gestión de la información 66,1%, Educador 62,7%, Seguridad del paciente 44,1%, Habilidades técnicas 40,6% y Investigación 30,5% Las competencias técnicas fueron deficitarias. Un 67,8% se sintieron superados por cansancio-impacto emocional, sobrecarga asistencial, conflictos éticos y falta de recursos.

Percibieron un balance final del aprendizaje positivo el 54,4% que se asoció a especialidades médicas y centrales

CONCLUSIONES

La pandemia COVID ha supuesto un importante impacto en la Formación Sanitaria Especializada. Los residentes refieren un efecto negativo sobre su aprendizaje por la sobrecarga asistencial y el impacto emocional, con pérdida de oportunidades de aprendizaje fundamentalmente cientificotécnicas. Como efectos positivos han ganado en trabajo en equipo, profesionalismo y comunicación. Es necesario reevaluar los programas formativos para garantizar la adquisición de las competencias técnicas deficitarias.

ID: 186

MOVILIZACIÓN TEMPRANA EN UCI: UNA ALIADA PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL. CAMINO HACIA LA INTEGRACIÓN DE FISIOTERAPIA

AUTORES: TIRSO DOCAMPO FERREIRA; A CHAMORRO COMESAÑA; D VILA FERNÁNDEZ; RM RODRIGUES GOMES; N FERNÁNDEZ PIÑEIRO; N PEXEGUEIRO BALADRÓN.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO

JUSTIFICACION

La movilización temprana en la UCI aporta un beneficio contrastado por la comunidad médica en general y cada vez, en mayor medida, forma parte de los protocolos de guías clínicas, siendo una actividad de obligado cumplimiento. Sin embargo, todavía dista de ser una práctica habitual en gran parte de las UCIs.

La movilización y ejercicio precoz, incide directamente en la disminución de tiempos de intubación, disminuye atelectasias, mejora la capacidad física del paciente a la salida de UCI, y mejora su pronóstico.

Está documentado que el tiempo de inactividad que tiene a lo largo del día un paciente en una Unidad de Críticos repercute directamente de forma negativa en su recuperación.

Según los estudios, las principales barreras para esta movilización son la intubación y la sedación.

OBJETIVOS

Dotar al paciente de estímulos que faciliten la movilización para avanzar en su recuperación. Para ello se necesitará de un recurso que permita aprovechar las ventanas de sedación de cara a la extubación, y una vez extubado, facilite y promueva la actividad en el paciente, bien de manera pasiva, activo-asistida o activa.

Integrar al fisioterapeuta como parte del equipo multidisciplinar en las Unidades de críticos, lo que facilitará el inicio precoz, tanto de la movilización como de la fisioterapia respiratoria, al no ser necesario solicitar un tratamiento a un Servicio Central. Siendo un recurso propio de las Unidades de Críticos permitirá que se adapte a las necesidades cambiantes del paciente.

MATERIA Y METODOS

Desde marzo de 2021 tras una experiencia piloto un año antes con motivo de la pandemia por Covid-19, se ha puesto en marcha en nuestro hospital un programa de fisioterapia 7 días/semana, suponiendo un gran avance respecto a la jornada de 7 horas tradicional con atención sólo tras petición de interconsulta.

Este personal se ha integrado dentro del equipo de profesionales de las Unidades de críticos y desempeñan su trabajo asistencial completo en dichas unidades.

Se han establecido con los facultativos de estas Unidades “ventanas de sedación” (períodos en los que se baja el nivel de sedación), para que el paciente pueda participar más activamente en su recuperación con ejercicio activo/asistido.

RESULTADOS

En este último período ampliado que se prolonga 2 meses y medio, se han realizado 478 intervenciones, documentando en cinco ocasiones la resolución de complicaciones que derivarían en reintubaciones.

Este programa pionero en las UCIS españolas, cumple con las directrices recomendadas por la guía de buenas prácticas clínicas “Humanizando los Cuidados Intensivos”.

CONCLUSIONES

La integración del fisioterapeuta en las unidades de críticos 7 días semana, aporta mayor calidad asistencial, contribuye a evitar complicaciones tanto respiratorias como motoras, reduce las estancias en UCIs, mejora la comunicación con el resto del equipo de la UCI, paciente y familias, y asegura una continuidad de cuidados, tanto a nivel de la propia unidad, como tras el traslado a planta hospitalaria.

ID: 195

CHECKLIST SOBRE SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

AUTORES: MARTA QUINTELA MARTINEZ; M ARIAS GUILLEN; A ALICARTE GRACIA; E GOMÀ FREIXES
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC BARCELONA

JUSTIFICACION

Las organizaciones sanitarias deben realizar un análisis de riesgos y oportunidades que permita integrar e implementar las acciones de mejora en las diferentes etapas del proceso.

En el contexto de nuestro sistema de gestión de calidad en la sección de Hemodiálisis se ve la necesidad de controlar riesgos, verificar las competencias del personal y detectar oportunidades de mejora que garanticen la seguridad del paciente durante el tratamiento, así como la mejora de la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Implementación de un Checklist de seguridad clínica para la vigilancia del proceso de hemodiálisis.

MATERIA Y METODOS

Estudio prospectivo observacional desde mayo 2017 a mayo 2021. Se diseñó un Checklist de seguridad clínica para evaluar la ratio de cumplimiento de 64 ítems durante el proceso de atención al paciente, dividiéndolo en dos momentos críticos:

Etapa I: Recepción del paciente -Etapa de conexión y Control de la sesión de HD

Etapa II: Etapa de desconexión -Despedida/traslado del paciente -Limpieza de monitores, material y de la unidad

Se realizaron 20 observaciones anuales en las dos unidades de hemodiálisis valorando todos los turnos de enfermería. Una vez analizados los datos recogidos se detectaron las necesidades de formación en los ámbitos específicos, redactando un informe anual.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 100 observaciones detectando oportunidades de mejora relacionadas con la acogida e identificación segura del paciente, higiene de manos, control del dolor, limpieza de la unidad y del material relacionado con el tipo de aislamiento. Las acciones llevadas a cabo fueron:

- Redactamos un protocolo de identificación segura del paciente.
- Mejoramos la formación competencial del personal en áreas específicas: Higiene de manos, prevención de riesgos laborales, calidad y seguridad clínica, manipulación de alimentos, valoración del dolor, entrevista motivacional, manejo acceso vascular diálisis, gestión emocional, informatización del proceso de atención y uso de EPI-B.
- Adecuamos los espacios de las dos unidades par atender a la fragilidad detectada.
- Diseñamos proyectos Right Care: optimización del retorno venoso, administración heparina, identificación del acceso vascular.
- Creamos un stock de seguridad de material imprescindible para asegurar los tratamientos. Se introducen cánulas catéter para evitar extravasaciones en AV en pacientes desorientados.
- Adaptamos el checklist a la pandemia Covid

Con estas medidas se observa una consolidación de la valoración del dolor, mejor control y detección de los pacientes frágiles. Asimismo, se evidencia un incremento de identificación segura y un mejor registro de los factores de riesgo de los pacientes e identificando un escaso número de casos/contactos COVID.

CONCLUSIONES

El Checklist de seguridad clínica es una buena herramienta para conseguir una unificación del proceso de atención al paciente en hemodiálisis, y ha representado una mejora en los resultados de la atención controlando los riesgos asociados a este proceso.

¿PORQUE HACERLO MOELSTANDO CUANDO CUESTA POCO Y ES MAS FACIL?. SEDACIONES REALIZADAS POR INTENSIVISTAS

AUTORES: Emilio del Campo Molina; I Durban Garcia; R Perez Manrique; MA Garcia Prior; F Rivera Espinar; M Chicano Gallardo.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Montilla. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir

JUSTIFICACION

Los intensivistas podemos ser útiles fuera de nuestra UCI. Hay procesos hospitalarios donde nuestro trabajo sirve como herramienta de calidad y damos valor al trabajo realizado por otras especialidades. Desde el 2008 los intensivistas de nuestro hospital comenzamos a realizar sedaciones en los procedimientos de endoscopia y colonoscopia. Lo que empezó siendo una excepción, actualmente es lo habitual en nuestro hospital, trasladando este proceder a otros 2 hospitales más de la misma empresa.

OBJETIVOS

1. Analizar las sedaciones en el área de digestivo que hemos realizado desde el 2008 hasta Mayo del 2021
2. Valorar si las sedaciones realizadas por UCI en procedimientos de colonoscopia/endoscopia disminuyen la percepción del dolor en los pacientes y dan calidad a este procedimeinto.
3. Valorar otros resultados de la encuesta de calidad.

MATERIA Y METODOS

Registro de las sedaciones realizadas desde el 2008 hasta la actualidad en una base de datos propia (Access). 2018: Se procedió a la realización de un cuestionario de percepción del dolor y de satisfacción que se rellenó por el paciente y endoscopista antes y posterior a la sedación, así como al intensivista que realizaba la sedación. La recogida de datos de calidad se realizó los Martes y Miércoles. Para la estadística de variables cualitativas se usaron rangos del 1 (Ninguno o nada) al 10 (Lo que más). Para estadística del estudio usamos medias, máximos, mínimos, y Desviación estándar. Para la determinación del dolor del paciente se rechazaron aquellos casos, donde se había realizado la prueba anteriormente usando sedación (160 casos)

RESULTADOS

Se han realizado 2221 sedaciones en total (84,8% colonoscopias). Se ha ido incrementando el Nº en años sucesivos desde el comienzo del proyecto. Se han recogido 613 encuestas sin rechazar ningún cuestionario. Colonoscopias 84,8%, endoscopias 15,17%. Varones: 42,9%. Edad media: 55,4 (Max 88-Min 14), y un tiempo medio por proceso de 27,83 min. Dolor que el paciente cree que va a tener presedación: 7,62 (Max-Min: 10-2). Dolor que ha tenido tras el procedimiento: 1,1 (6-1). Satisfacción del endoscopista: 9,89 (10-7). Dificultad para sedación del intensivista: 1,1 (6-1). No hubo ninguna complicación en nuestra serie.

CONCLUSIONES

1. La sedación realizada por intensivistaS en colonoscopias/endoscopias disminuyen claramente la percepción de dolor
2. Los intensivistas podemos aportar al hospital mejoras en el dolor y percepción de técnicas invasivas en otras zonas de trabajo fuera de la UCI.
3. Es posible salir de nuestras UCIs, mejorando la calidad de ciertas técnicas de otras especialidades.
4. La satisfacción del endoscopista que realiza la técnica y la percepción del paciente son claves en la mejora de la calidad percibida.

ID: 197

MIRAME A LA CARA: ESTAS SON MIS CICATRICES.

AUTORES: Emilio del Campo Molina; R Perez Manrique; MC Exposito Casado; AD Pedraza Cantero; I Jimenez Priego; MA Ramirez Pérez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Montilla. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir

JUSTIFICACION

La difusión de las situaciones y emociones vividas por el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos durante la primera fase de la pandemia COVID 19 debe ser recordado. Han sido situaciones donde el miedo ha estado presente sobre todo en los primeros meses de la pandamia: Es justo reconocer el trabajo que se ha desarrollado en las UCIs.

OBJETIVOS

Describir las lesiones y rasgos faciales del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Montilla (Córdoba) tras la atención a pacientes COVID 19 tras la finalización de la jornada laboral, expresando en ellas sentimientos emocionales vividos como equipo, como profesionales y como personas: Sentimientos que afloran y que merece la pena difundirlos

EL TRABAJO ES UN VIDEO REALIZADO CON FOTOS DE LOS PROFESIONALES

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional mediante realización de fotografias al finalizar la jornada laboral del personal sanitario de la Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizaron fotografías bajo consentimiento verbal al personal adscrito a la UCI. Recogida de fotos durante la pandemia

RESULTADOS

Se exponen de forma grafica mediante video las imágenes del personal sanitario de la Unidad de Cuidados Intensivos con lesiones tras la retirada del equipo de protección individual, visualizándose rostros magullados y destrozados tras la intensa jornada laboral, así como sentimientos emocionales descritos de manera grafica y las vivencias desarrolladas en este periodo. El resultado es un video desde el inicio, reflejando a los profesionales, y los sentimientos que en ellos ha producido.

CONCLUSIONES

La pandemia ocasionada por COVID 19 ha originado aparición de lesiones faciales, así como miradas no vividas anteriormente, hecho que demuestra el riesgo físico y emocional al que han estado sometidos los profesionales sanitarios, motivo de aplauso a su trabajo. Esto supone un suceso que no debe olvidarse, debiendo ser la sociedad partícipe de esta situación.

ID: 212

¿HUMANIZAMOS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19?. REVISIÓN DE PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES.

AUTORES: Emilio del Campo Molina; R Perez Manrique; F Rivera Espinar; I Durban Garcia; MA Ramírez Përez; R Artacho Ruiz.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Montilla. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir

JUSTIFICACION

Revisión de protocolo de acompañamiento a los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos adaptado a las restricciones de la pandemia ocasionada por COVID 19. Los pacientes han quedado sin acompañamiento debido a las restricciones de la pandemia

OBJETIVOS

Establecer un protocolo de acompañamiento familiar durante la pandemia por Covid 19, contrarrestando así la situación de anulación de acompañamiento. Revisión del procedimiento activo para realizar mejoras en el acompañamiento de determinados pacientes que se beneficiarían de éste, o abrir este procedimiento en caso de necesidades humanas, como es el final de la vida.

MATERIA Y METODOS

Reunión entre áreas asistenciales de Medicina Preventiva, Unidad de Cuidados Intensivos, Dirección Gerencia, Dirección Médica y Dirección de enfermería. Se establecieron situaciones específicas para la posibilidad de acompañamiento de determinados pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, existiendo la normativa de “no acompañamiento” de pacientes durante la pandemia.

El procedimiento se activó en las siguientes situaciones: Estancia mayor a 3 días en la Unidad de Cuidados Intensivos, situación de empeoramiento clínico, intubación orotraqueal, próximo fallecimiento del paciente u otras circunstancias especiales con previo conocimiento de jefe de la guardia y supervisor de guardia durante los periodos de guardia o jefe de servicio y supervisora de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos durante los días laborables.

RESULTADOS

Realización de información telefónica en el 100% de los pacientes ingresados en la Unidad Especial de manera diaria, y dos veces al dia. Se han establecido circuitos para los familiares de los pacientes en el acompañamiento, según existencia de sospecha/confirmación de COVID 19, con entrada de un familiar por paciente, con máximo de dos familiares según situación clínica, proporcionando equipos de protección individual a éstos. Se ha observado que el 80% de los pacientes ingresados en la UCI durante este periodo se han beneficiado de este procedimiento.

CONCLUSIONES

A pesar del hermetismo instaurado en las Unidades de Cuidados Intensivos durante la pandemia por COVID 19, se ha intentado conservar el acompañamiento de los pacientes, con beneficios tales como el agradecimiento de pacientes y familias, facilidad del proceso de información con mayor fluidez de ésta y mejor forma de afrontamiento por parte de los profesionales de la pandemia por COVID 19.

ID: 216

REACREDITACIÓN BAJO EL ESTANDAR DE LA JOINT COMMISSION INTERNACIONAL EN TIEMPOS DE CONVIVENCIA CON LA COVID

AUTORES: ALMUDENA DÍEZ MENÉNDEZ; C DÍAZ SANCHEZ; I MARTÍNEZ GONZÁLEZ; M GUTIERREZ PÉREZ; D ROMERO LOAIZA.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VITHAS MADRID ARTURO SORIA

JUSTIFICACION

A pesar de tener que adaptarnos a la situación generada por la pandemia y modificar los procesos del hospital, hemos conseguido reacreditarnos con el sello de oro, del estándar JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI)

OBJETIVOS

- Seguir trabajando con los mismos estándares de calidad y seguridad del paciente durante todo el periodo de pandemia.
- Adaptar las revisiones de los indicadores de calidad a la realidad de la situación.
- Mantener el espíritu de la Joint Commision International en el hospital para reacreditarnos en Abril del 2021
- Incluir en los procesos del hospital todo lo aprendido durante el periodo de pandemia y del estado de alarma.

MATERIA Y METODOS

Mantener durante todo el año 2020 los estándares de la JCI vivos en el hospital, a pesar de haberle tenido que acondicionar para albergar al mayor número de pacientes covid posibles. Se adaptaron las REAS del quirófano como UCIS y algunas habitaciones se duplicaron para aumentar la capacidad, solicitando camas a los hospitales del grupo. Se consiguieron todos los respiradores necesarios para cubrir todas las necesidades de los pacientes y los equipos de protección individual.

Desde finales del 2020 y primeros del 2021, se está conviviendo con dos circuitos dentro del centro dando cabida a todos los pacientes, covid y no covid. A pesar de que parte del personal estuvo de baja, y se está dando la situación de la falta de personal de enfermería, hemos conseguido trabajar al unísono para mantener todos los estándares de la JCI y formar a todo el personal nuevo.

También hemos tenido que adaptar toda la documentación y la implantación a la versión 7 de la JCI.

Finalmente, valoramos con la organización de la JCI realizar una auditoria híbrida, 2 auditores en remoto y un auditor de forma presencial y para ello realizamos un estudio de viabilidad con el quipo auditor de la auditoría híbrida, haciendo diferentes pruebas con un carro, un portátil y una cámara.

Se adaptaron los espacios para que todo el personal participara de forma presencial, en la medida de lo posible y cumpliendo todas las normas de distanciamiento.

RESULTADOS

La JCI consta de 13 Funciones en las cuales se agrupan 1156 elementos medibles, de los que hemos tenido 21 observaciones por parte del equipo auditor, que nos aporta valor y que podamos mejorar de manera continua. Se han establecido 237 Indicadores de los cuales se han establecido objetivos para la gran mayoría para medir todos los procesos del hospital.

También estamos certificados en la ISO 9001+ISO 14001

CONCLUSIONES

Se han mantenido todos los estándares de seguridad del paciente e incluso se han incluido los nuevos elementos medibles de la versión 7 de la JCI, a pesar de las condiciones adversas que han acontecido durante este último año. Por lo que podemos afirmar que desde el año 2017, cuando se implantó la JCI por primera vez, se ha realizado un trabajo de afianzamiento de todos los estándares, y durante todo el periodo de pandemia que ha contribuido al éxito en este año 2021.

ID: 218

PROGRAMA DE SIMULACROS Y AUTOEVALUACIONES PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO EN URGENCIAS

AUTORES: Juan Andújar Taveras; A Píris Villaespesa; S Salazar Valle; T Núñez Gómez Álvarez; M Cerdán Carbonero; B Hernández Moreno.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

JUSTIFICACION

El entrenamiento de situaciones de emergencias es esencial para los profesionales de urgencias en sus diferentes roles, pero los turnos rotativos dificultan la formación de conjunto. Una formación participativa y amena con simulacros entrenaría al equipo para el beneficio del paciente y la satisfacción del profesional.

OBJETIVOS

Mejorar la experiencia del profesional al satisfacer una necesidad formativa realizando simulacros y autoevaluaciones que integren los roles del equipo de urgencias, auxiliares, DUEs o médicos, siendo protagonistas, formadores y formados, aumentando la confianza de conjunto.

Permitir el aprendizaje mediante sesiones participativas de autoevaluación, lejos del método académico.

Descubrir carencias y proponer mejoras en la atención del paciente crítico diseñando protocolos de actuación que se mantengan actualizados.

Aumentar la seguridad del paciente al disminuir la variabilidad en la atención con el entrenamiento en situaciones simuladas, favoreciendo la rutina, la comunicación y el trabajo en equipo.

MATERIA Y METODOS

Los organizadores proponen supuestos de nivel I (emergencia vital), en diferentes áreas de conocimiento y diseñan un itinerario ("pathway") de asistencia que lleva a preservar la vida del paciente y al diagnóstico correcto para cada uno de ellos.

Tomado un supuesto se inicia un simulacro sin previo aviso, accionando la sirena de emergencias como en un caso real. Utilizando un muñeco de simulación "Anne" y partiendo de una situación clínica, el paciente mejora o empeora controlado en remoto con un dispositivo Sim Pad según los actos realizados por el equipo que lo atiende, visualizando constantes y ECG con el programa Laerdal Patien Monitor. Un evaluador externo marca los ítems del itinerario correcto realizados. La actuación es grabada con una cámara Victure 4K 60FPS 20MP y visualizada en sesión de autoevaluación para que participantes y espectadores propongan acciones de mejora.

RESULTADOS

En 1 año se han realizado 6 simulacros con sus autoevaluaciones. Las mejoras propuestas han permitido crear grupos de trabajo que ya han actualizado 4 protocolos: Politraumatismo, ictus, fibrilación auricular y hemorragia digestiva alta, poniendo en marcha de un programa autoformativo de sesiones clínicas con difusión on line, dado el interés de los profesionales por participar incluso fuera de su jornada laboral, con una asistencia un 30% mayor que antes de la implantación de este sistema.

La satisfacción de los profesionales medida en una encuesta muestra al 86% satisfecho o muy satisfecho con la metodología de los simulacros y autoevaluaciones. El 93% cree que mejora su seguridad ante el crítico y el 94% opina que mejora el trabajo en equipo.

CONCLUSIONES

La participación en un área de interés como la atención en al paciente crítico mediante simulacros fomenta el aprendizaje, la implicación y el trabajo en equipo del conjunto de los profesionales lo que se traduce en seguridad para el paciente y satisfacción para todos los roles del servicio de urgencias.

ID: 219

HUMANIZAR CUANDO UNA PANDEMIA LO CAMBIA TODO

AUTORES: LETICIA ANSEDES GARCIA; T ALONSO ANTUÑA; S ROJO ROZADA; C FERNANDEZ RODRIGUEZ; AB GARCIA GARCIA; M DEL VALLE FERNANDEZ.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VALLE DEL NALON

JUSTIFICACION

Durante la pandemia por COVID-19 se tomaron medidas excepcionales que alcanzaron a todos los aspectos de la vida, con el objetivo de reducir el contagio de la enfermedad. Su reflejo en el ámbito asistencial obligó a disminuir las presencias en los centros y modificar el régimen de visitas hospitalarias. Todo esto generó una de las consecuencias más duras de este período: la falta de acompañamiento de los/as enfermos/as y las dificultades para el acceso a la información sanitaria.

OBJETIVOS

Paliar el impacto emocional de las medidas restrictivas adoptadas

Mantener el contacto entre las personas hospitalizadas y sus seres queridos

Disminuir la ansiedad de las familias

Asegurar el acompañamiento en situaciones de especial vulnerabilidad

Facilitar el duelo

MATERIA Y METODOS

Los distintos Órganos de Gobernanza establecidos para la gestión de la crisis, con el apoyo del Comité de Ética y la Unidad de Calidad, pusieron en marcha las siguientes medidas:

- Aseguramiento del acompañamiento en las primeras 24 horas tras Intervención Quirúrgica y parto y permanente en menores de edad, personas con gran dependencia o en situaciones de final de vida
- Dotación de tablets y móviles y puesta en marcha del circuito para la realización de videollamadas entre pacientes y seres queridos
- Procedimiento para el acompañamiento en situaciones de final de vida durante la pandemia
- Recuperación de las visitas de forma general en cuanto la situación lo permitió. Elaboración de un tríptico informativo para mantener la seguridad de pacientes, profesionales y acompañantes
- Sistematización de la información diaria telefónica a las personas designadas por el/la paciente por parte del/la médico/a responsable, una vez realizado el pase de visita
- Para el acompañamiento de pacientes con diagnóstico COVID confirmado o sospecha COVID en las situaciones permitidas se puso en marcha un compromiso informado del cumplimiento de medidas durante la visita, así como la entrega de un tríptico informativo específico, permitiendo la visita bajo medidas estrictas de seguridad

RESULTADOS

Las personas en situación de final de vida han estado acompañadas y sus familiares han podido despedirse, facilitando así el duelo.

Las 1557 videollamadas realizadas han ayudado a mitigar la soledad de las personas hospitalizadas

Las personas recién intervenidas han podido estar acompañadas en las primeras 24h

Las madres no han estado solas durante el parto y no se han separado de sus hijos/as. Se ha asegurado el acompañamiento a las personas más vulnerables (menores, personas con déficits cognitivos...)

CONCLUSIONES

Cuando la pandemia llevó al sistema sanitario a una situación cercana al colapso, obligó a cambiar la forma de cuidar y despojó a los enfermos del apoyo de sus familiares, los/as profesionales no cesaron en el empeño de buscar alternativas para mejorar la calidad de la asistencia, para mantener el contacto aunque de forma diferente y para preservar los valores que nos hacen humanos. Hemos aprendido a trabajar para las personas con las personas.

ID: 220

ASESORAMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO PRENATAL ANTE EL DIAGNÓSTICO DE UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA . ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

AUTORES: Raquel García Delgado; A Cruz García; J Guijarro Guedes; H González de la Torre; L Ríos Rodríguez; R Bellot Fernández.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

JUSTIFICACION

El asesoramiento que se les da a los progenitores tras el diagnóstico de una cardiopatía congénita es una parte generalmente infravalorada, pero que requiere tanta importancia como el diagnóstico preciso de la propia cardiopatía

OBJETIVOS

Analizar la percepción de los padres respecto al asesoramiento recibido en nuestra Unidad de Diagnóstico prenatal, ante el diagnóstico prenatal de una cardiopatía congénita (CC) severa, así como el apoyo proporcionado por el personal sanitario. Detección de áreas de mejora en todo este proceso.

MATERIA Y METODOS

Consulta telefónica a mujeres con diagnóstico prenatal de una CC compleja, sin anomalías extracardíacas ni cromosómicas asociadas. Analizamos la cantidad y calidad de la información recibida por un equipo multidisciplinar (ginecólogo, cirujano pediátrico y/o cardiólogo pediátrico), la confianza en los profesionales y el acompañamiento/apoyo recibido por el personal sanitario. Las preguntas se distribuyeron en tres secciones: satisfacción, experiencia personal y áreas de mejora. Se utilizó una escala de Likert.

RESULTADOS

Se realizó la encuesta a un total de 60 pacientes: 34 que continuaron con la gestación y 26 que finalizaron la misma con una interrupción legal de la gestación (ILE).

La información respecto a la patología, los tratamientos disponibles y sus posibles complicaciones fue considerada como buena o bastante adecuada en ambos grupos en un 80-97% de las mujeres. El equipo médico inspiró gran confianza en un 98% de las mujeres y fue muy empático para el 85% de las mismas.

El 88% de las pacientes sintieron que fueron informadas de la posibilidad de ILE de una manera imparcial.

El contacto con otras familias con niños afectos por la misma CC fue de gran ayuda para el 73% de las pacientes que continuaron con la gestación.

El 71% de las pacientes que continuaron con la gestación sintieron que el manejo postnatal del recién nacido fue el esperado.

A pesar de que el 80% de las mujeres se sintieron acompañadas por el equipo sanitario, un 49% de las mujeres con ILE sintieron poco o nulo apoyo emocional.

Un 67% del global de las pacientes consideran al equipo médico muy accesible para resolver dudas posteriores a la consulta. No obstante, un 46% de las pacientes con ILE lo consideraron nada accesible, a pesar de ofrecer a las mismas un número de teléfono de contacto.

La satisfacción global de las gestantes que continuaron la gestación fue de 88,8 (sobre 100), frente a 73,5 (sobre 100) en las gestantes con ILE ($p< 0,001$).

Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de consistencia interna Alpha Cronbach de 0,83.

CONCLUSIONES

La satisfacción global fue mayor en el grupo que continuó con la gestación que en el grupo de ILE, a pesar de ser atendidos por el mismo equipo de profesionales.

Es necesario el apoyo psicológico profesional en estas pacientes, especialmente en el grupo de ILE. El estado de shock inicial experimentado por las gestantes ante un diagnóstico de CC dificulta la asimilación de la información ofrecida. Debemos mejorar estos aspectos.

ID: 221

CERTIFICACIÓN DE UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA EN NORMA ISO 9001:2015

AUTORES: JOSE ANTONIO MOLINA ORTIZ; C TAFALLA BORDONADA; B DE ESTEBAN MARFIL; R MANCHEÑO CARPINTERO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

JUSTIFICACION

La ISO 9001:2015 es una norma internacional que se aplica a los sistemas de gestión de calidad (SGC) y se centra en los elementos de gestión de calidad con los que una organización debe contar para tener un sistema efectivo que administre y mejore la calidad de sus servicios.

La coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria constituye un pilar fundamental para ofrecer al usuario una atención integral y continuada cuyo objetivo principal es potenciar la coordinación entre hospital, centros de salud y centros Sociosanitarios para mejorar la continuidad de cuidados en los pacientes de riesgo alto.

La certificación de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) del Hospital Universitario de Móstoles supone planificar, establecer y mejorar continuamente el desempeño de los procesos, bajo un esquema de efectividad que permita mejorar la organización del trabajo.

OBJETIVOS

Implementación de un procedimiento de gestión de calidad.

Desarrollo y elaboración de un plan de acción para llevar a cabo la normalización de documentos.

Establecer un programa de implementación de procedimientos y protocolos normalizados según ISO 9001

MATERIA Y METODOS

Realización e implementación de un procedimiento de planificación y control operacional de la realización del producto de la UCA.

Alcance: Afecta al trabajo realizado por la UCA en relación al desempeño de actividades hospitalarias y conjuntas con otros niveles asistenciales.

Elaboración de protocolos internos y conjuntos con otras unidades/niveles asistenciales.

Realización de análisis DAFO: determinación de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. Realización de matriz de riesgos con el fin de intentar dar solución a los riesgos objetivados.

Establecimiento de diagramas de flujo: derivación óptima del paciente crónico complejo, evitando su paso por urgencias

RESULTADOS

Formación. Debemos formar a los profesionales en los requerimientos de la norma ISO 9001:2015 mediante sesiones de formación

Diagnóstico inicial. Realización de análisis DAFO

Cronograma de tareas.

Documentación del sistema de calidad. Todos los procesos identificados se documentan, siguiendo el diseño establecido por la norma, determinando al alcance, las definiciones del proceso, su desarrollo y la existencia de indicadores y registros asociados.

CONCLUSIONES

Establecer un SGC indica que se han establecido los procedimientos necesarios para garantizar la calidad en los servicios ofertados. Conlleva estandarizar todos los procesos, así como la documentación, reuniendo material, optimizando recursos y detectando fallos. Requiere implicación por parte de los profesionales para conseguir un trabajo organizado y supone una labor de cohesión de los estamentos implicados en un objetivo común. La decisión de someterse a evaluación de un SGC con la norma ISO implica tener la destreza suficiente para afrontar las evaluaciones externas de calidad, y el compromiso de corregir o reestructurar las irregularidades o anomalías detectadas durante los exámenes, si no se cumple con dichos estándares.

ID: 222

ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL (AEP) EN UN HOSPITAL METROPOLITANO: ESTUDIO DELPHI

AUTORES: Anna Morillo Rodríguez; S Alonso Fernández; JM Modol Deltell; B Soldevila Madorell; LL Benito Aracil; D Parés Martínez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

JUSTIFICACION

En la gestión clínica de un centro sanitario el manejo de los ingresos y estancias hospitalarias constituye un aspecto clave en la programación y actividad diaria del centro. Existen distintas experiencias publicadas en la literatura en las que se aplican herramientas validadas como la Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). No obstante, este instrumento no da una respuesta lo suficientemente precisa cuando es aplicado en nuestra realidad asistencial.

OBJETIVOS

Adaptar el instrumento AEP para examinar la adecuación o inadecuación de los ingresos y las estancias hospitalarias de nuestra realidad asistencial mediante el desarrollo de un estudio Delphi.

MATERIA Y METODOS

Se seleccionó un grupo de expertos (n=15) para el desarrollo de la técnica Delphi en "cuasi-anonimato" con un total de 3 rondas. Los ítems del formulario de la primera ronda se conformaron a partir del cuestionario AEP y este fue cumplimentado online. En esta fase, además, se solicitó a los participantes que aportaran algún ítem más si lo consideraban relevante. En las rondas 2 y 3 se les solicitó que evaluaran 80 ítems en función de su nivel de relevancia en una escala Likert del 1 al 4, asignando mayor puntuación a los ítems con mayor relevancia. Los resultados de la primera ronda fueron formateados e incluidos en un nuevo formulario para las rondas 2 y 3 junto con las medías de cada ítem resultantes en la ronda anterior.

RESULTADOS

En la primera ronda se definieron un total de 19 nuevos ítems. Finalmente 47 ítems obtuvieron una puntuación media superior a 3 entre la segunda y tercera ronda. El cuestionario resultante modificado consta de 17 ítems en "causas de admisiones adecuadas", 5 ítems en "causas de admisiones inadecuadas", 15 ítems en "causas de estancias adecuadas" y 10 ítems en "causas de estancias inadecuadas".

CONCLUSIONES

La identificación de ítems prioritarios para determinar la adecuación o inadecuación de los ingresos hospitalarios y las estancias prolongadas podría definir un futuro instrumento acorde a las características de nuestro centro. La participación en el proceso de selección y consenso por parte de un grupo con experiencia en gestión hospitalaria aporta valor al resultado final.

ID: 223

EL NIVEL DE VULNERABILIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ASISTIDO POR EQUIPOS DE EMERGENCIAS

AUTORES: Hugo José Rodríguez Ruiz[1]; JM De la Fuente Rodríguez[2]; M Rodríguez Bouza[3]; A Puerta Córdoba[4]; MM Casal Sánchez[5]; JA Péculo Carrasco[6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Provincial 061 en Cádiz. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias[1346]; Centro de Salud Joaquín Pece. Servicio Andaluz de Salud.[2]; Hospital Puerta del Mar. Servicio Andaluz de Salud.[5]

JUSTIFICACION

El estudio ENEAS identificó que la vulnerabilidad del paciente tiene un papel destacado en la génesis de los Eventos Adversos (EA) relacionados con la asistencia sanitaria, y si ésta era compleja, mayor era el impacto de los EA. Los equipos de emergencias extrahospitalarios asistimos a pacientes que consideramos vulnerables, en asistencias complejas. Ya existe una herramienta validada para cuantificar el nivel de vulnerabilidad en emergencias extrahospitalarias: la Escala de Vulnerabilidad 8x40. Hasta ahora no se había medido el nivel de vulnerabilidad de nuestros pacientes.

OBJETIVOS

Determinar el nivel de vulnerabilidad de pacientes asistidos y trasladados por equipos móviles de emergencias, como factor de riesgo para la seguridad del paciente.

MATERIA Y METODOS

Estudio Observacional, descriptivo, transversal. Carácter multicéntrico, en el que participan todos los Servicios Provinciales de la Comunidad Autónoma. Recogida de datos desde abril de 2021 hasta febrero 2022. Son sujetos de estudio los pacientes asistidos y trasladados al hospital. Se estimó un tamaño muestral de 643 pacientes, para un nivel de confianza del 99%, con una varianza conocida de 97,8, y una precisión de ±1. La variable principal es Nivel de Vulnerabilidad, por medio de la Escala de Vulnerabilidad 8x40, recogida por revisión de las Historias Clínicas. Se recogen además variables sociodemográficas, de la demanda asistencial, del propio paciente asistido, y del traslado al centro sanitario. Se está utilizando entrevistas telefónicas, el Sistema de Información de Centros de Coordinación y las Historias Clínicas de cada paciente. Se establece un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Hasta la fecha se han obtenido datos de 300 pacientes. El perfil es de hombre (58,2%), con edad media de 58,3 años y estudios primarios (34,6%), atendido en domicilio (55,7%) por un equipo de emergencias 061 (78,0%), a causa de un proceso cardiológico (29,0%). El Nivel de Vulnerabilidad fue 14,8±6,1 (sobre 40 puntos). Existe una correlación con la edad de +0,185 (p menor que 0,01). En pacientes con Problema de Autonomía en Movilidad el nivel de vulnerabilidad es 16,1±6,7, frente a los 12,2±3,1 de los que no tienen (p menor que 0,001).

CONCLUSIONES

En estos primeros resultados obtenidos se aprecia que los pacientes con problemas en su necesidad de Movilidad son más vulnerables y, además, se relaciona con la edad. El estudio ENEAS expresaba que no reconocer convenientemente la vulnerabilidad por el personal sanitario podía ser un factor que favoreciera la aparición de EA. Es necesario completar la muestra mínima para confirmar qué otros factores pueden relacionarse con el nivel de vulnerabilidad. Proyecto PI19/00385 “Factores relacionados con la percepción de seguridad en asistencias y traslados de equipos móviles de emergencias en demandas asistenciales urgentes o emergentes”, financiado por el Instituto de Salud Carlos III y cofinanciado por la Unión Europea (FEDER ‘Una manera de hacer Europa’)

ID: 224

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN EL SERVICIO UCI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: Marta Eugenia Arnaz de Hoyos; M López Bachiller; A Cerro Juncosa; S Bustamante Bara; M Polo Martínez; S Bescós Vaquero.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Jorge

JUSTIFICACION

¿Qué nos lleva a tomar la decisión de evaluar nuestro servicio desde la perspectiva de los profesionales? La experiencia nos dice que no se suele evaluar la percepción que tiene un trabajador una vez que ha finalizado en un servicio. Sentimos la necesidad de dejar reflejada la experiencia que nuestros compañeros vivieron en la UCI durante la crisis sanitaria.

Nuestro servicio fue golpeado por una reorganización repentina, no disponía de procesos que dieran a conocer qué iniciativas funcionaron y cuáles no. Los mismos profesionales nos proporcionaron información real. Una retroalimentación permite optimizar un servicio.

Nos hicimos preguntas relacionadas con su impresión, relaciones interpersonales, etc. La moral de los profesionales que trabajan en este tipo de servicio es primordial.

OBJETIVOS

1. Conocer el nivel de satisfacción del personal de enfermería de nueva incorporación en el servicio de UCI desde el inicio de la pandemia Covid-19.
2. Identificar debilidades y fortalezas más relevantes en la UCI durante la pandemia Covid-19.

MATERIA Y METODOS

Elaboración de una encuesta enviada por vía telemática a 61 profesionales del servicio de la UCI, enfermeros y TCAEs. Preguntas con respuesta tipo Likert, respuesta libre y selección múltiple, confeccionadas por el equipo o recogidas y adaptadas de otros cuestionarios.

Explicación a los participantes de la finalidad del cuestionario, solicitando previamente su autorización para proceder al envío y realización de forma anónima y confidencial.

Recogida de datos sociodemográficos, información relacionada con la motivación, la satisfacción, la comunicación, las relaciones interpersonales y la formación, así como sugerencias y expectativas personales y profesionales de cara a mantener o mejorar el ambiente laboral.

RESULTADOS

De 64 profesionales incorporados en el servicio, 61 dieron su autorización para recibir el cuestionario, y 60 realizaron la encuesta.

El número de profesionales incorporados, mayoritariamente se encuentra en un rango de edad entre 25 y 55 años.

Aproximadamente la mitad de los encuestados tenían experiencia previa en UCI.

La motivación previa a la llegada es elevada, en contra se da un alto nivel de incertidumbre y preocupación.

Un 46% constata la falta de formación adecuada y completa previa y durante la pandemia por Covid-19 y califica que la información antes de llegar al servicio no se ajustó a la realidad.

Más del 80% tienen un grado de satisfacción alto a su paso por el servicio, así como la pertenencia al equipo y las relaciones interpersonales.

Se refleja una experiencia buena y excelente, no llegando a un 10 % entre pobre y deficiente.

CONCLUSIONES

Alta motivación desde la llegada al servicio junto con niveles altos de satisfacción, de pertenencia al equipo, y reconocimiento del trabajo por la supervisión y los compañeros, reflejando un ambiente laboral de calidad óptimo en relación con la situación y el estrés vivido. Necesidad de subsanar la falta de formación recibida, como debilidad mostrada reiteradamente.

ID: 225

COMITÉ DE EXPERIENCIA: UNA NUEVA PERSPECTIVA PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

AUTORES: María Dolores Server Penosa
CENTRO DE TRABAJO: Ribera

JUSTIFICACION

Para proporcionar la atención al paciente se requiere la participación de diferentes roles de diversas áreas dentro de la Organización lo que hace necesaria una colaboración y trabajo en equipo de todas las partes.

Es fundamental la integración de todos los canales de entrada de información relativa a la voz del paciente para poder ofrecer la mejor experiencia al usuario.

OBJETIVOS

El objeto general de esta Comisión/ Comité es mejorar la experiencia de usuario midiendo, analizando y desarrollando planes de acción integrales con el objetivo último de brindar la mejor atención al usuario.

Los objetivos son:

- Integrar la información relacionada con la experiencia del usuario de todas las Áreas.
- Desarrollar nuevas formas para medir la experiencia
- Analizar con una visión global la información
- Llevar a cabo planes de acción que mejoren la atención al paciente
- Unificar la respuesta al usuario
- Detectar riesgos

MATERIA Y METODOS

Se crea el Comité de experiencia del usuario con participación de los distintos roles siguiendo el procedimiento establecido en la Organización.

- Se crean estatutos
- Se crean objetivos
- Se realiza planificación mensual de reuniones
- Se registran actas de los Comités
- Se recogen las acciones planteadas en el Comité

RESULTADOS

Se ha conseguido integrar a todos los líderes de las áreas incluida la Gerencia de los Centros en un foro único para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

Se ha logrado crear un cuadro de mandos de indicadores relativos a la mejora de experiencia.

Se ha conseguido disponer de un registro único de acciones relativas a la mejora de la experiencia del usuario.

Se ha conseguido que este Comité funcione en múltiples Centros del grupo.

CONCLUSIONES

El Comité de Experiencia se presenta como una herramienta útil para la mejora de la experiencia del usuario, y como elemento extrapolable a más Centros del grupo.

En este Comité se centralizan las visiones de las diferentes partes para dar una respuesta integral a las necesidades del usuario.

ID: 226

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL MOBILE-LEARNING DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES: Manuel Revuelta Zamorano; B De Andrés Gimeno; P Rull Bravo; H Sánchez Herrero; M Solís Muñoz; G Noguera Jarriz.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital U. Puerta de Hierro Majadahonda

JUSTIFICACION

La pandemia por COVID-19 requirió una adaptación de la formación para dar una respuesta rápida, eficiente y segura. La estrategia de formación del Hospital consiste en la utilización de dos metodologías de enseñanza-aprendizaje digitales: MobileLearning y MicroLearning.

Para responder a las necesidades formativas de los profesionales durante la pandemia, se decidió trabajar en el diseño y producción de píldoras formativas disponibles en una App de gestión de formación propia del Hospital, bajo los principios de estas metodologías.

OBJETIVOS

Evaluar la satisfacción del uso del MobileLearning y MicroLearning a través de la App de Formación en los profesionales del Hospital durante la pandemia.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un estudio transversal, para el que se diseñó una encuesta ad hoc con 40 preguntas que abarcaban: Datos demográficos, utilización del MobileLearning y valoración de las píldoras. Esta valoración se hizo mediante repuestas tipo Likert de 1 a 10. Los ámbitos valorados fueron: Utilidad, Interés, Calidad, Contenidos, Expectativas, Metodología y Duración. Los sujetos de estudio fueron todos los profesionales que desarrollaron su actividad en el Hospital del 7 de febrero al 21 de junio de 2020.

Se realizó un análisis exploratorio de datos descriptivos, con presentación de las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar, y las cualitativas con frecuencias absolutas (n) y relativas (%)

RESULTADOS

Desde la publicación de la primera píldora (7/02/20) hasta el fin del estado de alarma en España (21/06/20), se crearon 20 píldoras en formato vídeo monográficas de COVID y se contabilizaron 22824 visualizaciones. Se obtuvieron 835 respuestas tras la difusión de la encuesta.

El 72% (601) de los profesionales indicaron conocer las píldoras formativas y el 49,8% (416) habían visto píldoras formativas antes de la pandemia.

La media (DE) de las respuestas de los profesionales sanitarios al ítem "La formación a través del móvil es útil como método de formación" fue de 8,3 sobre 10 (1,9). La satisfacción global del uso de las píldoras durante la pandemia por COVID-19 por parte de los profesionales fue de un 8,6 (2) y la consideración de éstas como buen canal de comunicación con el Hospital fue de 8,9 (1,9).

Los valores obtenidos para cada una de las variables globales de cada una de las píldoras fue:

- Utilidad: 93,1% (17,8)
- Interés: 93,8% (14,2)
- Contenidos: 99,2% (14,25)
- Calidad: 98,9% (14,3)
- Expectativas: 98,3% (14,6)
- Metodología: 99,2% (14,2)
- Duración: 98,5% (14,6)

CONCLUSIONES

Durante la pandemia, se ha incrementado el uso de las píldoras formativas como método de aprendizaje.

La satisfacción de los profesionales con el uso del MobileLearning y MicroLearning fue muy elevada.

Por ello, se pueden considerar el MobileLearning y MicroLearning como metodologías útiles para una formación sanitaria actualizada y de calidad en el ámbito asistencial, en un contexto de pandemia, limitados por factores como la distancia y la inmediatez requerida.

ID: 227

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CRÍTICOS MEDIANTE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

AUTORES: MIGUEL SERRANO GARCÍA; G BALDOMINOS UTRILLA; M ZAZU VIVES; E LOSADA NEVADO; MC PINTADO DELGADO; M MACÍAS MAROTO.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

JUSTIFICACION

Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) tienen una mayor probabilidad de sufrir errores de medicación y de recibir un mayor daño, debido a la complejidad del tratamiento, cambios frecuentes en el mismo y a su situación de gravedad.

La incorporación de un farmacéutico al equipo asistencial en la UCI ha mostrado en diferentes estudios disminuir el número de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y ahorrar costes.

Recientemente, el ISMP-España ha elaborado un cuestionario de autoevaluación en el uso seguro de medicamentos en UCI, entre cuyos apartados figuran la conciliación de la medicación crónica al ingreso y la integración de un farmacéutico en el equipo asistencial. Nuestro hospital realizó esta autoevaluación, detectando lo mencionado como punto de mejora.

OBJETIVOS

Mejorar la seguridad y efectividad de los tratamientos evitando PRM en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Medir el impacto en el posible incremento de estancias de los PRM evitados.

MATERIA Y METODOS

Se incluyó en el estudio a todos los pacientes ingresados a cargo del SMI del 19 de abril al 14 de mayo de 2021.

Un farmacéutico, dedicado a media jornada, realizó conciliación al ingreso y al alta de UCI de los tratamientos, así como revisó de forma diaria el tratamiento de los pacientes ingresados. Al detectar un posible PRM se comunicó al médico responsable y se decidió de forma conjunta el plan de actuación.

Las recomendaciones realizadas por el farmacéutico se registraron en el programa Farmatools®, adaptando las mismas a un modelo aplicado previamente en pacientes de urgencias por Ucha-Samartín y col. Según este modelo, las recomendaciones se clasifican según la potencial gravedad del PRM asociado, con una probabilidad de incremento de la estancia. Esta probabilidad se multiplicó por la estancia del paciente, obteniendo un incremento de estancia evitado para cada recomendación aceptada.

Las variables que se midieron fueron el número de recomendaciones realizadas, clasificadas por tipo y potencial gravedad, y el número potencial de estancias evitadas.

RESULTADOS

El período analizado fue de un mes. Se realizaron 76 recomendaciones (7 en la conciliación al ingreso) en 39 pacientes, de las cuales 54 (71%) fueron aceptadas. Las principales recomendaciones fueron: infra o sobredosificación (24%) e indicación no tratada (22%).

En cuanto a la clasificación según la gravedad del PRM asociado, las recomendaciones fueron: 2 potencialmente letales, 14 serias, 45 significativas y 15 no significativas. Se calculó un ahorro potencial de 68 estancias.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos muestran que la integración de un farmacéutico al equipo multidisciplinar mejora la calidad asistencial del paciente crítico en nuestro hospital.

Además. potencialmente podria suponer un ahorro en costes al disminuir la estancia en UCI de los pacientes. Lo cual deberia ser confirmado en posteriores estudios.

PEQUEÑAS ACCIONES , GRANDES CAMBIOS

AUTORES: Roser Roig Carrasco; E Piñol Vallverdu; C Mestres Martin; D Gonzalez Parejo; M Casula Yuste; M Lopes de la Blanca.
CENTRO DE TRABAJO: EAP DR. SARRÒ - CAP DR. SARRÓ

JUSTIFICACION

Esta experiencia se centra en la mejora asistencial de un servicio en concreto, el de las espirometrías.

La espirometría se utiliza para el control, diagnóstico y criba de los pacientes: como control ,si el paciente se encuentra bien, no se recordará de venir; como diagnóstico son los únicos que venden porque están pendientes de un diagnóstico; y finalmente, como criba, se hace en general a fumadores mayores de 45 años que, si están bueno, por voluntad propia tampoco vendrán. Para realizar esta prueba, normalmente no se tiene dolor y, por lo tanto, el paciente no prioriza.

Si a este problema, unimos el tiempo que tienen que esperar, tenemos la combinación perfecta que nos dio pie a poner en marcha una pequeña acción y ver qué pasaba con el servicio de espirometrías donde la incomparecencia de las visitas era cada vez más grande.

OBJETIVOS

1. Disminuir el absentismo de las personas que se tienen que realizar la prueba.
2. Asegurar la correcta información sobre la prueba.
3. Asegurar que no se derrochan visitas para mejorar la gestión de la lista de espera.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo observacional antes-después:

Se realiza una llamada al usuario 2 días antes de la fecha de la espirometría en la que se recuerdan las instrucciones para hacer la prueba, ubicación, fecha y hora.

RESULTADOS

- Antes (01/04/19 a 29/07/19): Citadas: 74, Realizadas: 47 (63’51%), No realizadas: 27 (36’48%).
- Después (04/08/19 a 30/09/19): Citadas: 75, Realizadas: 66 (88%), No realizadas: 9 (12%).

CONCLUSIONES

Se ha incrementado el número de usuarios que han realizado la prueba (espirometría), hecho que nos demuestra que la pequeña acción realizada ha sido efectiva.

A pesar de tener protocolos muy establecidos, salir de las normas, en muchas ocasiones, marca la diferencia en la calidad de atención al usuario y esto ha quedado demostrado al asegurarnos de dar la correcta información sobre la prueba telefónicamente.

También observamos que las pequeñas acciones suponen un valor añadido, puesto que, hemos asegurado un descenso del derroche de visitas.

ID: 229

ESTRATEGIA EDUCATIVA-RESTRICTIVA PARA LA ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE 25-HIDROXIVITAMINA D EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Paula Sienes Bailo; R Lahoz Alonso; N Goñi Ros; G Hernández de Abajo; R Gracia Matilla; L Rello Varas.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet

JUSTIFICACION

En los últimos años, la solicitud de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) ha experimentado un enorme incremento que la sitúa entre los diez parámetros habituales de laboratorio que suponen un mayor coste al Sistema Sanitario. Este dato, junto a la gran variabilidad entre centros, apoya la existencia de una inadecuación por exceso de esta solicitud, que puede conducir a errores diagnósticos, terapéuticos y al aumento de los costes sin redundar en beneficios para los pacientes. Por ello, el diseño de estrategias para la adecuación de su demanda es un objetivo clave que nos hemos propuesto muchos laboratorios.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de una estrategia que combina la educación y la comunicación desde el laboratorio clínico a través de comentarios en el Sistema Informático de Laboratorio (SIL) y reglas de rechazo para: 1) la reducción del número de solicitudes inadecuadas de 25(OH)D y gastos asociados y 2) la promoción del correcto uso de esta prueba en el estudio y manejo de la deficiencia de vitamina D.

MATERIA Y METODOS

Antes del verano de 2019, se remitieron a todos los Centros de Salud y Servicios del Hospital recomendaciones para la solicitud de 25(OH)D consistentes: en 1) evaluar el estatus de vitamina D en pacientes con riesgo de deficiencia y no en población sin factores de riesgo 2) ya que la vida media de la 25(OH)D es de 3 semanas, no repetir nunca su determinación antes de este periodo y 3) monitorizar las concentraciones séricas de 25(OH)D para valorar la respuesta al tratamiento a intervalos de 4 meses hasta alcanzar los niveles recomendados (75-125 nmol/L) y no re-solicitarla hasta el transcurso de un año, continuando con dosis de mantenimiento para prevenir un nuevo descenso. Además, se aplicaron desde el SIL distintas reglas de control de rechazo según el tiempo transcurrido desde la última determinación, basadas en los resultados obtenidos en análisis previos: < 21 días (nunca), < 4 meses (< 75 nmol/L), < 1 año (75-250 nmol/L). Dos años después, se evalúan los resultados de la implementación de esta estrategia combinada.

RESULTADOS

El aumento de las solicitudes de 25(OH)D desde el año 2014 fue casi exponencial, con incrementos anuales superiores al 100%, a expensas fundamentalmente de peticiones procedentes de Atención Primaria. Antes de la implementación de la estrategia, el aumento de la demanda de 25(OH)D en 2019 respecto a 2018 era del 45%. Tras las medidas, se redujo al 2% a finales de ese año y al -3% en 2020. El porcentaje promedio de pruebas de 25(OH)D rechazadas mensualmente fue del 15,3% en 2019 y 15,7% en 2020.

CONCLUSIONES

La emisión de recomendaciones y el establecimiento de reglas de rechazo han contribuido a la moderación de la solicitud de 25(OH)D por parte de los clínicos peticionarios y ha supuesto un notable ahorro económico. El papel de los profesionales del laboratorio en la adecuación de la demanda analítica es clave para la optimización de recursos y el uso eficiente del laboratorio, redundando ambas en una mejora de la calidad asistencial de los pacientes.

ID: 230

ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES COVID-19 MEDIANTE LA HERRAMIENTA DEL GLOBAL TRIGGER TOOL

AUTORES: María Dolores Menéndez Fraga[1]; AB Martínez Álvarez[2]; A Cirujeda Badia[3]; MA Fernández García[4]; LM Gómez Armas[5]; F Vázquez Valdés[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Monte Naranco[12345]; Hospital Universitario Central de Asturias[6].

JUSTIFICACION

La herramienta del Global Trigger Tool (GTT) ha sido usada en los pacientes geriátricos de nuestro hospital en el seguimiento de eventos adversos (EAs).

OBJETIVOS

El objeto de este estudio ha sido evaluar mediante el GTT, si los pacientes con COVID-19 tuvieron más EAs frente a los pacientes no COVID-19.

MATERIA Y METODOS

Diseño: Estudio retrospectivo para la detección de EAs en 10 historias clínicas, de 3616 pacientes ingresados, elegidas al azar y quincenalmente (n=240) (metodología del GTT).

Ámbito: Unidad de Calidad del Hospital Monte Naranco que desde el año 2007 está trabajando con la herramienta GTT.

Marco: Hospital de 204 camas y asociado a la Universidad, fundamentalmente pacientes agudos geriátricos y quirúrgicos. Nuestro sistema de calidad es un proceso transversal dentro de la certificación ISO 9001:2015.

Recogida de datos: Revisión de las historias electrónicas de forma interna por una enfermera y un médico. Para las categorías de severidad se empleó el NCC MERP Index (categorías E a I) y se usó una escala Likert para evaluar los EAs prevenibles (puntuación de 3 y 4 en la escala), se consideró un EA prevenible si era evitable por los métodos disponibles actuales a menos que estos no fuesen considerados un estándar de cuidado.

Estadística: Se utilizó la prueba de chi cuadrado para ver la significación estadística.

RESULTADOS

Durante el año 2020, se analizó la aparición de EAs en 240 pacientes (222 no COVID-19 y 18 con COVID-19), con una media de edad de 81,9 años y 83,6 años respectivamente. Hubo 116 EAs (52,3%) en pacientes no COVID-19 y 17 (94,4%) en los COVID-19.

Se observó un aumento estadísticamente significativo en pacientes COVID-19 de: EAs después de 12 días de ingreso (12 pacientes no COVID-19 y 5 COVID-19) (p=0,000), EAs de la E-I (116 y 17 respectivamente) (p=0,000), pacientes con EAs de la E-I (86 y 12 respectivamente) (p=0,02), EAs más graves de la F-I (4 y 3 pacientes respectivamente) (p=0,000), y dentro de las categorías secundarias las Infecciones relacionadas a la asistencia sanitaria (IRAS) (10 y 3 respectivamente) (p= 0,035).

Los EAs prevenibles fueron similares en los dos grupos de pacientes, siendo más prevenibles en flebitis, extravasaciones y dermatitis del pañal. En general, en pacientes NO COVID-19 fueron prevenibles en el 86,2% y en el 70,6% en pacientes COVID-19.

CONCLUSIONES

La herramienta del GTT ha servido para demostrar un aumento de EAs en los pacientes COVID-19, con EAs más graves y relacionados a IRAS, lo que pone de manifiesto la posible vulnerabilidad de estos pacientes en una situación de pandemia como la actual.

ID: 231

DERIVACIÓN PARA ESTUDIO GENÉTICO Y ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES CON AZOOSPERMIA U OLIGOSPERMIA SEVERA

AUTORES: Paula Sienes Bailo; R Lahoz Alonso; N Goñi Ros; MA César Márquez; JC Sánchez Torres; S Izquierdo Álvarez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet

JUSTIFICACION

Los factores que se han relacionado con la infertilidad masculina son diversos, sin embargo, los factores genéticos están detrás del problema en el 10% de las ocasiones, incluyendo aneuploidías y reorganizaciones cromosómicas, microdeleciones y variantes génicas. La presencia de microdeleciones en las regiones del factor de azoospermia (AZF) del brazo largo del cromosoma Y (YCMs) se considera la causa más frecuente de infertilidad masculina junto con el síndrome de Klinefelter.

OBJETIVOS

Elaborar un protocolo para la correcta derivación de los pacientes azoospérmicos u oligospérmicos severos para estudio genético (microdeleciones en el factor de azoospermia del cromosoma Y (YCMs) y otros) y mejora en el proceso de abordaje multidisciplinar de estos pacientes.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la casuística en nuestro centro, de 2006 a 2019, de 1512 solicitudes de estudios genéticos de YCMs en ADN extraído de sangre periférica con EDTA. Además, se analizaron parámetros seminales (volumen, pH, concentración espermática) y hormonales en suero (hormona folículoestimulante, luteinizante, testosterona total y prolactina). Tras la revisión de estos resultados y de la literatura (recomendaciones sociedades científicas) se desarrollaron diferentes algoritmos para la evaluación de estos pacientes por los Servicios de Urología y/o Reproducción Asistida y su correcta derivación al Laboratorio de Genética para el estudio genético de la etiología de la azoospermia o oligospermia severa.

RESULTADOS

El estudio retrospectivo mostró que únicamente 28 varones del total presentaron YCMs (2%) y el estudio hormonal no era completo para poder realizar un correcto diagnóstico diferencial y valorar que pruebas genéticas solicitar. La concentración de espermatozoides en aquellos con microdeleciones estaba comprendida entre 0 y 3 millones/mL, si bien predominaban los casos positivos con < 1 millón/mL. Se propuso realizar, en primer lugar, espermiograma (dos según criterios OMS, con mínimo 2 meses de diferencia entre ellos) y estudio hormonal (FSH, LH, testosterona, y antimulleriana). Además, realizar una exploración física para detectar signos de hipogonadismo y examen de testículos y epidídimo para volumen y consistencia, comprobación de la ausencia de conductos deferentes y detección de varicocele. En procesos obstructivos también ecografía escrotal. Según los resultados, se solicitará el estudio genético de YCMs y cariotipo si azoospermia no obstructiva y oligoastenoteratozoospermia severa no obstructiva y mutaciones en el gen CFTR en azoospermias obstructivas.

CONCLUSIONES

Esta propuesta de protocolo permitirá la adecuada derivación y abordaje de varones azoospérmicos y oligospérmicos desde las Consultas de Urología y/o Reproducción Asistida para el estudio genético apropiado, siendo el punto de corte coste/efectivo de < 1 millón espermatozoides/mL para el análisis de YCMs en oligospermia severa no obstructiva.

ID: 232

ACREDITAR UN ANALIZADOR DE LABORATORIO A TRAVÉS DEL ESTADO DEL ARTE POR LA NORMA ISO15189 DE LABORATORIOS CLÍNICOS

AUTORES: DANIEL PARRAGA GARCIA; M PALOMINO ALONSO; L CARRASCO PARRON
CENTRO DE TRABAJO: H.U. 12 DE OCTUBRE

JUSTIFICACION

Cada vez más laboratorios se acreditan por la norma 15189, específica de los laboratorios clínicos. Uno de los requisitos es participar en un programa de intercomparación externo, además de cumplir unos estándares mínimos de calidad, que vienen dados por las especificaciones de calidad. Las especificaciones de calidad son valores metrológico que el laboratorio debe cumplir para garantizar que sus prestaciones son las adecuadas para un objetivo dado. En la conferencia de Milán de 2014 se describen tres modelos de calidad que de mayor a menor calidad científica son los basados en:

1. prestación analítica
2. variabilidad biológica
3. estado del arte

Normalmente, para definir las especificaciones de calidad se utiliza el modelo de variabilidad biológica, que utiliza el coeficiente de variabilidad individual y de grupo para un analito dado. Cuando se carece de dicha información se deben utilizar otros modelos.

OBJETIVOS

Definir una sistemática para controlar las especificaciones de calidad de un analizador con grupo par pequeño y sin datos de variabilidad biológica.

MATERIA Y METODOS

Se busca en la web de la European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine si hay datos de variabilidad biológica para los analitos, y ver si existen datos de coeficiente de variación individual y de grupo. Concretamente, un analizador que realice el CD34

Se procede a establecer la especificación del estado del arte, que no está basado en evidencias científicas.

Esta información se obtiene del conjunto formado por un grupo de laboratorios que utilizan un mismo (o similar) producto de diagnóstico in vitro, con datos extraídos de programas externos de calidad.

Se utiliza el programa externo de UK NEQAS, donde se evalúa la exactitud total con respecto a los demás laboratorios, cálculo que se realiza teniendo en cuenta los datos acumulados durante los últimos 12 meses previos al control que se evalúa. Para ello se aplica un estadístico que incluye la imprecisión y el sesgo con respecto a los demás laboratorios que participan:

Z= (x-X)/Î± (X= nuestro valor, x=valor de la media, Î±= imprecisión acumulada de los últimos 12 meses)

Según las recomendaciones del programa UK NEQAS, un valor z entre:

- -2,5 y 2,5 se considera satisfactorio
- -3.5 a -2.5 y 2.5 a 3.5 sería revisable, y pasaría a crítico si durante tres meses seguidos se obtuviera dicho resultado.
- 3.5 se considera crítico.

RESULTADOS

Se monitorizan las citadas estadísticas, controlando que el resultado del control externo siempre sea satisfactorio y en ningún caso se obtengan más de tres seguidos clasificados como revisables. Estos datos se aportan en las auditorías externas y finalmente el equipo es acreditado por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

CONCLUSIONES

En ocasiones hay analitos que no presentan datos de variabilidad biológica, por lo que se debería proceder con el modelo de estado del arte y definir bien cómo se van a realizar los cálculos y el análisis estadístico para garantizar la correcta calidad de los resultados.

ID: 233

RECONOCIMIENTO DEL COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

AUTORES: ALBERTO PARDO ORTIZ; C SENDARRUBIAS GARCÍA; P PALOMERA RUFO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

JUSTIFICACION

La estrategia del Hospital se apoya en el uso de las TICs para transformar el modelo de relación y comunicación con los pacientes y entre profesionales, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial, la eficiencia, y la experiencia del paciente.

Para prestar una atención segura es esencial una adecuada transmisión de información entre profesionales, pacientes y familiares. Los fallos en la comunicación, a menudo, son causas raíz en incidentes de seguridad del paciente. Los estándares de seguridad de la información ISO 27001 y del Esquema Nacional de Seguridad velan por cumplir con un correcto manejo de la información, así como por mantener unos niveles de seguridad de la información acordes a la criticidad que los datos de salud tienen.

OBJETIVOS

Gestionar la seguridad de la información, estableciendo los principios básicos y requisitos mínimos de seguridad alineados con la normativa nacional y los estándares internacionales reconocidos en esta materia para:

- Proteger la confidencialidad, disponibilidad, integridad, autenticidad y trazabilidad de la información
- Prevenir la pérdida, robo, daño o destrucción de la información.
- Preservar la continuidad los servicios sanitarios y la utilización del equipamiento médico.

MATERIA Y METODOS

- Creación de Políticas y procedimientos para implantar y mejorar dentro del hospital todos los procesos que manejan sistemas de información.
- Análisis de los activos esenciales del hospital, detectando los riesgos existentes en los sistemas y realizando planes de tratamiento para conseguir mitigarlos o eliminarlos.
- Impartir formación y concienciación a los usuarios, para ser capaces de detectar intentos de ataque.
- Disponer de herramientas que protejan el perímetro de la red, gestionen los accesos, detecten malware, etc.
- Seguimiento de indicadores y desarrollo de auditorías periódicas, para garantizar una mejora continua dentro de los sistemas.
- Detectar, analizar y reaccionar ante incidentes mediante planes de respuesta, evitando la improvisación.

RESULTADOS

Obtención de la Certificación ISO 27001 (SI-0104/2019) y la Certificación ENS por AENOR (ENS-2019/0055) a fecha 11 de diciembre de 2019.

CONCLUSIONES

Las TICs actúan de catalizador para conseguir grandes mejoras en calidad, eficiencia y experiencia del paciente.

La gestión de activos hospitalarios es capaz de detectar los riesgos y ataques de forma temprana.

El trabajo multidisciplinar antes, durante y después del proceso certificador revela puntos de mejora y potencia la cultura de la seguridad en las organizaciones.

El reconocimiento externo de sistemas de gestión de la seguridad de la información facilita la puesta en marcha de medidas para la gestión de riesgos que vulneran la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información de los pacientes.

ID: 236

RENOVACIÓN DEL PLAN FORMATIVO DE UN SERVICIO PARA CUMPLIR LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 15189 TRAS LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: DANIEL PARRAGA GARCIA; AC LOPEZ REGUEIRO
CENTRO DE TRABAJO: H.U. 12 DE OCTUBRE[1]

JUSTIFICACION

En un laboratorio acreditado por la Norma ISO-15189, es requisito obligatorio disponer de un protocolo de formación del personal atendiendo a varios aspectos, que abarcan desde la formación continuada del mismo a la cualificación, competencia y evaluación del trabajo realizado en los diferentes puestos de trabajo.

Muchas de estas tareas implicaban un alto grado de contacto social, y tras la pandemia del COVID19, el servicio se ve obligado a desarrollar diferentes protocolos para poder seguir manteniendo la formación del personal, tarea que necesariamente tiene que apoyarse de herramientas digitales.

OBJETIVOS

Desarrollo de nuevos protocolos de formación de personal para poder seguir cumpliendo los requisitos exigidos dentro del apartado "5.1.Personal", de la norma ISO-15189 de acreditación de laboratorios, utilizando para ello herramientas digitales.

MATERIA Y METODOS

Formación continuada:Tras programar el calendario anual de sesiones clínicas formativas, comienza la pandemia. Es por ello que se trabaja en la obtención de licencias del programa Microsoft TEAMs para el personal del servicio. Esta aplicación permite realizar sesiones formativas online. Se crean salas de trabajo dentro de la app dedicadas a la formación donde se añade a todo el personal del servicio, y se crea un enlace de invitados para aquellos que no asistan regularmente.

Control de asistencia:La aplicación no permite llevar un registro de asistencia a las mismas. Tras una investigación, se decide subsanar este problema utilizando la plataforma online de Google-Form, que permite diseñar un formulario de asistencia con los nombres de todos los integrantes del servicio registrando fecha y hora de la firma. Al formulario se puede acceder desde un link desde un PC o desde un código QR con dispositivo móvil.

Capacitación y competencias del puesto de trabajo:Se redactan unos formularios, a cumplimentar tanto el personal evaluado como posteriormente el evaluador tras el periodo de formación establecido. Toda esta documentación se digitaliza en un disco duro situado en la nube del hospital, al cual puede acceder todo el personal facultativo desde su ordenador.

RESULTADOS

Todas estas herramientas digitales permiten por un lado que la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), dé el visto bueno al servicio para mantener su acreditación tras considerar adecuado la sistemática de evaluación del personal y formación continuada.

CONCLUSIONES

Tras la pandemia COVID19 las herramientas digitales se han vuelto indispensables para seguir realizando las tareas que realizábamos antes, sin que la labor formativa se vea afectada negativamente.

ID: 237

PARTES INTERESADAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

AUTORES: SUSANA MENDEZ LAGE; AM FERNANDEZ LOPEZ; A CORTINA FERNANDEZ; JA AGULLA BUDIÑO
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO FERROL

JUSTIFICACION

Nuestro Servicio de Microbiología, con un Sistema de Gestión de Calidad certificado por la Norma UNE-EN-ISO 9001 desde el año 2012, mantiene implantados indicadores de seguimiento y medición de sus procesos, trabajando con un enfoque a la mejora continua y la gestión de riesgos y seguridad del paciente.

La Norma establece en el punto 4.2 la necesidad de identificar las partes interesadas pertinentes al sistema y la comprensión de sus necesidades y expectativas, y en el punto 9.1.2 que se debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas, debiendo determinar los métodos para obtener y realizar el seguimiento y revisar esta información.La Norma 9001 define "Parte interesada" como persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por las decisiones o actividades que realiza nuestra organización.

OBJETIVOS

Identificar las partes interesadas pertinentes a nuestro sistema de gestión de la calidad y metodología para la comprensión de sus necesidades y expectativas.

MATERIA Y METODOS

Se realiza revisión y análisis del sistema. Reuniones con el personal implicado: mensualmente en el servicio, trimestralmente con la dirección, según necesidades con proveedores, comunicaciones mediante contacto telefónico y/o correo, y actividades de medición de la satisfacción.

Una vez identificadas las partes interesadas, se procede a analizar cuáles son sus necesidades para que nuestro producto sea adecuado, así como conocer lo que esperan de nosotros y qué procedimientos, información y acciones son necesarios para dar respuesta a sus expectativas. Se identifican riesgos y oportunidades asociados y la información recabada se tiene en cuenta para la revisión y análisis del contexto externo e interno.

RESULTADOS

Se identificaron partes interesadas: pacientes, servicios o unidades peticionarias, personal de nuestro servicio, equipo directivo, laboratorios externos, servicio de compras, alumnos en prácticas, empresas proveedoras externas y servicios centrales y ministerio. Para cada una se registraron necesidades, expectativas, y posibles riesgos y oportunidades asociados. Esta información se tuvo en cuenta para implantación de acciones para tratamiento de riesgos, control y mejora de procesos y medición de la satisfacción, quedando la información documentada como herramienta de análisis y registro, permitiendo la revisión periódica.

CONCLUSIONES

El conocimiento de las partes interesadas pertinentes a nuestro sistema y la comprensión de sus necesidades y expectativas nos permite mayor eficiencia en el análisis del contexto y en la gestión de riesgos. La revisión y análisis periódicos de esta información nos permite identificar y acometer acciones para el tratamiento de riesgos, la planificación estratégica del servicio y la mejora continua de nuestros procesos.

12 MESES 12 NO HACER

AUTORES: Cristina Cavero Esponera; Cl Ruiz-Huerta García de Viedma; M Canto; C Ruiz Castro; B Luna Porta; I González Solana.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Central Cruz Roja

JUSTIFICACION

En 2013 el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social desarrolló su adaptación de la campaña Choosing Wisely mediante el "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España", con el objetivo de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendidas como aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste efectivas o no son prioritarias. Desde hace años, nuestro hospital vela por la seguridad de sus pacientes y en 2021 ha puesto en marcha un proyecto llamado "12 meses, 12 no hacer", con el objetivo de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias y mejorar la cultura de seguridad de paciente en el centro.

OBJETIVOS

Implantar 12 recomendaciones No Hacer basadas en la evidencia científica.

MATERIA Y METODOS

Se creó un grupo de trabajo para seleccionar las recomendaciones basadas en la evidencia que se desearía implementar en el hospital y diseñar el programa y plan de trabajo. Se invitó a todas las Comisiones Clínicas de trabajo del centro a hacer 5 propuestas. Éstas debían ser lo más transversales posibles, para implicar a todos los servicios y estamentos del hospital.

RESULTADOS

Se seleccionaron 12 áreas de mejora sobre las que aplicar recomendaciones No Hacer y se le asignó a cada una de ellas un mes, un responsable y una comisión de apoyo. Se propuso que cada recomendación se acompañara de unas actividades comunes a todas ellas y otras específicas para cada una. Las 12 temáticas seleccionadas fueron:

1. Errores en la administración de fármacos e identificación de pacientes
2. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
3. Realización de pruebas diagnósticas innecesarias
4. Atención al dolor en el paciente hospitalizado
5. Cuidados del paciente quirúrgico
6. Cuidado del medio ambiental
7. Cuidados del paciente ingresado
8. Mejora en la gestión de residuos
9. Optimización del uso de antibióticos
10. Mejora de la prescripción clínica
11. Uso adecuado de la historia clínica, confidencialidad y protección de datos
12. Estrategias para mejorar la humanización

Las actividades comunes a todas ellas fueron:

- Póster informativo con las recomendaciones de cada mes distribuido por el hospital que se mantendrá durante el mes correspondiente. Uno quedará en exposición permanente durante los 12 meses del proyecto, al que se le irán sumando los siguientes.
- Cada póster dispondrá de un código QR que llevará a un decálogo de recomendaciones asociadas al No Hacer de cada mes.
- Pop up para cada "No Hacer".
- Sesión general dedicada al tema específico.

CONCLUSIONES

Un pilar básico de la seguridad del paciente es la creación de esta cultura en los centros sanitarios y la concienciación de los profesionales; si la cultura de seguridad es alta, esa organización tendrá menos errores. La implementación en un hospital de recomendaciones 'No Hacer' establecidas por las sociedades científicas disminuye la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias y mejora la seguridad de nuestros pacientes.

ID: 239

MENORES Y DISCAPACIDAD: ¿CÓMO MEJORAR LA ATENCIÓN EN LA VALORACIÓN?

AUTORES: David Martín Navarro; O Salvat Salvat; A Prats Andreu; M Bundio Martín; E Gilabert Vivancos; F Muñoz Rovira.
CENTRO DE TRABAJO: GIPSS - EVO 57

JUSTIFICACION

Mejorar la calidad de atención en las valoraciones en menores de 15 años que solicitan una primera valoración de la discapacidad, identificar y potenciar las competencias de los profesionales.

OBJETIVOS

1. Principal: Mejorar la calidad de atención.

2. Específicos:

- Identificar el perfil de los menores con discapacidad, describir el perfil de usuarios teniendo en cuenta los diagnósticos clínicos y la situación socio familiar.
- Formular propuestas de formación específica para los/las valoradores/as de la discapacidad
- Mejorar la atención en las entrevistas a los solicitantes y a sus familiares.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo del total de las primeras solicitudes que han llegado a nuestro servicio durante los años 2018, 2019 y 2020.

Hemos seleccionado las primeras demandas en menores de 0-15 años. El corte en la edad se ha realizado teniendo en cuenta que a partir de los 16 años el informe técnico de valoración de la discapacidad pasa a formato de adultos.

Las variables objeto de estudio son: edad, sexo, grado de discapacidad, diagnósticos principales, situación socio familiar según formato del informe social actual, baremos de acompañante, movilidad y dependencia (BVD)

RESULTADOS

Disponemos de una muestra total de 325 primeras valoraciones de discapacidad entre los años 2018 a 2020: 74% niños y 26 % niñas. En cuanto a la valoración de la dependencia, encontramos 27 menores valorados. Los diagnósticos principales son Trastorno Generalizado del Desarrollo (aquí incluidos los Trastornos del Espectro Autista - TEA) con 105 casos.

La puntuación de la situación socio familiar tiene un rango de 0 (sin problemática social) a 15 (problemática social), se analiza la situación familiar, económica, formativa y de entorno. Ningún caso ha dado una puntuación de 0; 3 valoraciones han obtenido una puntuación de 1; 45 una puntuación entre 2 y 4; 90 valoraciones tienen una puntuación de 5 y 6; 106 obtienen una puntuación social entre 7 y 9 puntos; 6 de 10; uno de 12 y uno de 14.

CONCLUSIONES

Dada la elevada incidencia de casos valorados con diagnósticos tipo TEA, se hace evidente la necesidad de potenciar formación específica en este ámbito

En el estudio se evidencia que el 81% de los menores tienen una situación socio familiar problemática de los cuales el 45% sufren una situación de alta complejidad. El conocimiento por parte de los profesionales de esta situación puede provocar una mayor sensibilidad hacia la realidad en la que viven estos niños y niñas con discapacidad y mejorar así la calidad en la atención.

En el análisis de la situación económica el 71% de los menores presenta una situación de máxima precariedad económica donde destacan situaciones de riesgo de desahucio y pobreza energética que hace necesario que el profesional tomen consciencia de cómo afecta esta situación a nivel familiar, conozca los derechos del menor en estos aspectos y realice las derivaciones pertinentes.

ID: 240

IMPACTO DE UNA UNIDAD DE TRANSICIÓN HOSPITALARIA DE URGENCIAS

AUTORES: Paula Arroyo Uriarte; JR Méndez Paredes; LJ Lores Obradors; R Fabregat Marcos; I Aznar Lou; M Rubio Valera.
CENTRO DE TRABAJO: Parc Sanitari Sant Joan de Déu

JUSTIFICACION

La presión de urgencias y la elevada ocupación de camas hace que algunos pacientes ingresen en urgencias durante largos periodos, lo que incrementa el riesgo de eventos de seguridad y dificulta la atención de los pacientes en espera, afectando a los tiempos de espera y generando fugas. La Unidad de Transición Hospitalaria (UTH) es una unidad en horario de 7h-21h que se creó para ingresar a pacientes de urgencias pendientes de cama y facilitar el trabajo del servicio. Hubo dos fases piloto de funcionamiento: octubre-diciembre 2020 y marzo 2021.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la UTH sobre la mejora en la atención en base a: 1) el tiempo de ingreso en urgencias de los pacientes pendientes de ingreso en el hospital y la proporción de pacientes con ingresos >24h en urgencias; 2) el tiempo de espera en urgencias; 3) el número de fugas en urgencias; 4) el número de altas en urgencias; 5) el número de ingresos de menos de 36h en el hospital para evaluar si la UTH incrementa los ingresos innecesarios.

MATERIA Y METODOS

Estudio de evaluación de impacto en la población que acudió a las urgencias hospitalarias del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (Sant Boi de Llobregat, Barcelona) entre enero de 2020 y abril de 2021, a partir de datos extraídos de la historia clínica electrónica. Se utilizaron modelos de regresión cuyas variables dependientes fueron 1) la duración del ingreso en urgencias y el número de ingresos >24h; 2) el tiempo de espera desde el triaje a la atención en urgencias; 3) el número de fugas por día; 4) el número de altas por día; 5) los ingresos de más de 36 horas. El impacto de la UTH se estimó a partir de modelos de regresión lineal generalizada (GLM) que se ajustaron por los principales confusores: estacionalidad (mes y día de la semana), frecuentación de urgencias, ocupación del hospital (disponibilidad de camas) y nivel de triaje del paciente. Además, en los modelos que consideraban el tiempo de ingreso, se tuvo en cuenta si el paciente era éxitus.

RESULTADOS

El tiempo de ingreso en urgencias supuso una media de 6,4 horas menos los días con UTH ($p< 0,001$), lo que conlleva una disminución del 32% al tiempo medio de ingreso (20,2 horas). El tiempo de espera en urgencias fue de 17,0 minutos menos con UTH ($p< 0,001$), lo que supone una reducción del 19,1% del tiempo medio de espera (88,9 minutos) y la proporción de ingresos >24h se redujo (OR=0,47; $p< 0,001$). Los días con UTH se produjeron 2,6 fugas menos ($p< 0,001$), lo que equivale a una reducción del 39,4% al número medio de fugas diarias (6,6 fugas). No se observaron diferencias entre periodos con y sin UTH en el número de altas ni en el número de ingresos de más de 36 horas.

CONCLUSIONES

La UTH redujo el tiempo de ingreso, el tiempo de espera y las fugas en urgencias, sin aumentar los ingresos de < 36h en el hospital. En consecuencia, la UTH parece tener un impacto positivo sobre la calidad de la atención. Es necesario evaluar su impacto en la seguridad y complicaciones.

ID: 241

HACIA UNA ESCUELA ABIERTA EN CIENCIAS DE LA SALUD: "OPEREMOS" COMO GESTOR DE OPORTUNIDADES DOCENTES EN EL HOSPITAL

AUTORES: Héctor Guadalajara-Labajo; Ol Lopez-Fernandez; A Gutiérrez-Misis; MI Prieto-Nieto; E Baca-García; D García-Olmo.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

JUSTIFICACION

Antes de la pandemia, en el ámbito hospitalario se estaban iniciando cambios en los modelos de gestión de los procesos de atención clínica y educación médica. Una de estas innovaciones en la gestión de la docencia hospitalaria es 'Operemos' (https://www.operemos.es/), una plataforma que inició el cambio de las prácticas y las rotaciones en Cirugía en el Hospital Universitario de la Fundación Jiménez Díaz y la Universidad Autónoma de Madrid en 2019-2020.

El punto de inflexión tuvo lugar a inicios del 2020, inicio del COVID-19, pues brindó una solución para continuar las prácticas quirúrgicas presenciales en el hospital y reforzó la implantación de nuevos conceptos y prácticas clínicas.

OBJETIVOS

El objetivo es conocer cómo se concibió Operemos, cómo está funcionando durante la pandemia, su extensión a otros entornos y contextos, y sus avances tecnológicos.

MATERIA Y METODOS

Este trabajo descriptivo, primero, aborda a modo de revisión rápida la conceptualización que sustenta esta herramienta de gestión educativa médica y, segundo, muestra la estructura y funcionalidad de la plataforma desde: estudiantes, docentes y gestores, para finalizar con los contextos de su uso y futuros desarrollos.

RESULTADOS

Conceptualización que fundamenta 'Operemos': Educación abierta / Escolarización abierta / Personalización de la educación / Educación líquida /Evaluación continuada / Enfoque humanista

Implantación de 'Operemos':

- Constituye un gestor de oportunidades docentes presenciales y en línea
- Funciona al estilo de una red social educativa, donde las personas y actividades son prioritarias
- Promueve una dinámica educativa y comunicativa flexible y cambiante
- Proporciona la evaluación bidireccional entre docentes-estudiantes
- Facilita el mantenerse en el propio itinerario formativo mediante 'elección a la carta' de actividades
- Permite al docente gestionar su propia docencia y acreditar su actividad docente públicamente
- Visualiza personas y acciones al gerente mediante un control de mandos actualizado permanentemente
- Se adapta al móvil y facilita saber cuándo, donde, con quien y qué se va a enseñar/aprender/evaluar
-

CONCLUSIONES

- Los estudiantes han dirigido su aprendizaje, autogestionando sus actividades para cumplir objetivos y realizado sus prácticas en el hospital bien informados y protegidos.
- Los docentes han propuesto su docencia a conveniencia, así como limitado el número de estudiantes por actividad y han podido acreditar su labor docente públicamente.
- Los responsables están al día sobre la evolución de los agentes y logros educativos.
- Se extiende a hospitales, universidades y sector empresarial.
- Se desarrolla con aplicaciones propias y estudia incluir inteligencia artificial.

Operemos está aportando una solución para avanzar hacia una escuela de abierta que gestiona y protege la enseñanza de calidad y la presencialidad de las prácticas en hospitales para agilizar la gestión de la educación y atención clínica.

ID: 242

REACTIVACIÓN Y MODERNIZACIÓN EN LA IMPARTICIÓN DE SESIONES DE AUTOFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: Maria Claudia Téllez Barragán[1]; SM Viver Gómez[2]; AL Lafraya Puente[3]; R Martín Molina[4]; JC Pérez Vedia[5]; C Martín Sanjuan[6].
CENTRO DE TRABAJO: C.S. Dr. Luengo Rodriguez[12345]; C.S.Angela Uriarte[6].

JUSTIFICACION

Las sesiones de autoformación en los Centros de Salud han experimentado una considerable disminución a consecuencia de la aparición del COVID 19. Las limitaciones y recomendaciones adoptadas por el gobierno han reducido el aforo en recintos cerrados, imposibilitando las reuniones habituales de las actividades docentes. Las modificaciones en la organización y funcionamiento de los centros sanitarios, han implicado la atención y esfuerzo de todos los profesionales para lograr llevarlos a cabo, conllevando al abandono de la impartición de sesiones docentes. El tema de la pandemia requirió atención exclusiva en un momento determinado acusado por el estado de alarma.

OBJETIVOS

Reactivar la activad docente adecuando los espacios físicos, respetando las recomendaciones y medidas aprobadas por el gobierno, explotando las herramientas tecnológicas que ofrece la institución para impartir sesiones a fin de: Compartir información de las últimas publicaciones científicas para reforzar el criterio clínico en la actividad asistencial.Descentrar la atención científica y diversificar temas médicos para actualizar criterios en diferentes áreas medicas que refuerzan conceptos para aplicar durante la actividad asistencial. Facilitar la asistencia a todos los profesionales. Tanto los presentes en las instalaciones del Centro de Salud como los que se encuentran ausentes y desean asistir virtualmente. La tecnología es un gran aliado para la comunicación bidireccional y transmisión de sesiones docenes on line.Fomentar la investigación, actualización de criterios para ser compartidos mejorando y consecuentemente la calidad asistencial

MATERIA Y METODOS

Realizamos un análisis de DAFO para desarrollo de la estrategia

RESULTADOS

•**Análisis interno: Debilidades**: Insistencia en el mono tema COVID,Miedo a compartir y convivir en espacios cerrados, Preocupación continuada por situación epidemiológica. **Fortalezas**: Calidad y vocación profesional, experiencia en la impartición de sesiones de autoformación, inquietud en actualizar conceptos y criterios médicos.

•**Análisis Externo. Amenazas**: Aumento de incertidumbre del personal ante de la variabilidad de indicaciones emitidas. La información referente a la pandemia es confusa, creando estrés entre los profesionales. Oportunidades: La institución brinda herramientas informáticas para crear comunicaciones de diferente índole, El acercamiento personal a través de las herramientas virtuales, ofrecen oportunidad para generar actividades informativas con medio audiovisual

CONCLUSIONES

La formación continuada es fundamental para mantener conceptos y criterios científicos actualizados que fomentan una buena calidad asistencial en la consulta clínica. La autoformación cumple su objetivo razón para reactivarla explotando la tecnología de las comunicaciones, facilitando la participación de profesionales docente/alumno, fomentando la investigación y la búsqueda de novedades médicas con la participación de los profesionales desde diferentes terminales, evitando reuniones en lugares cerrados.

ID: 243

ADAPTACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS CON METODOLOGIA LEAN

AUTORES: Susana Álvarez Gómez[1]; A Segado Muñoz[2]; EM Godino Ruiz[3]; L Gómez Morcillo[4]; S Romero Tello[5]; JR Méndez Paredes[6].
CENTRO DE TRABAJO: Parc Sanitari Sant Joan de Déu[13456]; Hospital Universitari Germans Trias i Pujol[2]

JUSTIFICACION

Las medidas de seguridad por el COVID-19 afectaron a la unidad de endoscopias digestivas-UED, alargando la estancia del paciente en la UED (Lead Time-LT), reduciendo la cadencia (Actual Takt Time-ATT) y aumentando la lista de espera. La previsión de un aumento del área de referencia, junto a las tarifas de pago ajustadas y baja disponibilidad de profesionales, hacen necesaria una mejora del proceso para garantizar la seguridad y mejorar el acceso, al aumentar número de pruebas.

OBJETIVOS

Agilizar el proceso de endoscopias digestivas-ED disminuyendo prácticas de no valor añadido-NVA, considerando las preferencias de los pacientes, para:

- Disminuir el LT del paciente en 20 min en 3 meses
- Disminuir el ATT sin aumento de recursos ni tiempo en 6 meses

MATERIA Y METODOS

Mediante metodología Lean se hizo un diagnóstico de situación para identificar oportunidades de mejora internas del proceso, tanto en la programación como la realización de la prueba.

Profesionales de todas las categorías y servicios que intervienen en el proceso (Gestión de Pacientes, Enfermería, Digestivo y Anestesia) y 3 técnicos de diversos ámbitos sanitarios formados en metodología Lean participaron en un grupo de trabajo multidisciplinar con sesiones de trabajo de un total de 15 horas.

Se revisó la información previa de actividad y funcionamiento facilitada por el grupo y sus responsables. Se realizó observación directa en la UED con recogida de datos in situ del proceso (funcionamiento, dificultades, tiempos, etc.). Herramientas de análisis de datos usadas:

- Mapa de flujo de valor para detección de etapas de NVA y no necesarias
- Análisis de desplazamientos de profesionales con diagramas espagueti
- Estudio de interrupciones de flujo y frecuencia con diagrama Pareto
- Gráfico de balanceo de tareas de profesionales
- Árbol de causa-raíz de interrupciones de flujo y problemas detectados
- Propuesta de acciones de mejora y contramedidas; priorizadas con tres variables (Viabilidad, Autonomía y opinión del Paciente); puntuadas del 1 al 5 y planificadas en un cronograma
- Grupo focal con pacientes de la UED para evaluar las necesidades y preferencias del paciente
- Tabla de seguimiento para recoger mediciones de LT y ATT
- Informe formato A3

RESULTADOS

A finales de Abril, tras la implantación parcial de acciones:

- Disminución en 4 minutos del LT
- Disminución del ATT de 23 min/prueba a 19 min/prueba
- Se realizarán mediciones tras la implantación del resto de acciones priorizadas

CONCLUSIONES

A la espera del análisis de resultados finales y la planificación de nuevos objetivos, se han reducido el LT y el ATT, lo que permitiría aumentar el número de pruebas y mejorar el acceso de los pacientes. Para lograr mejoras es imprescindible el trabajo en equipo y la comunicación entre todos los actores implicados, conocer el Gemba (el lugar de trabajo), implicar a la dirección, enfocar el proceso desde el punto de vista del paciente y realizar un buen análisis y planificación.

ID: 244

MEJORAR LA PRESCRIPCION EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES, A PROPOSITO DE UN CASO

AUTORES: ISABEL MARIA SANCHEZ NAVARRO; G BALDOMINOS UTRILLA; MC PINTADO DELGADO; M MACIAS MAROTO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

JUSTIFICACION

Paciente en tratamiento con apixaban, suspendido tras ingreso hospitalario. Al alta, el paciente es derivado al especialista para valorar la reintroducción del fármaco. En la consulta de hematología se reintroduce apixaban de forma verbal, sin registrarlo en la Historia Clínica Electrónica (HCE), ni actualizarlo en el Módulo de Prescripción Única (MUP), herramienta que permite disponer de una historia farmacoterapéutica única y completa del paciente, donde los profesionales sanitarios públicos prescriben a través de una única plataforma. Al no haber constancia de la reintroducción del tratamiento, la Oficina de Farmacia no puede realizar la dispensación y el paciente acude a su Médico de Atención Primaria, el cual, notifica el incidente y deriva al paciente a las consultas de Hematología del Hospital. Allí, finalmente, se confirma la reintroducción del fármaco y se actualiza, tanto la HCE, como el MUP.

OBJETIVOS

A raíz de la notificación recibida, desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, se propuso realizar una Recomendación de Seguridad Local (RSL). Para evitar errores de medicación, de comunicación, retrasos en la adquisición de fármacos y, en consecuencia, aumentar la seguridad durante las transiciones asistenciales. Es imprescindible actualizar cualquier modificación en el tratamiento del paciente (suspensión, sustitución, cambio de pauta o nuevo tratamiento). Además, desde el Servicio de Farmacia del Hospital se realiza una validación de la terapia antiagregante y anticoagulante.

MATERIA Y METODOS

Se analiza el incidente notificado y se realiza la RSL, difundiéndose a través del Sistema de Notificaciones de la Comunidad de Madrid.

Desde el Servicio de Farmacia del hospital se realiza una validación de la terapia tanto al ingreso como al alta hospitalaria (indicación, dosis y posología), una revisión de la actualización del MUP y se dispensa esta medicación, para asegurar la disponibilidad, hasta que sea visada y pueda ser dispensada desde la Oficina de Farmacia.

RESULTADOS

Las tecnologías no están exentas de riesgo, no cumplir con los procedimientos establecidos implica un problema de seguridad para el paciente, por lo que es importante crear sistemas de vigilancia para asegurar que se cumplen. Tras las validaciones farmacéuticas se han observado dosis no ajustadas a la indicación y características del paciente según ficha técnica, las cuales se han comunicado al médico responsable. No se ha vuelvo a repetir el incidente de medicación, todos los pacientes validados tenían actualizado el MUP.

CONCLUSIONES

La seguridad del paciente es un objetivo esencial en los sistemas de atención sanitaria. Es necesario implantar iniciativas orientadas a la puesta en marcha de acciones de mejora en los centros. El análisis de los incidentes notificados y la puesta en marcha de medidas como la RSL es fundamental para llegar al profesional sanitario e incidir en aquellos puntos débiles muy importantes en la seguridad del paciente, siendo uno de ellos la transición asistencial.

ID: 245

MONITORIZACIÓN DE LOS CASOS COVID POSITIVOS/ PREVENTIVOS EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS CON UN SISTEMA BASADO EN LA NUBE.

AUTORES: LLATZER ZURANO DOMINGO[1]; G MUÑOZ ALVAREZ[2]; M ESPAÑOL PONS[3]; E MARQUÈS CASASOLA[4]; MA SUGRAÑES DOMINGO[5]; N HERNANDEZ GAUCHIA[6].
CENTRO DE TRABAJO: CAP LLIBERTAT[1245]; CAP SANT PERE[36]

JUSTIFICACION

El Covid-19 ha implicado un aumento de las necesidades sanitarias de la población, especialmente en las residencias de ancianos, grupo de población especialmente vulnerable y que el confinamiento les ha supuesto un gran impacto a nivel biopsicosocial. Somos un equipo multidisciplinar de Atención Primaria que damos soporte asistencial, formativo, de asesoramiento y coordinación a las residencias de ancianos de la ciudad. Con la llegada de la pandemia también ayudamos en el cribado, seguimiento clínico y monitorización de los residentes infectados por Covid-19 y de los contactos estrechos que hubieran generado. Hasta el momento, el trabajo de computar los tiempos de aislamiento se realizaba mediante listas en formato físico y con cálculos manuales, pero el aumento del número de casos y el riesgo potencial de errores que implica, nos creó la necesidad de buscar una solución alternativa.

OBJETIVOS

Presentar un seguimiento de los residentes aislados.

Supervisar los tiempos de aislamiento y asegurar un inicio y fin de aislamiento precoces, cumpliendo los protocolos vigentes.

Evitar errores en el registro y control de los casos en estudio.

MATERIA Y METODOS

En este trabajo presentamos el diseño de una hoja de datos ubicado en la nube en la que se registran los datos personales, residencia de ingreso, motivo y fecha de inicio de aislamiento y en la que el algoritmo proporciona automáticamente la fecha final del aislamiento y la prueba a realizar. Los motivos de aislamiento pueden ser sintomatología compatible con Covid-19, prueba diagnóstica positiva, contacto estrecho con un positivo, nuevos ingresos, regreso a la residencia (visita/estancia hospitalaria o visita familiar) o traslado de otra residencia.

Para consultar la hoja de datos se necesita un terminal (móvil, tableta u ordenador) y conexión a internet. Además, el sistema permite su uso compartido entre los miembros del equipo y su actualización en tiempo real.

RESULTADOS

Se han monitorizado 327 residentes en el período comprendido entre el 9/12/2020 y el 6/4/2021. De estos, 60 fueron aislados por test de antígenos, 67 por detección nucleica RT-PCR, y 7 por presentar sintomatología compatible. Del resto de residentes, 99 fueron aislados por ser contacto estrecho con un positivo, 20 se aislaron por regresar del hospital o urgencias, 31 por ingresos a la residencia, 2 por traslado entre residencias, y 5 por retorno tras haber pasado unos días con la familia. En los 36 residentes restantes, no se registró el motivo de aislamiento o fue por otros motivos.

CONCLUSIONES

El uso de herramientas basadas en la nube permite un mejor control de los tiempos de aislamiento, una disminución de la tasa de errores de cómputo y la evitación de demoras en el inicio o finalización de los aislamientos. También ha permitido una rápida visualización y una mejor monitorización de los brotes en las residencias y una mejora en los cuidados a los ancianos, repercutiendo en su salud biopsicosocial y mejorando la vuelta a la normalidad de las residencias de la ciudad.

ID: 246

MONITORIZACIÓN AUTOMATIZADA DE INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLEMENTACIÓN PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE

AUTORES: Maria Galisteo Giménez; R Cadena Caballero; S Sánchez Seda; F Feu Caballero
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínic de Barcelona

JUSTIFICACION

En nuestro centro, la calidad asistencial y la seguridad del paciente son responsabilidad de la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica (DQiSC), la cual está alineada con el Plan Estratégico del Hospital. Su misión es asegurar que todos los profesionales de la organización centren sus esfuerzos en llevar a cabo prácticas seguras. Para ello, es importante que dispongan de instrumentos que posibiliten hacer un seguimiento de resultados de forma automatizada a través del registro de su actividad en el HIS (Hospital Information System) del centro.

OBJETIVOS

Construir Cuadros de Mando para monitorizar de forma automatizada la práctica asistencial, así como los indicadores de Calidad y Seguridad del paciente manteniéndolos en los estándares establecidos y trabajar para su mejora utilizando una solución de Business Intelligence.

MATERIA Y METODOS

El acceso y registro de la información relacionada con los pacientes de nuestro centro, se lleva a cabo a través del software ERP SAP (Systems, Applications, Products in Data Processing), donde el registro de la información se lleva a cabo de forma estructurada, lo que permite la explotación de la actividad asistencial y de los indicadores de calidad y seguridad del paciente.

A través de la plataforma Microsoft Power BI, hemos creado cuadros de mando vinculados a los registros de SAP, que permiten una monitorización de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Actualmente disponemos de un cuadro de mando general dónde poder obtener: el nivel de cumplimentación de todos los registros clínicos, indicadores de calidad y seguridad del paciente y resultados obtenidos en la puesta en marcha de distintos procesos, programas y proyectos del centro, como son la Bacteriemia Zero, ITU Zero, Neumonía Zero, Cirugía Segura, Mortalidad, proyectos Right Care...

A su vez podemos obtener disponer del detalle de los datos tanto a nivel transversal, de todo el centro, como específicos de cada unidad o área, en tiempo real y accesibles a todos los profesionales.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia disponer de registros de la información estructurados y parametrizados de manera que podamos construir cuadros de mando informatizados que nos permitan analizar la práctica asistencial.

Para mejorar la calidad y la seguridad del paciente, así como la implicación de los profesionales, es importante que tengan acceso a los resultados de su práctica asistencial, a través del propio sistema de trabajo.

La automatización de la información a través de la plataforma de BI, nos ha permitido crear cuadros de mando relacionados con procesos, programas y proyectos del centro que permitirán una evaluación de los resultados obtenidos.

ID: 247

PROFESIONALES SANITARIOS COMPROMETIDOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: 78.000 NOTIFICACIONES EN 8 AÑOS

AUTORES: Laura Navarro Vila; A Fernández Lumbreras; J Capella González; G Oliva Oliva; C Pareja Rossell
CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMENT DE SALUT

JUSTIFICACION

Los sistemas de notificación y gestión de incidentes ayudan a mejorar la calidad y seguridad del paciente. Permiten definir el perfil de riesgos de la organización, aprender de los errores y establecer las medidas específicas de mejora para que no se vuelvan a repetir estos incidentes.

OBJETIVOS

Describir los resultados agregados de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, notificados por hospitales y atención primaria de una Comunidad Autónoma.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo de los incidentes notificados desde 2013 a 2021 por los hospitales públicos y centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma, mediante un sistema de notificación y gestión de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Dicho sistema es voluntario, confidencial, no punitivo, anónimo y de orientación sistémica.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se notificaron 78.059 incidentes que fueron gestionados y cerrados con propuestas de mejora. Descripción de las notificaciones: a) Según ámbito asistencial: la mayoría procedieron de hospitalización de agudos (60%), seguido de atención primaria (30%), sociosanitario (8%) y salud mental (2%); b) Según el tipo de incidente: el más frecuente fue caídas (29%) seguido de medicación (24%); c) Según el notificante: 61% fueron enfermeras y 16% médicos; d) Según la probabilidad de repetirse: 24% frecuente (próximas semanas o meses) y un 23,7% probable (diversas veces al año); e) Según la gravedad: 27% no llega al paciente, 59,2% llega pero no le ocasiona daño y el 13,6% le causa alguna lesión; f) Según los factores contribuyentes que favorecen el incidente: 31% están relacionados con el profesional, 25,3% con el paciente y el 18,8 % con la organización del servicio.

CONCLUSIONES

Los resultados permiten mostrar una imagen global de los incidentes notificados en la Comunidad Autónoma y dar una idea general del mapa de riesgos de seguridad del paciente. El análisis de datos agregados permite identificar problemas o tendencias que podrían pasar desapercibidos en un único centro por su baja incidencia y que se hacen más evidentes al contar con un mayor número de casos. Además, proporciona información útil para la elaboración de estrategias y proyectos de mejora de la seguridad del paciente.

R.R.: (98,7/100)%
R.S.: (94,6/43,9)%

CONCLUSIONES

La elaboración de la hoja de cálculo nos ha permitido tener monitorizadas todas las residencias.

Tenemos más del 98% de los residentes vacunados

Tenemos un 74% de trabajadores correctamente vacunados

Desde la finalización de la vacunación en el ámbito residencial no se ha detectado en los cribados ningún trabajador no vacunado positivo en COVID-19

ID: 248

MONITORIZACIÓN DEL ESTADO VACUNAL DE COVID-19 EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL Y CRIBADO DE PERSONAL NO PROTEGIDO

AUTORES: LLATZER ZURANO DOMINGO[1]; G MUÑOZ ALVAREZ[2]; M ESPAÑOL PONS[3]; E MARQUÈS CASASOLA[4]; N HERNANDEZ GAUCHIA[5]; O PALLEJÀ BONACHERA[6].
CENTRO DE TRABAJO: CAP LLIBERTAT[1245]; CAP SANT PERE[36]

JUSTIFICACION

Somos un equipo multidisciplinar de atención primaria que damos apoyo a diversas residencias geriátricas de la ciudad. La implantación del programa de vacunación para la Covid-19 y la dificultad de supervisar el estado vacunal de los ancianos y trabajadores de nuestras residencias nos ha generado la necesidad de crear una herramienta de monitorización de este proceso.

OBJETIVOS

Obtener un seguimiento de la tasa de vacunación de las diversas residencias a las cuales damos soporte a nivel asistencial como equipo de atención primaria.

Controlar las dosis de vacunación de nuevos empleados y nuevos ingresos de ancianos.

Concienciar residentes, trabajadores y familiares de la importancia de la vacunación y de seguir manteniendo las medidas de protección universales a pesar de haber completado la vacunación.

Supervisar los cribados periódicos en función de la situación epidemiológica del territorio de los centros residenciales donde haya trabajadores y usuarios no correctamente vacunados.

MATERIA Y METODOS

Nuestro equipo presta apoyo a 10 residencias de ancianos de la ciudad, las cuáles suman un total de 622 trabajadores y 588 residentes. En febrero de 2021 empezamos a realizar una hoja de cálculo de los ancianos vacunados de estos centros donde consta nombre del usuario, nombre de la residencia, fecha de vacuna, número de dosis, si han pasado la COVID-19 y finalmente si quieren ser vacunados. Una vez registrada la primera dosis, el algoritmo calcula automáticamente mediante una fórmula predeterminada la fecha de la segunda dosis, si procede por edad y estado inmunológico. Así, disponemos de un registro compartido por todos los miembros del equipo y en tiempo real del estado de vacunación de todas las residencias. También hemos usado un algoritmo similar para los trabajadores.

Los trabajadores que no se han vacunado los registramos en una hoja de cálculo que enviamos al equipo extractor referente para la realización del cribado Covid-19, con una periodicidad en función del riesgo de rebrote del municipio, de acuerdo al protocolo vigente. Acordamos con la residencia el día de cribado y realizamos una supervisión del resultado del mismo.

RESULTADOS

Presentamos los porcentajes de residentes vacunados/trabajadores vacunados de cada residencia, con los datos anonimizados:

R.B.: (100/73,3)%

R. F.: (100/65)%

R. H.: (97,1/83,7)%

R.I.: (100/44)%

R.J.: (100/57)%

R.M.: (100/84,1)%

R.N.:(100/85,7)%

R. P.: (92,7/91)%

ID: 249

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A 3 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID19

AUTORES: LAURA DONAT BENEYTO; V SUBIAS URBANO; L TAUSTE SOS; M POVEDA BALLESTER; S DALMAU VIDAL; E TORRES MAILLO.
CENTRO DE TRABAJO: CAP SANT PERE

JUSTIFICACION

Uno de los retos de la sanidad pública es la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Dar una respuesta más rápida, adecuada y efectiva es fundamental. Las necesidades de la población se han visto acentuadas por la pandemia de COVID19. Debemos considerar una grave situación que un paciente que quiere acceder a su médico o enfermera tenga que esperar a ser atendido en ocasiones más de 10 días.

OBJETIVOS

Mejorar la accesibilidad en tres centros urbanos de atención primaria en contexto de pandemia por COVID-19

Mejorar los indicadores de accesibilidad a 24h, a 5 días y a 10 días.

MATERIA Y METODOS

Se lleva a cabo un equipo de mejora que a partir de la metodología de mejora continua analiza las posibles causas y posibles soluciones relacionadas con la accesibilida.

Se analizan indicadores basales de accesibilidad a 24h, 5 días y 10 días según cuadro de mandos de los equipos se proponen una serie de intervenciones de mejora.

Se lleva a cabo una lluvia de ideas (brainstorming) sobre posibles causas y se clasifican en espina de Ishikawa según tengan relación con el profesional, el ciudadano, la organización de los equipos o causas externas.

Se buscan posibles entre las que destacan: la revisión de los protocolos actuales de seguimiento de pacientes crónicos, la periodicidad de los controles, la proactividad del profesional avanzándose en revisión de listados de pacientes priorizados, las nuevas formas de acceso a la atención primaria y la formación de los profesionales en estos instrumentos: econsulta, videoconsulta, … la adecuación de las tecnologías: líneas telefónicas accesibles, material informático: webcam, … la revisión de los procedimientos administrativos de los centros de atención primaria más ágiles y consensuados

Se diseña un plan de acción y cronograma de aplicación.

RESULTADOS

Este trabajo describe el proyecto llevado a cabo en 3 centros de Atención Primaria urbanos, en una situación excepcional de pandemia mundial por COVID19 y las medidas que se están aplicando para mejorar los indicadores de accesibilidad.

Actualmente los tres centros están en fase de aplicación de las medidas correctora y queda pendiente la reevaluación de los indicadores en unos meses para comprobar su efectividad.

CONCLUSIONES

La postpandemia debería servir a la atención primaria de salud como una oportunidad de mejora.

Para mejorar la seguridad del paciente es imprescindible llevar a cabo proyectos de mejora que revisen periódicamente la accesibilidad del ciudadano a la atención primaria preservándose como pilar básico.

ID: 250

APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN GESTIÓN DE LA DEMANDA DE HORMONAS TIROIDEAS: T4L/TSH Y SOBRECOSTE POR PACIENTE

AUTORES: Juan Núñez Rodríguez; A Arrabal Alonso; M Rodríguez Albo; R Sáez de la Maleta Úbeda; S Gundín Menéndez
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos

JUSTIFICACION

La solicitud de un número creciente de pruebas de laboratorio por Atención Primaria hace cada vez más necesaria la implementación de estrategias de gestión de la demanda en los laboratorios clínicos con el fin de optimizar los recursos, disminuir sobrediagnósticos e indirectamente mejorar la calidad de vida del paciente. En este contexto, el Ministerio de Sanidad pone en marcha el proyecto "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España", dentro del cual la Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM) y la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQC) recomiendan solicitar únicamente TSH en la valoración inicial de pacientes con sospecha de patología tiroidea, ampliando el laboratorio el estudio con T4L sólo en los casos con TSH fuera de rango. Es una práctica extendida en nuestro entorno la solicitud conjunta de TSH y T4L como cribado tiroideo, lo que supone una fuente de gasto innecesario susceptible de optimización por parte del Laboratorio Clínico.

OBJETIVOS

Nos proponemos analizar la demanda de peticiones de T4L desde Atención Primaria y, en caso de necesitar intervención, estudiar retrospectivamente su impacto.

MATERIA Y METODOS

Calculamos el ratio T4L/TSH como indicador de proceso; según la bibliografía un resultado mayor de 0,25 aconseja la intervención en la demanda por exceso de dicho proceso. Al tratarse de un estudio retrospectivo, evaluamos el impacto que hubiese tenido la gestión de la demanda de T4L en el año 2019, para lo que calculamos, como indicador de resultado, el sobrecoste por paciente, definido como coste unitario de la determinación inadecuada por petición solicitada. El coste unitario por determinación de T4L es de 1,48 euros.

RESULTADOS

En el año 2019 se solicitó un total de 30853 determinaciones de T4L, de las cuales un 78,74% (24293) presentaban valores de TSH dentro del intervalo de referencia (0,3-5µU/mL). Esto supone un ratio T4L/TSH=0,55.

De este modo se evidencia una falta de calidad en este proceso asistencial. De aplicarse las recomendaciones mencionadas, obtendríamos un resultado dentro de objetivo (0,21), lo que repercutiría en un ahorro anual en costes directos de 35953,64 euros, que nuestro indicador de resultado estima en un sobrecoste por paciente de 1,15 euros. A esto hay que sumar otras consecuencias indirectas: consultas innecesarias a Endocrinología, pruebas adicionales no indicadas o generación de inseguridad y preocupación en el paciente.

CONCLUSIONES

Es una misión del profesional de laboratorio evaluar sus procesos a fin de ofrecer un valor añadido a su trabajo, como en este caso por medio de una gestión más eficiente de los recursos y un ahorro en molestias para nuestros usuarios. Se evidencia que la implantación de un sistema de petición electrónica permitiría una mejor optimización de los recursos no sólo económicos sino también humanos, al permitir una intervención más rápida y eficiente por parte del especialista en Análisis Clínicos, detectando solicitudes improcedentes como las descritas en este estudio.

ID: 251

CONOCIMIENTO, INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: Clara Pareja Rossell[1]; M Gens Barberà[2]; G Oliva Oliva[3]; J Capella Gonzalez[4]; N Hernández Vidal[5]; D Ayala Villuendas[6].
CENTRO DE TRABAJO: Subdirección General de Ordenación y Calidad Sanitarias y Farmaceuticas[134]; Gerència Territorial Camp de Tarragona Salut/Institut Català de la Salut[256]

JUSTIFICACION

La seguridad del paciente (SP) es un derecho de los ciudadanos y una prioridad para la administración pública como garante de la calidad y seguridad en la atención sanitaria.

El futuro de la SP depende de la capacidad de desarrollar herramientas para reducir el riesgo de la atención sanitaria integradas en la asistencia y su entorno, de integrar la información proveniente del sistema sanitario, de analizarla y de intervenir efectivamente a partir del conocimiento generado.

OBJETIVOS

Mejorar la SP reduciendo el riesgo de daño relacionado con el entorno asistencial y la atención sanitaria en una comunidad autónoma (CA).

MATERIA Y METODOS

Desarrollo de una plataforma electrónica de SP que incluye:

- Aplicación proactiva de SP con listados de verificación (LV) para el control del entorno asistencial y que permite la adaptación local, calendarización y, gestión de incidencias y de resultados en tiempo real.
- Sistema de notificación de incidentes y eventos adversos.
- Cuadro de mando de SP constituido por indicadores de los ámbitos asistenciales y de distintas temáticas fundamentales para la SP.

Ámbito de implantación: todos los centros sanitarios de la CA, empezando con la atención primaria y hospitales.

Estructura organizativa: Comité de Dirección, Comisiones estratégicas, Comisiones de seguimiento y Grupos de trabajo específicos por ámbitos sanitarios. Un factor clave es la participación de todos los proveedores sanitarios y de profesionales expertos en seguridad del paciente y en la notificación de incidentes de la CA.

Período de desarrollo e implementación: enero de 2021-diciembre de 2022.

RESULTADOS

La aplicación proactiva dispone de 93 LV y está implantada en el 75% de centros de atención primaria y se está extendiendo a hospitales. En relación a la primaria, desde el año 2013 al 2020 se planificaron 2.311.286 LV, se realizaron 2.171.250 (93,94%) y se observaron 108.198 LV con incidencias (4,98%).

En hospitales, desde 2015 al 2020 se planificaron 153.326 LV, se realizaron 135.152 (88,15%) y se observaron 13.873 LV con incidencias (10,26%).

El sistema de notificación de incidentes se está adaptando a los diferentes ámbitos asistenciales para mejorar la notificación y la gestión del incidente.

CONCLUSIONES

La plataforma de seguridad del paciente permite trabajar de manera proactiva y en tiempo real los riesgos evitables de procesos relacionados con el entorno asistencial y actuar de forma reactiva al disponer de la información de notificación de incidentes.

Se genera información para la elaboración de un mapa de riesgos que ayuda a la toma de decisiones tanto para el centro como para la Administración sanitaria de la comunidad y para la estrategia a seguir en seguridad del paciente.

ID: 252

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA UN MEJOR ABORDAJE DE HIPERFERRITINEMIAS Y HEMOCROMATOSIS HEREDITARIAS

AUTORES: Claudia Abadía Molina; M Civeira Marin; R Gonzalez Tarancón; MV Recasens Flores; J Fuentes Olmo; S Izquierdo Álvarez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet

JUSTIFICACION

El diagnóstico clínico-genético de las hemocromatosis hereditarias (HH) requiere de la coordinación entre diferentes especialistas para garantizar una adecuada gestión de la demanda de las pruebas moleculares. Es preciso establecer unos criterios comunes entre todos los especialistas implicados para decidir la aceptación o rechazo del estudio genético.

OBJETIVOS

1. Establecer el circuito de derivación con unos criterios para la solicitud de estudios genéticos ante sospecha de hiperferritinemias hereditarias (HFH) y HH (HFE y no-HFE).
2. Establecer indicadores para medir el rendimiento del protocolo.

MATERIA Y METODOS

Se diseñó protocolo para el abordaje de las HFH y HH para la población atendida en nuestro sector, consensuado por Bioquímica Clínica, Hematología y Hemoterapia, Digestivo y Medicina interna fundamentándose en las guías clínicas y recomendaciones de las sociedades: EASL (2010), EMQN (2016), ACG (2019). La población diana incluye pacientes provenientes de consultas externas de Digestivo, Hematología, Medicina Interna y/o Genética Clínica con solicitud de estudio genético de HH y/o HFH.

RESULTADOS

El protocolo definió los criterios de derivación y solicitud del estudio genético: diagnóstico diferencial previo y presencia de alteraciones bioquímicas del metabolismo del hierro: sideremia >150 µg/dL, ferritina > 500ng/mL y/o IST â‰¥45% en 2 determinaciones separadas en un periodo de 6 meses entre ambas. Se solicitará estudio no HFE en aquellos pacientes con IST elevado y/o hiperferritinemia persistente según los criterios anteriores con genética HFE negativa.

Se diferenciaron dos tipos de estudios genéticos: estudio mutaciones más frecuentes HH HFE, y estudio de variantes mediante paneles NGS y/o grandes deleciones/duplicaciones (MLPA) de otros genes asociados a HFH y otras HH no HFE (BMP6, FTH1, FTL, HAMP, HFE, HFE2 (HJV), SLC40A1 y TFR2).

Se propusieron los siguientes indicadores:

- A: Número de estudios genéticos de hemocromatosis hereditaria tipo 1 que no cumple criterios/ total de estudios genéticos de HH tipo 1 realizados (Estándar 10%)
- B: Número de estudios genético HH tipo 1 rechazados por estudio genético ya realizado/total de estudio genéticos de HH tipo 1 realizados (Estándar 2%)
- C: Porcentaje de informes de HH tipo 1 con tiempo respuesta < 14 días/ total de informes de HH tipo 1 (Indicador mensual) (Estándar 10%) (Estándar 95%)
- D: Porcentaje de estudios genéticos de HH tipo 1 remitidos desde Atención Primaria/ Total de estudio genéticos de HH tipo 1 (Estándar < 2%)
- E: Porcentaje de estudios genéticos de HH tipo 1 con resultado positivo/Total de estudios genéticos de HH tipo 1 (Estándar 70%)

CONCLUSIONES

El protocolo desde su implantación en febrero de 2021 ha permitido realizar una gestión adecuada de la demanda de los estudios moleculares como indican los resultados de los indicadores: A 9%, B 1%, C 98%, D 3% (aunque el estándar es < 2% se ha experimentado mejoría ya que antes de la implantación era de un 25%), y el E 71%.

ID: 253

IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN EL ÁMBITO GERIÁTRICO RESIDENCIAL

AUTORES: LLATZER ZURANO DOMINGO[1]; g MUÑOZ ALVAREZ[2]; M ESPAÑOL PONS[3]; E MARQUÈS CASASOLA[4]; N HERNANDEZ GAUCHIA[5]; A TORRES CREIXENTI[6]

CENTRO DE TRABAJO: CAP LLIBERTAT[1245]; CAP SANT PERE[3]; CAP HORTS DE MIRO[6].

JUSTIFICACION

Los efectos de la pandemia COVID-19 sobre la población anciana institucionalizada han revelado la necesidad de una colaboración más estrecha entre los equipos de salud y las residencias geriátricas, que ayude a mejorar la calidad y la seguridad en los procesos asistenciales en los que se ven implicados los ancianos institucionalizados. Para facilitar esta colaboración se ha propuesto a las residencias de nuestra ciudad la adhesión voluntaria al programa de historia clínica electrónica para Atención primaria (en adelante HCE-AP).

OBJETIVOS

La implantación del programa de HCE-AP en nuestras residencias geriátricas, impulsada des del departamento de salud, tiene como objetivos proporcionar a los sanitarios de estos centros (médicos/as y enfermeros/as) el acceso a la historia clínica completa del residente, así como facilitar la comunicación entre estos sanitarios y los profesionales de atención primaria. A la espera de que este programa disponga de un módulo específico para residenciaS, de momento éstas siguen usando, además, sus propios programas de registro.

MATERIA Y METODOS

En noviembre de 2020 se ofrece a las 10 residencias a las cuáles damos apoyo desde nuestro equipo de Atención primaria, la posibilidad de la adhesión al programa de HCE-AP. Seis de ellas muestran su interés inicialmente y nos remiten los documentos necesarios para iniciar los trámites.

Una vez revisados los documentos por nuestra asesoría jurídica se inicia el alta en el programa, tanto de la residencia como de los profesionales.

El proceso termina con una sesión de formación inicial presencial, que se da en la misma residencia en grupos muy reducidos, en la cual se explica de manera práctica el funcionamiento del programa y la información que se puede obtener y volcar en el mismo. Para complementar esta formación se ofrece la posibilidad de consultar dudas a posteriori, bien sea por mail o por teléfono, con nuestro equipo.

RESULTADOS

En el momento actual están usando la HCE-AP seis de nuestras residencias. De las cuatro restantes, tres están pendientes de completar el proceso, dado que lo iniciaron más tarde, y una ha explicitado su intención de no adherirse.

CONCLUSIONES

Para conseguir una buena integración entre las residencias de ancianos y los equipos de salud de Atención primaria, se hace imprescindible el uso de una historia clínica electrónica única, sin la cual la seguridad del paciente durante los procesos asistenciales puede verse comprometida . La adhesión de las residencias al programa HCE-AP supone un primer paso para conseguir esta integración y para mejorar la seguridad en la atención sanitaria de nuestros ancianos.

ID: 254

ELECCIÓN COSTE-EFECTIVA DE LA PROFILAXIS DE LAS ITUR MEDIANTE BIG DATA.

AUTORES: Laura Rubio Cirilo; JE Hernández Sánchez; L Alfaro Cadenas
CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Villalba

JUSTIFICACION

La inteligencia artificial (IA) hace posible que las máquinas aprendan de la experiencia. Las computadoras pueden ser entrenadas mediante el aprendizaje profundo y el procesamiento del lenguaje natural para realizar tareas especificas procesando y reconociendo patrones sobre grandes cantidades de datos.

Se denomina infección urinaria de repetición (ITUr) a la que ocurre en >=2 ocasiones durante 6 meses o >= 3 veces en 1 año. Es un problema común, con alto impacto económico y con gran repercusión en la calidad de vida de las pacientes.

OBJETIVOS

1. Uso del Big Data/IA para la detección de los factores de riesgo en las pacientes con diagnóstico de ITUr
2. Diseño de un algoritmo de predicción de la estrategia de profilaxis más adecuada a cada paciente
3. Definir un algoritmo para la detección precoz de casos de ITUr

MATERIA Y METODOS

1.Detección de los factores de riesgo y de los casos de ITUr no diagnosticados mediante el uso de Big Data. Obtención del mayor conjunto de variables posibles de la historia clínica electrónica: Antecedentes codificados, valores analíticos, hallazgos en pruebas de imagen, sondaje previo, demográficos, edad y sexo, IMC, datos microbiológicos, uso de antibióticos – pauta y duración -, etc, registros de enfermería, motivos de reingreso o consulta en urgencias y CMBD; por otro lado a partir de los factores de riesgo ya conocidos y establecida la definición de ITUr, se podrían buscar en cualquier episodio del ámbito hospitalario (urgencias, hospitalización, consultas externas...) pacientes que cumplan la definición de caso, pero que no hayan sido dirigidos a una consulta especializada.

2.Desarrollo de algoritmos que pronostiquen una mejor respuesta a una y otra profilaxis. La aplicación de algoritmos específicos permitirá clasificar a los pacientes en grupos prioritarios para recibir una u otra profilaxis, y así establecer una estrategia profiláctica individualizada y nos da la posibilidad de adelantar el inicio de la profilaxis más adecuada en casos de detección precoz.

RESULTADOS

Se dispone de un gran número de medidas profilácticas para la ITUr, que tienen diferentes niveles de evidencia clínica. El riesgo de ITUr no es el mismo para todas las pacientes. Existe predisposición genética, probablemente mediada por déficits en la inmunidad humoral. Además, se ha comunicado la relación de la ITUr con diferentes entidades patológicas, características propias de las pacientes, e incluso el consumo de diversos tóxicos y fármacos. Se han notificado respuestas distintas a las medidas profilácticas frente a la ITUr que pueden estar condicionadas por la existencia o combinación de los factores de riesgo previamente reseñados.

CONCLUSIONES

Las tecnologías de IA como el machine learning y el aprendizaje profundo se presentan como una posible solución para la decisión terapéutica permitiendo obtener mejores resultados clínicos y ahorro de costes.

EL CUIDADO EMOCIONAL DE NUESTROS PROFESIONALES

AUTORES: KATI ALONSO RODRIGUEZ
CENTRO DE TRABAJO: Clínica Zorrotzaurre

JUSTIFICACION

Partiendo de la premisa de que el cuidado de los pacientes está en manos de la labor asistencial y humana de nuestros profesionales, tenemos claro que es una prioridad estratégica cuidar de todos ellos; así, en el marco de nuestro plan de humanización, trabajamos para ello en una de las líneas principales que es la de "cuidar de nuestras personas" desarrollando programas formativos, principalmente. Nuestros profesionales se encuentran sometidos a una carga asistencial importante, máxime durante la pandemia, y a factores extrínsecos de sobrecarga emocional, relacionada con la interacción con los pacientes y familiares, con el dolor, el sufrimiento y con la muerte. Para ello tienen que manejar habilidades y competencias emocionales que a veces es difícil desarrollar, y por ello en el marco de la gestión de la formación, se ha contemplado esta necesidad, es decir, la formación en competencias para aprender a identificar, prevenir y manejar el cansancio propio de los profesionales asistenciales. Se trata de ofrecer fórmulas de atención y cuidado que, a veces, la empresa no puede hacerlo a través de otras medidas relacionadas con la flexibilidad y/o la conciliación.

OBJETIVOS

- Ofrecer un reconocimiento expreso al esfuerzo de los profesionales en momentos de alta presión asistencial.
- Dar a conocer medidas de prevención y desconexión laboral para cuidar la salud física y emocional de los profesionales.
- Desarrollar habilidades asociadas a la resiliencia, para la recuperación efectiva ante situaciones de estrés y tensión laboral.

MATERIA Y METODOS

Se trabaja en el ámbito de la gestión de la formación:

- Se elabora el diagnóstico de necesidades.
- Se preparan programas y talleres formativos para el desarrollo de competencias
  - Dirigidos a personal del mismo servicio: con el objetivo de que la mejora se perciba en el servicio, y lograr mayor cohesión entre los trabajadores.
  - Formación personaliza a las necesidades de los servicios
  - Programa formado por varias sesiones que exija trabajo personal entre sesiones.
  - Contratación de formadores expertos en coaching.
- Se realiza programa piloto: Resiliencia para superar situaciones adversas.
- Valoración del piloto
- Extensión a otras áreas.

RESULTADOS

A finales del 2020 se vio la necesidad de desarrollar y desplegar un nuevo enfoque de formación, como elemento clave para reconocer y motivar a nuestros profesionales. En 2021, en

mayo, se ha realizado el piloto, sesión de 12 horas en torno a la Resiliencia dirigido a los profesionales que han estado en primera línea durante la pandemia; la excelente valoración recibida ha ayudado a planificar nuevas sesiones del mismo programa para septiembre. Se han planificado, además, sesiones de Mindfulness y otro programa formativo denominado "cuidando al profesional: prevención del desgaste y promoción del bienestar en el trabajo".

CONCLUSIONES

Hemos recibido un feedback muy positivo, valoraciones muy favorables y grado de eficacia elevado, tanto por los profesionales como por los provedores.

NUEVOS TIEMPOS, NUEVOS ESPACIOS, NUEVOS RETOS

AUTORES: MARIA JOSE FARRONA PEREZ; E DE LA PEÑA GOMEZ; L PEÑA SANCHEZ; M GOMEZ CHINCHÓN
CENTRO DE TRABAJO: FUNDACION JIMENEZ DIAZ[1]

JUSTIFICACION

En tiempos de pandemia, surge la necesidad de adaptar nuestra forma de trabajo en la sala de extracciones, habilitando nuevos espacios, diferenciando circuitos y realizando nuevas técnicas

OBJETIVOS

Asegurar la correcta atención de los pacientes en el área de extracciones en un ambiente seguro, así como la implantación de nuevas pruebas Covid en un área habilitada para ello.

MATERIA Y METODOS

Se evalúan los espacios disponibles para realizar las pruebas analíticas generales y las de nueva necesidad y se mantienen reuniones con el Laboratorio, Mantenimiento, Informática, Enfermería y Limpieza para revisar las necesidades existentes, instalando una carpa externa dentro del recinto del Hospital Fundación Jiménez Díaz el 12/11/2020.

Se realiza un análisis de las necesidades básicas (MUST-DO METHOD) para mantener unos estándares de calidad, adecuando los circuitos a esta nueva área de la carpa y redefiniendo los espacios ya existentes en la sala de extracciones. Se separan las analíticas convencionales, que se procesan en la carpa, de las analíticas con pruebas diagnósticas Covid, menores de edad y personal trabajador del Hospital, que se realizan en la sala de extracciones.

En la carpa se habilitan 20 puestos de extracción sanguínea, con un sistema de reciclado de aire y control de temperatura y material para manejo de paciente inestable (maletín de paradas, sillones). Se separan circuitos de entrada y salida y la sala de espera se adapta a la distancia social.

En la sala de extracciones, se habilitan 2 salas con las dimensiones adecuadas para la realización de PCR, con sistema de ventilación y renovación del aire, donde se manejan una media de 130 pruebas diarias de lunes a sábado.

Se gestiona material de traslado de muestras adaptado a un transporte seguro, se incrementa el personal de enfermería y se realizan rotatorios dentro de todos los circuitos para un correcto desempeño de las actividades, cumpliendo con las recomendaciones del Servicio de Prevención de Riesgos y Salud Laboral del Hospital.

RESULTADOS

Las opiniones de los usuarios antes de la apertura de la carpa mostraban su no conformidad por la cercanía del circuito de PCR y analítica de sangre, insuficiente espacio en la sala de espera y circuitos de entrada y salida no claramente diferenciados.

Tras la apertura de la carpa se realiza un NPS obteniendo un 64.8%, mejorando datos de años anteriores (64.2% en 2018 y 60.4% en 2016), con comentarios donde se observa una clara mejora de la experiencia del paciente.

Además se observa una mejoría del indicador de tiempo de espera en la carpa y en la Sala de extracciones, pasando de un 12% de pacientes que esperan más de 15 minutos en el 3ºT de 2020, a un 8% en el 4ºT y un 10% en el 1ºT 2021, a pesar del aumento de pacientes atendidos.

CONCLUSIONES

La separación de circuitos y ampliación de espacios han mejorado la seguridad, experiencia del paciente y cuidado del profesional, haciendo más eficientes los recursos empleados en la pandemia.

ID: 257

PLAN DE MEJORA DEL RENDIMIENTO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HGUV SEGÚN METODOLOGÍA LEAN.

AUTORES: José Emilio Hernández Sánchez; L Rubio Cirilo; L Alfaro Cadenas
CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario Villalba

JUSTIFICACION

El Hospital General Universitario de Villalba, es un hospital moderno (inaugurado en 2014), de media complejidad, 140 camas individuales y 9 quirófanos, e integrado en la red sanitaria pública, concebido para ofrecer un servicio asistencial a cerca de 110.000 ciudadanos. No obstante tiene una alta tasa de libre elección.

Alcanzar el máximo grado de aprovechamiento del potencial existente únicamente es posible a través de diferentes fases de mejora que depende de la situación de partida de cada servicio quirúrgico en términos de rendimiento.

OBJETIVOS

El objetivo es la mejora del rendimiento del bloque quirúrgico tras la realización de un análisis según metodología Lean implantando un nuevo modelo organizativo homogéneo en éste, optimizando la coordinación y la planificación.

MATERIA Y METODOS

Se ha realizado un proyecto de diagnóstico según metodología Lean en el bloque quirúrgico del HGUV. La finalidad fue identificar las causas principales que minoran el rendimiento y por tanto afectan a la capacidad del bloque quirúrgico. La metodología Lean se ha centrado en eliminar desperdicios y operaciones que no añaden valor a nuestros procesos, y por tanto mejorar la eficiencia más aún en un escenario con recursos limitados tras la pandemia en el que la sostenibilidad va a ser de importancia capital.

RESULTADOS

Se detectaron oportunidades de mejora relacionadas con el sistema de planificación y programación de las intervenciones, gestión de materiales y procedimiento de aprovisionamiento, gestión y distribución de la dotación de recursos, y coordinación entre profesionales asistenciales y con otras áreas.

CONCLUSIONES

Actualmente, el Hospital General de Villalba se encuentra ante la necesidad de materializar las mejoras identificadas con el objetivo de aumentar el rendimiento global del Bloque Quirúrgico y mejorar su posición de referencia en la Comunidad de Madrid.

ID: 258

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA

AUTORES: MARIA TERESA GIL RUIZ; F BUSTOS GUADAÑO; J TIMÓN ZAPATA; MC JIMENEZ LOBO; M MAIQUES CAMARERO; JL MARTÍN CALDERÓN.
CENTRO DE TRABAJO: Hosp. Ntra. Sra. del Prado

JUSTIFICACION

El mantenimiento de un Sistema de Gestión de la Calidad en nuestro Servicio nos permite conseguir una mejora continua de la calidad que ofrecemos a nuestros clientes. La lista de espera de pacientes (clientes externos) es uno de los indicadores que controlamos mensualmente y que monitorizamos para mantener bajo unos valores estándar. De este modo conseguir mejorar día a día la calidad percibida por el usuario.

OBJETIVOS

Conseguir que la lista de espera de los pacientes que acuden al Laboratorio a practicarse un test de Intolerancia a la lactosa disminuya de 3 meses a menos de 15 días.

MATERIA Y METODOS

Se propuso sustituir el test de intolerancia a la lactosa basado en la medición del aire expirado (agendado con límite de 3 pacientes al día) y que conlleva que el paciente permanezca en la sala de extracciones tres horas hasta la finalización de la prueba; por un nuevo test basado en la recogida de orina durante 5 horas después de haber ingerido una cantidad concreta de gaxilosa (LACTEST). El paciente una vez ingiere el sobre con gaxilosa, sólo tendrá que recoger la orina durante las 5 horas siguientes. De esta forma, se implementó el test de la gaxilosa en orina para los pacientes mayores de 12 años, dejando el test de hidrógeno espirado sólo para niños menores de 12 años (por no estar aprobado en ficha técnica), intolerancia a otros hidratos de carbono y sobrecrecimientos bacterianos.

RESULTADOS

Durante el año 2019 el indicador de tiempo de espera para el test de intolerancia a la lactosa llegó a ser de 100 días. Se abrió una No Conformidad NC (NC 10/19), por la que se propuso la sustitución del test por LACTEST. El descenso en el tiempo de espera fue progresivo, consiguiendo que los tiempos de espera durante los años 2020-21 hayan sido menores a 3 días. Además, las ventajas de esta acción ha conllevado:

- Evitar que el paciente tenga que pasar tres horas en el laboratorio.
- Introducción de prueba no invasiva y de procedimiento fácil.
- Diagnóstico de la intolerancia a la lactosa con mayor Sensibilidad, Especificidad, VPP y VPN.
- No requiere asignación de personal extra.
- No produce efectos secundarios como sí produce la sobrecarga de lactosa en el test de hidrógeno espirado.
- No presenta interferencias con otros tratamientos (por ejemplo antibióticos), lo que elimina la principal causa de rechazo de muestras/pacientes.

Desde que se introdujo el LACTEST (octubre 2019), se han realizado 785 pruebas, siendo 253 intolerantes (32.2%) y 532 tolerantes. Con el test de hidrógeno espirado, la proporción de pacientes intolerantes venía siendo menor (23.8%), lo que concuerda con la mejor Sensibilidad del Lactest.

CONCLUSIONES

La monitorización del indicador de calidad de tiempo de espera en el test de intolerancia a la lactosa nos ha permitido mejorar la calidad percibida por el usuario (paciente), y en definitiva, la calidad asistencial de los servicios que prestamos.

ID: 259

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCIÓN Y CONOCIMIENTOS DEL COVID-19 APLICADO A PACIENTES Y PROFESIONALES

AUTORES: Jessica Mariana Lorenzo Coronado; R Evans Cárdenas de Urrelo; RM Ferré Casajust; E Pla Canalda; MC Ginovart Prieto; J Díaz Marín.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Tortosa Virgen de la Cinta

JUSTIFICACION

La pandemia de COVID-19 ha identificado que el sistema sanitario ha tenido brechas para hacer frente a esta situación extraordinaria.Ha habido situaciones en que la calidad asistencial y la seguridad del paciente no han sido adecuadas,debido a la creciente presión asistencial, poca disponibilidad de recursos estructurales y personal; situación implica los profesionales sanitarios, quienes han estado en primera línea actuando y tomando decisiones sin los suficientes recursos y con cambios constantes de los protocolos

OBJETIVOS

Diseñar y validar un cuestionario que permita evaluar y detectar las áreas de insatisfacción o expectativas no cubiertas de experiencias percibidas por pacientes ingresados con COVID-19 y el nivel de conocimiento en profesionales sanitarios de primera línea e instaurar acciones de mejora

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo transversal, participaron 111 pacientes post-ingreso COVID-19 y 175 profesionales sanitarios.Se diseñó y validó un cuestionario a partir de revisión bibliográfica y consenso grupo de expertos, para constituir el marco conceptual de redacción de propuesta inicial.Se aplicó a pacientes por entrevistas telefónicas y autoadministrados vía correo-e a profesionales entre enero y marzo 2021. Se validó mediante una prueba piloto que valoraba la fiabilidad y la validez. Se utilizó SPSS23, aplicando técnica de análisis univariable a características sociodemográficas de pacientes y profesionales; análisis de las propiedades psicométricas se calculó mediante Î± de Cronbach y Coeficiente de Correlación intraclase (CCI);se analizó la adecuación muestral a través del índice de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) que determinaría si las correlaciones parciales entre las variables eran suficientemente pequeñas para realizar un análisis factorial confirmatorio (AFC) que permitiría comprobar la homogeneidad de los factores incluidos en la escala.Se consideró un nivel de significación estadística de 95%

RESULTADOS

El cuestionario aplicado a pacientes se obtuvieron 33 preguntas distribuidas en 8 bloques temáticos, la escala mostró una buena consistencia interna (Î± de Cronbach = 0,799), índice de KMO (0,732) que favoreció AFC a través del cual 8 factores explican el 79,05% de la varianza total y un CCI (0,147). El aplicado a profesionales contó con 24 preguntas distribuidas en 6 bloques temáticos, la escala mostró una buena consistencia interna (Î± de Cronbach =0,955), índice de KMO (0,921) que favoreció AFC a través del cual 2 factores explican el 79,26% de la varianza total y un CCI (0,567) siendo de moderada concordancia

CONCLUSIONES

El cuestionario diseñado permite evaluar con garantías el nivel de satisfacción de pacientes ingresados por COVID-19, así como los conocimientos adquiridos por los profesionales de primera línea para el manejo y atención clínica a pacientes con COVID-19, permitiendo identificar áreas de mejora e implantar estándares de calidad en los procesos asistenciales y los recursos necesarios para hacer frente ante situaciones extraordinarias de salud.

ID: 260

NEUROARQUITECTURA DE EMOCIONES APLICADA AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA

AUTORES: Consuelo Pantoja Álvarez; I Urrutia Johansson; K Alonso Rodríguez; A Uranga Ibarra
CENTRO DE TRABAJO: Bilbao

JUSTIFICACION

La Nanotectura busca ir renovando y humanizando cada área del Hospital poco a poco, con proyectos cortos y de bajo coste. Para ello, se apoya en la calidad de la luz (Bioiluminación), la elección de materiales y soluciones constructivas, el color (Psicología del color) y el repensar cómo se van a desarrollar las relaciones entre pacientes, personal sanitario y familiares; con el objetivo de humanizarlas, tratando la parte emocional y biológica del paciente con extremo cuidado, así como la parte visual del facultativo con los niveles de iluminación adecuados para el desempeño de su actividad asistencial.

Es en este contexto donde focalizamos nuestro proyecto de Neuroarquitectura aplicada al Servicio de Oncología: el diseño emocional como base para crear entornos humanos y eficientes que contribuyan a una mejor atención al paciente oncológico.

OBJETIVOS

- Emplear el diseño emocional como base para crear entornos humanos y eficientes que contribuyan a una mejor atención al paciente oncológico.
- Valorar el incremento de la eficiencia energética en iluminación, dado el compromiso de la Clínica con el medioambiente.

MATERIA Y METODOS

En el proyecto se combinaron diferentes metodologías, desde la medición objetiva de temperatura, luz, en las diferentes estancias (zona de trabajo de Enfermería, boxes de los pacientes, iluminación de la totalidad de la estancia), metodologías cualitativas basadas en la cumplimentación de diferentes test validados, hasta la medición clínica de la determinación del grado de cortisol en saliva (biomarcador asociado al estrés). Todo ello, siguiendo a su vez una serie de criterios de preselección de los pacientes en función del tipo de tratamiento, sexo, edad..., contando siempre con su interés en participar en el proyecto (consentimientos informados), y pasando a priori el Test de Ishihara para medir daltonismo.

Durante el proyecto, se habilitaron unos boxes de control para la medir los resultados que generaban las diferentes variables, durante los diferentes momentos del tratamiento.

RESULTADOS

Durante el estudio se midieron los siguientes parámetros: salud autocalificada, Temperatura corporal, Presión arterial sistólica, Frecuencia cardiaca, Cortisol en saliva.

Los resultados obtenidos han sido claves a la hora de rediseñar los espacios donde se administra la medicación a los pacientes oncológicos.

CONCLUSIONES

S encontraron tendencias de que un ambiente de color cálido podría tener un efecto positivo en el bienestar de los pacientes durante las sesiones de quimioterapia. Aunque el tamaño del efecto clínico podría considerarse pequeño, el análisis de rentabilidad apoyaría el uso de las configuraciones propuestas mostrando que adecuando los colores, la iluminación, la temperatura, el estilo de decoración.... pueden afectar de una manera positiva al estado emocional de los pacientes que están recibiendo tratamiento de quimioterapia, sin obviar a los profesionales que trabajan en la Unidad que han visto también mejorado su espacio de trabajo.

ID: 261

PLAN DE CONTINUIDAD ASITENCIAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES- AT. PRIMARIA EN PACIENTES AFECTADOS POR COVID-19

AUTORES: JOSE ANTONIO MOLINA ORTIZ[1]; B DE ESTEBAN MARFIL[2]; C TAFALLA BORDONADA[3]; V MORENO CUERDA[4]; JM MOLINA RAMOS[5]
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES[1234]; AT. PRIMARIA. DIRECCION ASISTENCIAL OESTE.[5]

JUSTIFICACION

La pandemia de COVID19 ha producido muchos pacientes enfermos con grado de severidad variado que va desde la sintomatología muy leve hasta pacientes con ingresos prolongados en UCI y múltiples complicaciones. La mayoría de los pacientes que cursaron ingreso hospitalario precisarán revisiones posteriores en consulta para valorar la evolución y resolución de las posibles secuelas. Muchos de los pacientes con clínica leve presentaran complicaciones tras el COVID, algunas de ellas hasta la semana 12 en lo que se denomina COVID prolongado, otros después de la semana 12 con sintomatología muy variada en lo que denominamos síndrome postCOVID que viene precisando de múltiples consultas médicas.

OBJETIVOS

Seguimiento de pacientes con infección SARS-CoV-2 (COVID-19), para:

- Documentar resolución clínica-radiológica de los pacientes que han presentado neumonía.
- Realizar seguimiento de las complicaciones relacionadas con SARS-CoV-2: fenómenos trombóticos, complicaciones respiratorias
- Recogida de datos de forma sistemática para posterior análisis de evolución a medio-largo plazo de pacientes con infección SARS-CoV2 especialmente complejos.

MATERIA Y METODOS

Seguimiento de los pacientes en dos fases: telefónica y presencial.

Primera fase: Seguimiento telefónico. se realizará seguimiento telefónico de los pacientes que hayan precisado ingreso hospitalario, con el fin de identificar complicaciones inmediatas y se mantendrá hasta considerar estabilidad clínica. El Servicio de Rehabilitación también realiza control telefónico a los pacientes que han estado recibiendo tratamiento rehabilitador durante su ingreso.

Segunda fase: seguimiento presencial. Se realizará una revisión clínica, analítica y radiológica, destinado a pacientes:

- Derivados desde AP por detectarse empeoramiento clínico-analítico-radiológico en la fase presencial de pacientes seguidos en AP.
- Pacientes que han presentado evolución compleja del cuadro clínico. Se incluyen pacientes que:
  - Han precisado ingreso en UCI.
  - Han presentado complicaciones relacionadas con la infección SARS-CoV-2

RESULTADOS

Se han abierto consultas de medicina interna específicas para valoración y seguimiento de pacientes de forma presencial y telefónica. A su vez se ha diseñado un formulario en la historia electrónica que recoge los datos clínicos, analíticos y radiológicos necesarios para la valoración del paciente, y posteriormente emitir un informe médico. Se han atendido un total de 1007 pacientes. Ninguno de ellos ha precisado nuevo ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Establecer una consulta de seguimiento presencial o telefónico para pacientes que han presentado infección SARS-CoV-2 tras ingreso hospitalario ha permitido su alta precoz del hospital, su seguimiento temprano en otros niveles asistenciales tras el alta y una adecuación de sus necesidades en su entorno domiciliario. Estas altas precoces han permitido tener una gran rotación de camas hospitalarias, facilitando nuevos ingresos y descongestionando la presión asistencial en urgencias.

ID: 262

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA EN UN HOSPITAL INSULAR

AUTORES: José María García Pérez; JE Hereira Aguilar; MA Sifontes Dubon; A Vidal Hernández; A Jiménez Mateo; F Alcaide Matas.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Mateu Orfila

JUSTIFICACION

La obesidad se define como una enfermedad crónica y recidivanterelacionada con la reducción de la expectativa de vida y aumento de la prevalencia de enfermedades como diabetes, enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, enfermedad renal crónica, apnea obstructiva del sueño, osteoartritis y enfermedad hepatobiliar, ...

El 50% de los pacientes evaluados durante el año 2018 en la consulta padecían obesidad mórbida lo cual se relaciona con alta prevalencia de otras enfermedades, alta tasa de fracaso ante el tratamiento higiénico-dietético. Siguiendo el protocolo de obesidad de la SEEDO a este colectivo de pacientes debe planteárseles cirugía bariátrica.

Esta opción terapéutica se realizaba en nuestro hospital de referencia: con una lista de espera de más de 5 años, frecuencia de visitas superior al año y traslados interinsulares incómodos. Contando con que tenemos los recursos humanos y materiales necesarios, se decidió iniciar el programa

OBJETIVOS

Creación de una Unidad de Cirugía Bariátrica que evite la necesidad de desplazamientos

Implantación de una Vía Clínica

Medición de indicadores clínicos

MATERIA Y METODOS

Se creó un equipo multidisciplinar constituido por dos endocrinos, dietista, psicólogo, anestesista y 3 cirujanos, bajo la estructura de un Comité de Cirugía Bariátrica.

Se redactó el primer protocolo. En él se recoge la estructura de la Unidad, los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes en el programa con la intención de pérdida ponderal y, así mismo, los criterios de inclusión para cirugía bariátrica

Incorporación en la cartera de servicios de nuestro hospital

Presentación del proyecto al Servicio de Salud

RESULTADOS

En marzo de 2019 una vez conformado el proyecto y creado el comité, el Servicio de Salud reconoció que existía un problema en la atención de estos pacientes, debido a la sobrecarga en las listas de espera. En octubre de 2019 se realiza la primera intervención tutor dos cirujanos expertos. Actualmente se han operado 11 casos.

En aras de poder ofrecer calidad se propuso medir indicadores de proceso y resultado, ligados al cumplimiento de la VC. Estos indicadores ya forman parte del cuadro de mandos del servicio. Los indicadores comentados son incorporados a una base de datos específica. Algunos de los indicadores asociados a la VC son: valoración preoperatoria, profilaxis de tromboembolismo, profilaxis antibiótica, Nº de pacientes con complicaciones en los 30 días postoperatorios, Nº de pacientes que fallecen en los 30 días desde la operación...

CONCLUSIONES

La implantación de un programa de estas características, no es una tarea sencilla, puesto que implica a varios servicios y a numerosos profesionales. Al tratarse de procedimientos quirúrgicos complejos en pacientes de gran morbilidad, conlleva una formación asistencial exigente y requiere de una cultura de calidad ya establecida, que permita un trabajo coordinado y armonizado entre todo el equipo asistencial. Para ello, se ha estandarizado a través de un protocolo y de una vía clínica.

ID: 264

MEJORA ASISTENCIAL MEDIANTE LA REMODELACIÓN DE LA RED POCT (POINT OF CARE) DE GASOMETROS

AUTORES: MARIA TERESA GIL RUIZ; MC JIMENEZ LOBO; J TIMON ZAPATA; M MAIQUES CAMARERO; F BUSTOS GUADAÑO
CENTRO DE TRABAJO: Hosp. Ntra. Sra. del Prado

JUSTIFICACION

Los acontecimientos vividos durante la pandemia por Covid-19 han generado una gran cantidad de datos de los pacientes. Si nos centramos en el área de los gasómetros periféricos (POCT) se hizo evidente en nuestro entorno que al no tener conexión al sistema informático del laboratorio (SIL) toda esa información no solo se perdía en términos absolutos sino que además en términos relativos no se podía acceder a la información de los pacientes en forma retroactiva en caso de ser necesario. Por lo tanto, se hizo prioritario mejorar asistencialmente el manejo de los datos de gasometrías así como revisar la dotación instrumental de la que se disponía.

OBJETIVOS

El objetivo principal ha sido mejorar la conexión de los gasómetros periféricos con el SIL de tal manera que la información de cada gasometría realizada a cualquier paciente se vinculara a su número de historia y pudiera estar disponible en cualquier momento al igual que el resto de sus analíticas lo cual redundará en una considerable mejora asistencial.

MATERIA Y METODOS

En primer lugar se revisó la configuración de la propia red de gasómetros periféricos la cual está compuesta por 7 equipos. Mediante un sencillo programa de gestión remota se puede comprobar el estado de funcionamiento y obtener estadísticas simples pero no permite la transmisión de datos de los pacientes.

Por tanto, nuestra primera acción fue solicitar un nuevo middelware capaz de transmitir dichos datos en tiempo real. En resumen ha sido necesario:

- Autorización de Gerencia/Sº Informática para acceder al número de historia de los pacientes
- Instalación de nuevo middleware por la empresa propietaria de los gasómetros
- Planificación del cronograma del proyecto así como el circuito de cada gasometría.
- Realización de pruebas con pacientes ficticios para verificar el circuito de datos.

RESULTADOS

Las reuniones de trabajo realizadas han dado como resultados:

- Se ha instalado y configurado el nuevo middelware de tal manera que se ha creado una red de equipos en distintas ubicaciones que se han vinculado a un servicio clínico. Este aspecto es importante a la hora de definir el conjunto mínimo de datos que configuran los demográficos de las peticiones en el SIL.
- Se han realizado pruebas del circuito de datos: la gasometría es identificada con el número de historia del paciente, el gasómetro conecta con el programa de historia electrónica y devuelve los demográficos del paciente.
- Por último se da de alta una petición en el SIL en la cual se vuelcan los resultados.

CONCLUSIONES

- Se ha minimizado la pérdida de información del paciente así como la posibilidad de un error en el tratamiento de los mismos, al evitar la transcripción manual de sus datos.
- Permite conservar los datos del paciente en su historia lo cual mejora la calidad asistencial.
- Permite prescindir del uso del papel.
- Mejora la seguridad del paciente.

ID: 265

PROGRAMA DE ASISTENTES PERSONALES; AVANZAR EN LA INCLUSIÓN EN TIEMPOS DE COVID.

AUTORES: ISABEL ARCEIZ LARRAGA; L SALVADOR MAZAS; C MUÑOZ MARCO
CENTRO DE TRABAJO: Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME)

JUSTIFICACION

En la actualidad se comprende que todos los seres humanos tienen capacidades distintas y deben ser protagonistas de su propia vida. La figura del asistente personal ha venido a plasmar ese cambio en los cuidados, trabajando para atender las necesidades de la persona, pero siempre otorgando la máxima libertad a la persona y promoviendo su autonomía.

OBJETIVOS

El aislamiento derivado de la COVID ha hecho más patente la necesidad de autonomía de las personas con discapacidad.

El programa de Asistentes Personales (AP) es una iniciativa transversal y multidisciplinar. Su objetivo es conseguir el empoderamiento de la población con discapacidad y cuya labor cambia según la autonomía que vaya adquiriendo.

MATERIA Y METODOS

Programa multidisciplinar y holístico. A las pocas semanas del inicio de la pandemia pusimos en marcha un programa de capacitación en Asistencia Personal para las personas que trabajan en el servicio de atención de ASAPME. Las condiciones de la COVID hicieron imperioso cambiar el modelo y avanzar en la autonomía, el empoderamiento y el apoyo social y psicoemocional. A raíz de ello, lanzamos un programa formativo amplio y único en Aragón sobre la figura del AP.

El programa ha estado acompañado de una labor de sensibilización social y difusión entre los poderes públicos para conseguir su aplicación y, con esto, el cumplimiento de la Ley de Dependencia y de la Ley de Derechos y Garantías de las Personas con Discapacidad en Aragón.

RESULTADOS

La pandemia ha puesto en evidencia la necesidad de cambiar el modelo de atención a la discapacidad. Implantar la figura de la Asistencia Personal ha mejorado la calidad de vida de las personas atendidas, entendiendo que la autonomía es un elemento esencial de salud.

Entre el 68-70% de nuestros pacientes perciben una mejora en su autonomía reflejando sentimientos de empoderamiento y eficacia, mientras que el 90% manifiesta sensación de bienestar al sentirse apoyados en su proyecto de vida.

Con la vertiente formativa de este programa se está consiguiendo que existan profesionales instruidos, algo de lo que adolecía nuestra Comunidad.

El cambio de paradigma en la atención, también influye en la visión que tiene la sociedad de las personas dependientes y, sobre todo con problemas de salud mental.

Para que este programa pueda llegar a toda la sociedad se requiere del apoyo de los poderes públicos. Por eso, ASAPME ha ejercido también una labor de divulgación entre las Administraciones para conseguir la implementación del programa y hacer efectivos los derechos que emanan de ambas leyes.

CONCLUSIONES

El paternalismo asistencial dificulta el cumplimiento de los objetivos de salud al relegar a la persona atendida a ser un mero observador en la toma de decisiones.

La corresponsabilidad de los cuidados y el empoderamiento que garantiza el Asistente Personal reporta unos elevados índices de adherencia al tratamiento, autoestima y bienestar.

ID: 266

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS SOBRE VENTILACIÓN NO INVASIVA

AUTORES: PABLO SAFWAT BAYOUMY DELIS; A RUIZ RODRIGUEZ; E CARRASCO GONZALEZ; A TORRANO FERRÁNDEZ; P TORNERO YEPEZ; G MARTÍNEZ MARTIN.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO JOSE MARÍA MORALES MESEGUER

JUSTIFICACION

La ventilación no invasiva es una técnica de soporte respiratorio ampliamente utilizada en todos los ámbitos médicos. La evidencia sobre la que se basa su utilización consiste en ensayos clínicos aleatorizados de características muy heterogéneas que sería conveniente estudiar.

OBJETIVOS

Analizar y comparar las características formales de los ensayos clínicos aleatorizados publicados sobre ventilación no invasiva.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un estudio transversal analítico, en el cual se revisaron los ensayos clínicos aleatorizados publicados en Medline, Embase y Cochrane desde 1980 hasta 2019 sobre ventilación no invasiva en el paciente agudo. La extracción de las variables fue llevada a cabo por dos miembros del equipo investigador, de forma independiente, previamente formados especialmente en metodología de la investigación. Ante discrepancia en un resultado, un tercer investigador era consultado. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante la prueba Chi2 de Pearson.

RESULTADOS

Se analizaron 294 ensayos clínicos aleatorizados, publicados desde 1980 hasta 2019. 171 trabajos fueron realizados en el continente europeo (58,1%), seguido por Asia con 51 trabajos (17.3%), Norteamérica con 29 (9.8%), Sudamérica con 27 (9.1%), África con 10 (3.4%) y Oceanía con 6 (2.0%). Por países, aquellos en los que se realizaron más trabajos fueron Francia con 54 (18.3%), Italia con 48 (16.3%), Brasil con 27 (9,1%) y España con 21 (7.1%). Los trabajos con grupo colaborador fueron 19 (6,5%) frente a 275 sin grupo colaborador (93.5%). Sólo en 134 de los 294 (45.5%) se explicita el número de centros en los que se ha realizado el trabajo, de los que 80 se realizaron en 1 centro (27.2%) y 54 fueron multicéntricos (18,3%). El numero de trabajos internacionales publicados fue de 12 (4.08%) y solo en 135 de los 294 (45.9%) se especificó la financiación, siendo la industria la fuente de financiación en 47 de esos 135 (34.8%). Por continentes, la mayoría de los trabajos financiados por la industria se publicaron en Europa (66% frente al 27.7% en Norteamérica, 0% en Sudamérica, 2.1% en Asia, 2.1% en África y 2.1% en Oceanía) con diferencias estadísticamente significativas ($p< 0,001$), al igual que lo que ocurre con los trabajos multicéntricos (52.1% en Europa frente al 10.8% en Norteamérica, 11.7% en Sudamérica, 19.7% en Asia, 4.2% en África y 1.4% en Oceanía, $p< 0,001$). También fue en Europa donde se publicaron la mayoría de trabajos en los que participó grupo colaborador (73.7% frente a 0% en Norteamérica, 5.3% en Sudamérica, 21.1% en Asia, 0% en África y 0% en Oceanía) sin encontrar diferencias significativas.

CONCLUSIONES

Los ensayos clínicos aleatorizados sobre ventilación no invasiva se han realizado en su mayoría en el continente europeo en un solo centro. Es poco frecuente que se realicen con grupo colaborador o en varios países, y de aquellos en los que se especifica la financiación, un tercio de ellos se realizan financiados por la industria.

ID: 267

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS SOBRE VENTILACIÓN NO INVASIVA

AUTORES: PABLO SAFWAT BAYOUMY DELIS; L LÓPEZ GÓMEZ; E CARRASCO GONZÁLEZ; A TORRANO FERRÁNDEZ; P TORNERO YEPEZ; A HIGÓN CAÑIGRAL.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO JOSE MARÍA MORALES MESEGUER

JUSTIFICACION

La ventilación no invasiva es una técnica de soporte respiratorio ampliamente utilizada en todos los ámbitos médicos, sin embargo su utilización se basa en ensayos clínicos cuya calidad metodológica no se ha analizado.

OBJETIVOS

Analizar y comparar las características metodológicas de los ensayos clínicos aleatorizados publicados sobre ventilación no invasiva.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un estudio transversal analítico, en el cual se revisaron los ensayos clínicos aleatorizados publicados en Medline, Embase y Cochrane desde 1980 hasta 2019 sobre ventilación no invasiva en el paciente agudo. La extracción de las variables fue llevada a cabo por dos miembros del equipo investigador, de forma independiente, previamente formados en metodología de la investigación. Ante discrepancia en un resultado, un tercer investigador era consultado. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante la prueba Chi2 de Pearson.

RESULTADOS

Se han analizado 294 ensayos clínicos aleatorizados. Se publicaron 136 estudios (46.3%) en revistas Q1, 32 (10.9%) en Q2, 49 (16.7%) en Q3 y 17 (5.8%) en Q4.

El análisis muestra que en 235 de 294 (79.9%) estudios no se especificó el diseño del estudio, sin diferencias significativas entre los publicados en revistas de distinto cuartil (p=0,375). En 147 de los ECA analizados (50%) se realizó calculo del tamaño muestral, especificándose que no se realizaba tal en 5 estudios (1,7%), mientras que en 142 estudios (48.3%) no se menciona. Se realizó el calculo con mayor frecuencia en trabajos publicados en revistas de cuartil superior (Q1 65.4%, Q2 59.4%, Q3 44.9%, Q4 47.1%) sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (p=0,061). En 152 estudios (51.7%) no se especifica la secuencia de aleatorización, sin diferencias significativas entre trabajos publicados en revistas según cuartil (p=0,548). En 212 (72.1%) no se especifica el tipo de aleatorización, siendo más frecuente la especificación del tipo de aleatorización en revistas Q1 (41.2%), frente a Q2 (25%), Q3 (12.2%) y Q4 (23.5%) con diferencias estadísticamente significativas (p< 0,001). En 152 (52.4%) no se especificó si la asignación fue ocultada, sin diferencias significativas entre revistas de distinto cuartil (p=0,161). Solo 42 de los trabajos (14.3%) publicaron sus resultados con IC al 95%, siendo este hecho más frecuente en revistas Q1 (22.1%) que en Q2 (6.3%), Q3 (8.2%) y Q4 (0%) con diferencias estadísticamente significativas (p=0,043).

CONCLUSIONES

Los ECA publicados sobre ventilación no invasiva en el paciente agudo presentan en su mayoría características metodológicas que obligan a tomar sus conclusiones con precaución, presentando menos deficiencias los trabajos publicados en revistas de mayor impacto.

ID: 268

LA IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN A ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN EN UNA UCI

AUTORES: ANA CERRO JUNCOSA; AM BUESA ESCAR; S BESCOS VAQUERO; M LOPEZ BACHILLER; S BUSTAMANTE BARA; ME ARNAZ DE HOYOS.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

JUSTIFICACION

La crisis sanitaria causada por la pandemia ha visibilizado a las enfermeras de cuidados críticos. Diariamente en los medios de comunicación ha quedado plasmada la demanda de dichos profesionales, que aun no teniendo aprobada una especialidad, poseen unos conocimientos que no se adquieren sin una formación específica.

En nuestra unidad surgió la necesidad de personal de forma repentina, en una primera ola se hizo acopio de personal de otros servicios con algún tipo de experiencia en el cuidado del paciente crítico, pero en las sucesivas se contrató personal sin conocimientos previos, lo que nos llevó a plantearnos dar algún tipo de formación, adhiriéndonos al programa europeo C19-SPACE.

OBJETIVOS

1. Formar enfermeras sin experiencia en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) para afrontar las necesidades de personal durante la pandemia por Covid-19.
2. Demostrar que tras la formación se adquieren conocimientos específicos en el cuidado del paciente crítico.

MATERIA Y METODOS

El programa europeo C19_SPACE (Covid-19 Skills PrepAration CoursE) en fundamentos de cuidados intensivos engloba autoaprendizaje online con vídeos explicativos distribuidos en 8 módulos, casos clínicos mediante realidad virtual y sesiones de formación con docentes locales a través de videoconferencias.

Se comparan los conocimientos de cada alumno antes y después del programa de capacitación a través de un pre-test y post-test de 50 preguntas.

Se realiza un estudio analítico con “t de Student” para datos apareados de los 17 participantes que completaron y enviaron ambos cuestionarios.

RESULTADOS

En nuestro hospital, participaron 3 formadoras y 22 inscritos, todas enfermeras.

Tras la impartición del curso, en nuestro Hospital, queda reflejado que el nivel de conocimientos experimentó un incremento de 16.23 puntos ($t = 4,8$; gl 16, $p< 0,0002$)

Con una confianza del 95%, se puede afirmar que la magnitud de dicho incremento se encuentra entre 9,20 y 23,26 puntos.

CONCLUSIONES

Es necesario apoyar a las enfermeras, proporcionándoles una formación específica que garantice los conocimientos necesarios para desarrollar su trabajo en un entorno especializado como es la Unidad de Cuidados Intensivos.

Brindar una atención de calidad, huyendo de la improvisación, garantiza la seguridad de los pacientes ingresados en UCI.

ID: 269

OBSERVAR A LOS PACIENTES DE MANERA INDIVIDUAL PARA CAPTAR SU EXPERIENCIA. PROGRAMA EXPI VALL D'HEBRON

AUTORES: Gloria Galvez Hernando[1]; M Gascón Martí[2]; M Martinez Jiménez[3]; ML Rodriguez Gordo[4]; A Martí Delgado[5]
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitari Vall d'Hebron

JUSTIFICACION

La observación puede captar aspectos de la experiencia del paciente que otras técnicas como los grupos focales o los cuestionarios, pueden pasar por alto.

OBJETIVOS

1. Observar la calidad de la atención
2. Mapear la experiencia del paciente e identificar los puntos de contacto en todo el recorrido.
3. Hacer propuestas de mejora desde la perspectiva del paciente

MATERIA Y METODOS

Estudio cualitativo en pacientes visitados en un hospital. Se observó a 3 pacientes a lo largo del todo el recorrido.

La muestra fue intencional consensuada con el equipo asistencial.

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente. Una observadora ajena al servicio realizó una observación directa e indirecta, estructurada, abierta no participante.

El estudio finalizó cuando se alcanzó la saturación de la información

Se observó:

1. Carta de citación y SMS para confirmar la visita.
2. Punto de información
3. Rotulación informativa
4. Facilidad para llegar a la consulta y tiempo empleado
5. Tiempos de espera
6. Tiempo y duración de la atención
7. Respeto a la intimidad y confidencialidad
8. Trato
9. Preguntas, comentarios, inquietudes y quejas del paciente
10. Confort
11. Información sobre su proceso de salud
12. Impresiones e ideas de la observadora

Se hizo una entrevista personal y un "diagrama espaguetti" para mapear el movimiento del paciente

Se utiizó un cuaderno de campo y un dispositivo para capturar imágenes.

RESULTADOS

Los resultados se ordenaron en 4 metacategorias y cada metacategoría se dividió en categorías:

Contacto inicial: carta de citación y SMS

Tránsito: Admisión, sala de espera, tiempo empleado, confidencialidad.

Visita: Tiempo de espera, intimidad y confidencialidad, confort, trato, Información clínica.

Resultado: Comprensión de la información

Propuestas de mejora:

1. Información en los avisos de citación
2. Sistema de admisión de pacientes mediante un gestor de colas.
3. Asignar un código al paciente para preservar su identidad.
4. Confort de la sala de espera
5. Señalización
6. Adecuar la hora de citación
7. Crear cultura en los profesionales sobre la importancia de la intimidad.

Aunque el paciente puntúa con valores altos su experiencia, la observación permite detectar áreas de mejora que el paciente no verbaliza, ya que su satisfacción por el resultado enmascara su experiencia.

Con el "diagrama espagueti" se han representado todos los movimientos innecesarios de los pacientes para analizar y evitar desplazamientos innecesarios y reducir tiempos de espera

CONCLUSIONES

El programa EXPI ha supuesto un cambio importante en la forma de captar información sobre la experiencia del paciente. La observación es una técnica capaz de capturar aspectos de las experiencias de los pacientes que la investigación tradicional puede pasar por alto.

El impacto de los cambios implementados en el servicio, se evaluará con una segunda ronda en el programa EXPI.

Limitaciones.Sesgo potencial del 'efecto Hawthorne' en el personal ya que su actuación se pude ver modificad al saber que están siendo observados

ID: 270

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA HOJA DE RUTA PARA EL ENVÍO DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO AL LABORATORIO

AUTORES: ROCIO ESCOBAR CONESA; P IZQUIERDO SAYED; A GARCÍA ANDREO; F GARCÍA CABALLERO; M RODRIGUEZ MARESCA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS

JUSTIFICACION

El líquido cefalorraquídeo (LCR) es un fluido biológico de extremado valor que requiere un proceso invasivo complejo para su obtención; cualquier incidencia ocurrida durante su transporte supone un evento relacionado con la seguridad del paciente ya que debe ser procesado de forma inmediata tras su extracción.

Tras el cambio de ubicación del Laboratorio a un edificio anexo al Hospital se han producido diversos episodios relacionados con el transporte de este tipo de muestra, como el envío mediante tubo neumático, lo que supone la llegada de la muestra en condiciones inadecuadas para su óptimo procesamiento debido al destaponamiento y pérdida de la calidad de la muestra por golpes y agitación durante el transporte.

OBJETIVOS

Evaluación de la implantación de una Hoja de ruta para el transporte de las muestras de líquido cefalorraquídeo al Laboratorio.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo del uso de la Hoja de ruta para el transporte del LCR desde septiembre 2019 a abril 2021.

El documento incluye los datos identificativos de la muestra y paciente, así como de todos los profesionales que intervienen. Se establece una secuencia desde la extracción por parte del Facultativo, preparación y salida de la muestra por Enfermería, transporte en mano mediante celador y la recepción de la muestra en el Laboratorio. En cada etapa, se comprueba mediante un check-list que el número de contenedores coincide con los iniciales y la hora para asegurar la trazabilidad.

Está disponible en la intranet del Hospital y por tanto, accesible a los profesionales.

RESULTADOS

Para la evaluación de la medida adoptada se compara la evolución del cumplimiento. En el 2019, en los meses tras la implantación se reciben el 63,88 % de las muestras con Hoja de ruta mientras que durante el 2020 se reduce al 43,58 %, una tendencia a la baja que se mantiene durante los meses del 2021 con el 34,68% de las peticiones.

Se debe precisar que el resultado correspondiente al año 2020 está condicionado por la solicitud de reducción del envío de peticiones en papel durante la pandemia por coronavirus.

CONCLUSIONES

La implantación de la Hoja de ruta tiene como finalidad asegurar la trazabilidad del transporte del líquido cefalorraquídeo y evitar eventos relacionados con la seguridad del paciente.

A la vista de los resultados, se debe resaltar que se necesita una mayor difusión y efectividad de la medida para conseguir obtener su utilización en la totalidad de las muestras.

Tras el importante descenso en el envío de la Hoja de Ruta, se instaura como medida correctiva en el apartado de recomendaciones preanalíticas de la petición electrónica, las condiciones de transporte así como el uso obligatorio de la Hoja de ruta.

ID: 271

ACIDOSIS LÁCTICA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON METFORMINA: ¿EFECTO ADVERSO EVITABLE?

AUTORES: Sandra Herrero García; B Obon Azuara; C Mayordomo García; MJ Arche Banzo; P Abansés Moreno; M Montes Aranguren.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

JUSTIFICACION

La metformina es un fármaco hipoglucemiante de primera línea en el tratamiento de la diabetes mellitus no insulino-dependiente o tipo 2, tanto en monoterapia como asociado a otros antidiabéticos orales o insulina. Se elimina por vía renal. A pesar de su demostrada seguridad, presenta efectos secundarios de distinta gravedad: desde náuseas y diarreas (los más frecuentes) hasta acidosis láctica.

OBJETIVOS

- Estimar la incidencia de la acidosis láctica por metformina.
- Describir el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes afectados.
- Estudiar los posibles factores desencadenantes del cuadro.

MATERIA Y METODOS

El cálculo de incidencia se realiza a través de una búsqueda por diagnósticos codificados en el Servicio de Documentación Clínica, así como se registran resultados de la Unidad de Toxicología Clínica y del Servicio de Farmacia Hospitalaria, detectando 30 casos en un periodo de 33 meses. Durante el periodo de tiempo del estudio ha habido una media de 11.573 pacientes en tratamiento con metformina cada año.

Posteriormente se analiza una serie de 10 casos con los criterios de inclusión: mayores de 18 años en tratamiento con metformina que presentan un episodio de acidosis láctica. Ámbito de estudio: hospital terciario (800 camas) que abarca una población de 300.000 habitantes.

RESULTADOS

La incidencia observada en este estudio es 79,76 casos por 100.000 pacientes-año.

Se recoge una serie de 10 casos en los que además de cumplir criterios analíticos de acidosis láctica, las cifras de metformina se encontraban en rango de toxicidad, superiores a 5 mcg/ml.

La edad media se sitúa en los 79,8 años con una desviación estándar de 7.87 años, y se observa una incidencia ligeramente superior en el sexo masculino (60%). El 60% de los pacientes presenta ERC (FG< 60ml/min/1.73m2), y el 100% fracaso renal agudo de origen prerrenal.

El 100% de los pacientes continuaron tomando su dosis habitual de Metformina, favoreciéndose su acumulación. Atendiendo las indicaciones de la dosis máxima diaria de Metformina establecidas por la AEMPS en función del filtrado glomerular, encontraríamos un 30% de los casos con ERC estadio 3b que estaban siendo tratados con dosis superiores, y un 10% ERC estadio 5 que presentaría contraindicación absoluta al tratamiento con metformina.

CONCLUSIONES

- La acidosis láctica por metformina es una entidad frecuente en nuestro medio con una incidencia superior a la recogida en la literatura científica.
- Se debería profundizar en los factores que originan dicha incidencia y una inadecuada prescripción terapéutica. Un factor por estudiar podría ser la longevidad y el ámbito rural de la población a estudio, que quizá condicionen una menor continuidad asistencial.
- La atención primaria debe dotarse de medios suficientes, humanos y materiales, para llevar a cabo un seguimiento exhaustivo de los pacientes con el objetivo de realizar un continuo ajuste de dosis de metformina en función del filtrado glomerular en aras de prevenir este efecto adverso evitable que entraña una elevada mortalidad.

ID: 272

LA GESTIÓN DE CAMBIOS PARA ASEGURAR LA INTEGRIDAD Y LA MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

AUTORES: PATRICIA PALOMERA RUFO; V DE LUCAS LÓPEZ; N FERNÁNDEZ RODRIGUEZ; M DÍAZ SÁNCHEZ; B PÉREZ DE CAMINO GAISSE; P LLAMAS SILLERO.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

JUSTIFICACION

La puesta en marcha de una nueva técnica en el Servicio de Transfusión y Terapia Celular ha puesto de manifiesto la necesidad de disponer de una metodología para gestionar y controlar los cambios en nuestro hospital. Cambio: Es la acción deliberada que supone la adición, eliminación o modificación de los elementos en el ámbito de un producto o proceso. Los cambios en las organizaciones sanitarias suelen presentar dificultades y pueden poner en riesgo la seguridad del paciente, de los profesionales y de los resultados esperados.

OBJETIVOS

Definir la metodología para valorar la necesidad de la introducción de un cambio en la atención, procesos e instalaciones del hospital y controlar la implantación y respuesta al mismo, asegurando la integridad y la mejora del Sistema. Controlar correctamente los cambios para minimizar la exposición al riesgo y el impacto en la Calidad y Eficiencia, maximizando los resultados esperados.

MATERIA Y METODOS

Gestión de cambios: Proceso que garantiza que los cambios sean identificados, planificados, documentados, aprobados, verificados y trazables. Comprende las siguientes fases:

- Propuesta, indicando los motivos y descripción del cambio (partes implicadas, normativa y documentación, riesgos, oportunidades y necesidades).
- Análisis de riesgo mediante matriz de triple factor. En función del alcance, la prioridad y complejidad del cambio se establece la siguiente clasificación: mayor, notable, significativo o menor.
- Valoración y aprobación
- Planificación para los cambios mayores y notables: programación de actividades, comunicaciones a partes involucradas, acciones de formación e indicadores de evaluación.
- Implementación de las actividades programadas y ejecución de las acciones necesarias para mitigar los riesgos potenciales.
- Evaluación de la eficacia mediante los indicadores de evaluación definidos. Revalidación de los procesos implicados mediante auditoría de verificación, cuando se considere.

RESULTADOS

La creación de un procedimiento para la gestión de cambios en los procesos del Sistema de Gestión del hospital, estableciendo cuatro categorías en función del riesgo mediante una matriz de triple factor. Registros y formatos: solicitud de cambio, seguimiento y control de cambios, plan para la gestión del cambio.

Programas piloto:

- Servicio de Transfusión y Terapia Celular (nuevo sistema de etiquetado ISBT y traslado de sala con tanques de almacenamiento de CPH).
- Servicio de Anatomía Patológica (sustitución del procesador de tejidos Thermofisher).

CONCLUSIONES

En el ámbito sanitario se realizan cambios que, si no se realizan de manera controlada, puede suponer un elevado riesgo para la seguridad del paciente y el desempeño de la organización.

La gestión de cambios garantiza que los cambios sean identificados, planificados y controlados, considerando su impacto y posibles efectos adversos en la calidad de los procesos involucrados, comprometiendo así el Sistema de Gestión.

ID: 273

LIDERAJE Y ORGANIZACIÓN POR PROCESOS. GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: Monica Fisa Aregall; E Freixes Villaro; N Gil Terron; E Rodriguez Garcia; E Fontana Gago; R Garcia Andrade.
CENTRO DE TRABAJO: CAP El Pla

JUSTIFICACION

Después de pasar la acreditación de Calidad se evidenció que era necesario organizar el trabajo de forma diferente. Había la sensación de trabajar mucho,sin aprender de los errores.Había mucho trabajo individual sin pensar en el proceso.

La nueva dirección propuso alinearse con el grupo de calidad para conseguir el objetivo de la gestión global por procesos. El elemento clave fue la sinergia del referente de Calidad y la dirección, para trabajar la mejora continua de forma sistematizada y ordenada.

Había que pasar de un trabajo individual a uno transversal, de equipo. Implicar al equipo en la gestión global del centro participando en todos los procesos.

OBJETIVOS

Involucrar a todos los profesionales en trabajar por procesos y en la mejora continua.

Crear una herramienta que permita organizar todo el trabajo por procesos y las funciones a realizar.

Formación continuada en Calidad y Seguridad del paciente.

Organizar el equipo en grupos multidisciplinarios de trabajo.

MATERIA Y METODOS

Se hizo una jornada teórico-practica para explicar la metodología de la Mejora Continua y se les presentó el mapa de procesos. Se hizo formación continuada sobre la cultura de Seguridad del paciente haciendo énfasis en el registro de incidencias, base fundamental para poder trabajar en la mejora continua.

Se elabora una herramienta para dirección y los referentes de calidad que permite organizar al equipo en grupos de trabajo, procesos y funciones que deben realizar.A cada grupo de trabajo se le entrega una ficha donde se indica cuáles son sus objetivos de trabajo y los estándares relacionados.

Se diseña un modelo de informe anual para los grupos de trabajo. En este informe quedan reï¬,ejadas las incidencias y acciones de mejora propuestas. Los referentes de calidad dan soporte y asesoramiento. Cada grupo de trabajo se encarga de un proceso: analiza las incidencias, decide las acciones de mejora a implantar y las evalua. Al finalizar el año cada grupo de trabajo realiza un feedback al equipo de su proceso.

RESULTADOS

Se instaura la cultura de seguridad del paciente y metodología de la Mejora continua.

Se incorpora el registro de las incidencias como parte fundamental en el proceso de trabajo del equipo. Consolidación de casi todos los grupos de trabajo.

Las acciones de mejora son mejor recibidas y ejecutadas por ser decisiones del grupo.

Se hacen informes finales pero tienen que mejorar la calidad de estos.

CONCLUSIONES

El liderazgo de dirección conjuntamente con Referente de calidad y el asesoramiento continuo a los grupos de trabajo es la base del éxito.

La herramienta diseñada ha facilitado la organización por procesos.

Formar parte de los grupos de trabajo crea cohesión de equipo y hace crecer el sentimiento de pertenencia.

El equipo ha manifestado su satisfacción con esta metodologia de trabajo.

ID: 274

INDIVIDUALIZACIÓN DE CUIDADOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 MEDIANTE EL USO DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.

AUTORES: Magdalena Linge Martín
CENTRO DE TRABAJO: Hospital San José

JUSTIFICACION

La atención centrada en la persona es una prioridad en la gestión sanitaria actual que cobra especial importancia en los momentos de alta carga asistencial secundarios a la situación epidémica provocada por el COVID-19, ya que permite una adecuada categorización de los pacientes, aumenta su seguridad y mejora su grado de satisfacción.

OBJETIVOS

- Valorar la calidad del registro de los diferentes ítems correspondientes a la valoración geriátrica integral en la historia clínica de los pacientes ingresados por COVID-19 en un centro sociosanitario durante el año 2020.
- Categorizar los síndromes geriátricos que se incluyen como parte de la individualización de cuidados en las historias de cada uno de los pacientes.
- Identificar áreas deficitarias durante el registro de las mismas para implementar un plan de mejora de calidad asistencial.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizan los datos incluidos en las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Hospital San José durante los periodos Marzo-Diciembre de 2020 con diagnóstico de COVID-19, siendo el número muestral 181 pacientes.

RESULTADOS

De los 181 pacientes incluidos en el estudio, el 100% tenían registrada en su historia clínica la valoración de la situación basal previa al ingreso, con una valoración funcional, mental y social. En el 100% se registró el índice de Barthel y el Norton al ingreso. En un 89,5% se reflejan los antecedentes de trastorno neurocognitivo mayor. En un 70,5% consta el grado de dependencia y el régimen de ayuda social obtenido. El 61,4% de los pacientes fue valorado a nivel nutricional, siendo los parámetros recogidos: presencia de malnutrición calórico-proteica en un 40.5%, disfagia 35,8% y estreñimiento 63,7%. Los síndromes geriátricos fueron incluidos en el 81,4% de los pacientes valorados, siendo los más prevalentes la incontinencia urinaria (80,2%), insomnio (51%), delirium (42,3%), depresión (40%), inestabilidad y caídas (35,6%), institucionalización (30,2%) y úlceras por presión (25,5%). La polimedicación se registró en el 47% de los informes de alta. La funcionalidad al alta, medida mediante el índice de Barthel se recogió en un 45% de los informes.

CONCLUSIONES

En todos los pacientes ingresados durante el 2020 por COVID-19 se incluyó una valoración geriátrica integral, con inclusión de parámetros funcionales, cognitivos y sociales. En el 38,6% de los pacientes estudiados no consta una valoración nutricional completa, siendo esta una de las áreas de mejora de cara a futuras recomendaciones. Es fundamental sensibilizar al personal sanitario sobre la importancia de detectar de manera temprana las necesidades y características de los pacientes como parte de la atención integral.

ID: 276

MONITORIAZACIÓN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL ÁREA RURAL

AUTORES: MARIA PILAR CERECEDA SATUE[1]; EK KAWAMURA MURILLO[2]
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SAN JORGE[1]; HOSPITAL DE BARBASTRO[2]

JUSTIFICACION

Diversos estudios muestran que los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) tienen una morbimortalidad más elevada que la población general. Dentro de las principales causas se encuentran las enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

La dispersión geográfica del área objeto de intervención, así como el de sus profesionales, dificulta una adecuada monitorización de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de este tipo de pacientes, que en muchas ocasiones acuden con menor frecuencia a su médico de familia y a los programas de prevención propios de éste nivel. De esta forma, se pretende mejorar la coordinación entre el personal de enfermería y el especialista, así como un seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular. A efectos de este proyecto entenderemos por TMG aquellos pacientes principalmente con diagnósticos incluidos dentro del espectro psicótico, con una duración de la enfermedad de al menos dos años y deterioro funcional.

OBJETIVOS

Monitorización de los FRCV en pacientes con TMG y su derivación a especialista de Medicina de Familia en caso de que sea necesario siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas.

MATERIA Y METODOS

Se informará el personal de enfermería de las recomendaciones a seguir para la monitorización de los FRCV. En este primer estadio se establecerán los cuidados necesarios en varios grupos: TMG en tratamiento con fármacos inyectables de liberación prolongada, TMG en tratamiento con clozapina, resto de pacientes con diagnóstico de TMG.

Se establecerá la frecuencia del seguimiento según las recomendaciones aportadas por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.

Desde la consulta de Salud Mental se derivarán los pacientes con diagnóstico de TMG a la consulta de la enfermera de Atención Primaria de referencia.

Se realizarán las siguientes determinaciones: Medidas antropométricas, analítica general (colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicéridos, glucemia, hemograma, prolactina en caso de recibir tratamiento con neurolépticos),constantes, electrocardiograma.

Los datos serán incluidos en el programa informático del sistema sanitario autonómico.

Al paciente se le proporcionará una cita para revisión y en su defecto se generará una alerta en el programa informático con la siguiente visita.

RESULTADOS

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- Número de pacientes con medidas antropométricas registradas/ Número de pacientes con diagnóstico de TMG.
- Número de pacientes con registro de constantes en los últimos seis meses/ Número de paciente con diagnóstico de TMG.
- Número de pacientes con analítica en el último año/ Número de paciente con diagnóstico de TMG.
- Número de pacientes con ECG realizado en el último año/ Número de paciente con diagnóstico de TMG.

CONCLUSIONES

Los pacientes con TMG, principalmente con Esquizofrenia, presentan un porcentaje más elevado de factores de riesgo cardiovascular que la población general, siendo por tanto importante su detección.

ID: 279

¿EXISTE UN MAYOR RIESGO DE CONTAGIO DEL SARS-COV-2 CON EL USO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA?

AUTORES: Aurea Higón Cañigral; L López Gómez; E Carrasco González; PS Bayoumy Delis; A Ruiz Rodríguez; P Tornero Yepez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Morales Meseguer

JUSTIFICACION

Al inicio de la pandemia se desaconsejó el uso de la ventilación mecánica no invasiva (VNI) por la ausencia de evidencia científica en cuanto a la eficacia para prevenir la intubación y por la idea de que la producción de aerosoles por este soporte respiratorio podía aumentar el riesgo de contagio por SARS-COV2 entre el personal sanitario. Pese a estas consideraciones, algunas Unidades de Cuidados Intensivos utilizaron la VNI para evitar la intubación y las complicaciones derivadas de la misma.

OBJETIVOS

Analizar si el uso de la VNI como soporte respiratorio en la COVID-19 aumenta el riesgo de contagio en el personal sanitario.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional, retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva que recoge los pacientes que de forma consecutiva ingresaron en la UCI durante la primera ola (marzo a mayo del 2020) por fracaso respiratorio agudo hipoxémico secundario a la COVID-19. Se evaluaron las condiciones recomendadas para el uso de VNI en el caso de que se usara (habitación abierta/cerrada, presencia de presión negativa, uso de VNI con tubuladura de doble rama, codo sin válvula antiasfixia y humidificación activa). Al final de la primera ola se realizó un estudio serológico ((Wondfo®, Guangzhou Wondfo Biotech Co.;Ltd) en todo el personal sanitario y no sanitario de la UCI (una vez dados de alta a todos los pacientes). Además, se entrevistó al personal para detectar trabajadores que presentaron síntomas respiratorios y si habían precisado baja laboral. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas, media ± desviación estándar y mediana (rango intercuartil).

RESULTADOS

Se han analizado 32 pacientes, de los cuales 31 se han tratado con VNI y 1 solo con oxigenoterapia de alto flujo. El 80,6% eran hombres y la media de edad fue de 60,1 ± 12,3 años. De los pacientes tratados con VNI, 11 (35,5%) recibieron terapia con CPAP y 20 (64,5%) con doble nivel de presión. Solo 9 pacientes (29%) estuvo ingresado en habitación con presión negativa. Dieciocho (58,1%) estuvieron en habitación cerrada y 13 (41,9%) en habitación abierta. En relación a la VNI, el 93,5% de los casos se utilizó codo con válvula antiasfixia, solo dos recibieron humidificación activa y en ningún caso se utilizó VNI con doble rama ventilatoria. La media de fugas fue de 36,3 ± 8 litros por minuto y la mediana de duración de la VNI fue de 3 (2, 5) días.

Durante el periodo analizado han trabajado 97 personas en la UCI, 17 facultativos, 65 sanitarios no facultativos y 15 no sanitarios. Se ha realizado determinación de anticuerpos a 95 (98%) trabajadores, siendo en todos los casos el resultado negativo. Durante los días de duración de la primera ola, no hubo ninguna baja laboral ni nadie desarrollo síntomas clínicos.

CONCLUSIONES

El uso de la VNI en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda por COVID-19 no aumenta el riesgo de contagio si el personal se encuentra adecuadamente protegido.

ID: 281

¿ES LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS UNA REALIDAD VIABLE EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL?

AUTORES: Olatz Lopez-Fernandez[1]; H Guadalajara-Labajo[2]; I Osorio-Silla[3]; JM Ramírez-Rodríguez[4]; P Ruíz-López[5]; D García-Olmo[6].
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ[1236]; UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA[4]; HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE[5]

JUSTIFICACION

La toma de decisiones compartidas (TDC) en el ámbito de la calidad asistencial todavía no se ha extendido su práctica, a pesar de disponer de la Ley de la autonomía del paciente 41/2002.

La TDC en salud consiste en el ejercicio de llegar a una decisión consensuada entre el paciente y el clínico ante múltiples opciones de tratamiento. Pero ¿están preparados pacientes y médicos para abordar esta aproximación más personalizada y humana para tratar una enfermedad grave como es el cáncer colorrectal o el de mama? Nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) ha reconocido la relevancia de la TDC y ha desarrollado protocolos estandarizados. Sin embargo, estos esfuerzos no se han acompañado de su aplicación en la rutina clínica hospitalaria.

OBJETIVOS

Se pretende hacer un análisis preliminar del estado de la cuestión del por qué la TDC encuentra resistencia a su puesta en práctica en el ámbito clínico hospitalario de nuestro SNS.

MATERIA Y METODOS

Se realiza una revisión rápida de la literatura internacional y nacional de la TDC, su aplicación en salud y calidad asistencial, sus beneficios y desafíos, sus métodos y herramientas para estos tipos de cáncer para extraer soluciones en su aplicación clínica.

RESULTADOS

- Internacionalmente:
  - La TDC está extendida en el cuidado de la salud desde 1980, asociada al modelo biopsicosocial, la salud centrada en el paciente y el consentimiento informado.
  - Se ha desarrollado más en Norte-América, Canadá, Reino Unido y algunos países asiáticos.
  - Sus herramientas de ayuda (HATD) se han desarrollado de forma estandarizada para enfermedades concretas y probadas en ensayos clínicos.
  - La Organización Mundial de la Salud reconoce las HADT como una ayuda a los tratamientos en la 'zona gris' y subraya la necesidad de educar al paciente para mejorar calidad de la decisión y satisfacción, mientras se disminuye el distrés, conflicto decisional y cirugías invasivas.
  - Los factores beneficiados son pacientes, profesionales, entorno, relaciones; los adversos son la falta de tiempo y recursos en la práctica clínica, y estímulo de los proveedores.
- España:
  - La TDC se ha asociado al empoderamiento del paciente y su participación en su salud
  - Existen guías de práctica clínica y herramientas en CD-ROM para el cáncer colorrectal y de mamá.
  - Se ha probado en Madrid, Andalucía, Cantabria, Canarias, Cataluña y Euskadi.
  - Se ha aplicado a la atención primaria, diagnóstico de cáncer y psiquiatría y empieza a testearse.

CONCLUSIONES

Estamos ante un momento clave en el desarrollo de la TDC en el SNS español, que requiere de su puesta en práctica y estudio para establecer las bondades y desafíos que puede plantear esta práctica clínica para los pacientes y cirujanos implicados en estos tipos de cáncer. El estado del arte aporta evidencia científica acerca de los métodos y tipo de herramientas que podrían funcionar en nuestro contexto que se discutirán para abrir el debate en la TDC en España.

ID: 282

FACTORES DE RIESGO PARA EL FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA COVID-19

AUTORES: Aurea Higón Cañigral; A Torrano Ferrández; G Martínez Martín; L López Gómez; A Ruiz Rodríguez; PS Bayoumy Delis.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Morales Meseguer

JUSTIFICACION

Al inicio de la pandemia se aconsejó la intubación precoz en la insuficiencia respiratoria aguda secundaria a la COVID-19. Sin embargo, en algunos hospitales se priorizó en uso de ventilación no invasiva (VNI) para evitar la intubación y las complicaciones derivadas de la misma, siendo necesario el reconocimiento de los factores de riesgo para el fracaso de la VNI, evitando así el retraso de la intubación.

OBJETIVOS

Definir los factores de riesgo que predicen el fracaso de la VNI como soporte respiratorio en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda por COVID-19.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional, retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva que recoge los pacientes que de forma consecutiva (desde marzo de 2020 hasta marzo de 2021) han ingresado en UCI por fracaso respiratorio agudo hipoxémico secundario a COVID-19. Se define fracaso de la VNI como la necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas (variables cualitativas) o como media ± desviación estándar (variables cuantitativas). Las comparaciones se realizaron mediante las pruebas Chi2 de Pearson y T de Student. Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística.

RESULTADOS

Se han analizado 259 pacientes, de los cuales 175 (67,6%) eran hombres. La media de edad fue de 60,3 ± 12 años y el valor en la escala SAPS II de 30,4 ± 8,2. No se encontraron diferencias entre los pacientes con obesidad. Setenta y un paciente (27,4%) presentaron fracaso de a VNI. El SOFA máximo fue mayor en los pacientes con fracaso (5,7 ± 2,8 versus 3,6 ± 1,2) ($p < 0,001$). La estancia hospitalaria fue menor en el grupo de éxito (16,9 ± 8,6 días) que en el grupo que fracasó (30,6 ± 27,8 días) ($p < 0,001$). La mortalidad hospitalaria entre los pacientes con éxito fue del 1,6%, mientras que en el otro grupo fue del 57,7% ($p< 0,001$). Mediante análisis multivariante los factores de riesgo para el fracaso de la VNI son el SOFA máximo durante la VNI (OR 1,82, IC-95%:1,40-2,37) ($p < 0,001$); el desarrollo de complicaciones relacionadas con la VNI (OR 3,77, IC-95%: 1,86-7,36) ($p < 0,001$); y la frecuencia respiratoria a la hora de VNI (OR 1,11; IC-95%:1,03-1,19) ($p = 0,004$).

CONCLUSIONES

En los pacientes con VNI que ingresan en la UCI por insuficiencia respiratoria aguda por COVID-19 son factores de mal pronóstico presentar una elevada puntuación máxima en el Índice SOFA, la frecuencia respiratoria a la hora del inicio de la terapia y el desarrollo de complicaciones relacionadas con la VNI.

ID: 283

PERCEPCIÓN DE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA POR LOS PROFESIONALES Y EQUIPO DIRECTIVO DE UNA CLÍNICA DE UNA MUTUA LABORAL

AUTORES: ENRIC RODRIGUEZ TORREBLANCA; L CABOT MOTA; R CABALLERO MUÑOZ; JC SERFATY SOLER; D MOYA ALCOCER; R MANZANERA LOPEZ.
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL

JUSTIFICACION

La situación de pandemia de la Covid 19 provocó que el SPS pidiera colaboración a la clínica Copérnico de MC Mutual para asumir un programa de atención a pacientes de 3ªedad, procedentes de centros geriátricos en los que estaban ingresados, la mayoría de ellos Covid +.

Después de varios meses de colaboración con el SPS las clínicas se prepararon para volver a atender a sus pacientes habituales, afiliados a las mutuas, que tras un accidente laboral requieren de un internamiento. Un año después analizamos la percepción de los responsables de la gestión de la pandemia y de los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS

Evaluar la capacidad de adaptación de las clínicas durante la pandemia poniendo el foco en dos momentos, al inicio de la pandemia y durante los posteriores meses de convivencia, tanto en lo que respecta a la atención a los pacientes geriátricos Covid +, como al retorno a la actividad habitual

MATERIA Y METODOS

Se dispone de dos encuestas. Una dirigida a 15 directivos (gerente, dirección médica, dirección de enfermería, jefes de servicio, etc.) de la clínica, con la finalidad de obtener información clave acerca de la experiencia vivida. Se exploran 3 aspectos: Los retos que supuso , Los beneficios en los cambios adoptados y Puntuar el desarrollo de actuaciones específicas. Realizada en diciembre 2020.Una segunda encuesta destinada a todos los profesionales de las clínicas (n: 185) que pregunta sobre el impacto de las medidas realizadas para adaptar la actividad habitual a los diferentes escenarios de convivencia con el virus. Esta encuesta explora 4 actuaciones: Cribaje, Información a pacientes, Actuaciones en contacto estrecho y Uso de EPIS. Esta segunda encuesta se envía en noviembre y diciembre de 2020.

RESULTADOS

La participación en las encuestas a directivos y profesionales ha sido del 45% y 40%, respectivamente. Los directivos definen como retos en la pandemia: la gestión del cuidado de pacientes de 3ª edad y la capacidad de adaptación de la organización. En cuanto a los beneficios de cambios incorporados, se destacan: la adaptación de espacios para el control de aglomeraciones, y la flexibilidad de los profesionales a diferentes roles de trabajo. Finalmente desatacan actuaciones bien valoradas como disponibilidad de directivos para escuchar ideas y propuestas del personal (8,8 sobre 10) y actuaciones con peor valoración como la información continuada al personal de MC Mutual sobre la pandemia (7,1).

En la encuesta a profesionales, todos los aspectos considerados son valorados con un nivel de desarrollo muy elevado. Oscila entre un 4,2 sobre 5, sobre el uso de EPIS y un 3,9 sobre 5, sobre la actuación ante un contacto estrecho.

CONCLUSIONES

La pandemia ha mostrado escenarios tremendamente cambiantes. Los profesionales de la clínica de MC Mutual, gestores y asistenciales, destacan valores como la flexibilidad y capacidad de adaptación a situaciones inesperadas y consideran que los aspectos más operativos de respuesta a la crisis se han consolidado en los procesos asistenciales clave.

ID: 284

CRIBADO COVID COMO ESTRATEGIA DE CONVIVENCIA CON LA PANDEMIA

AUTORES: RAQUEL CABALLERO MUÑOZ; JC SERFATY SOLER; L CABOT MOTA; E RODRIGUEZ TORREBANCA; R UNZURRUNZAGA ITURBE; D MOYA ALCOCER.
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL

JUSTIFICACION

La detección precoz de casos de pacientes infectados Covid-19 es una estrategia clave. El objetivo del cribado es detectar presencia de virus en personas que podrían no estar manifestando ningún síntoma o síntomas leves. En clínicas de MC Mutual se realiza asistencia a personas que, tras un accidente laboral, requieren internamiento. La detección precoz efectiva es la estrategia clave sobre la que se han centrado los esfuerzos con diversos recursos, para evitar focos de contagios derivados de la actividad en clínicas.

OBJETIVOS

Implantar una estrategia de cribado y de gestión efectiva de casos que evite la transmisión del virus Covid-19 entre los pacientes de las clínicas y nos permita en la medida de lo posible disponer de unas Clínicas libres de Covid-19.

MATERIA Y METODOS

Se define un circuito de detección precoz en el que a través de la consulta de cribado se establece una llamada 24h antes del ingreso hospitalario o de la visita programada en cualquier servicio de Clínicas en la que se realiza un cribado epidemiológico telefónico en relación con la Covid 19

En el caso de que haya sospecha se gestiona cada caso de manera inmediata con el paciente y con el centro de referencia si es necesario. Los pacientes que vienen a visita programada al llegar a Clínica se realiza un cribado a nivel de sintomatología y un control de temperatura y los pacientes que requieren ingreso hospitalario antes del ingreso realizan una visita donde se realiza una PCR, y exploración previa. Cuando se obtiene el resultado se realiza el ingreso en caso de que no haya sospecha.

Se destinan recursos y espacios específicos para el control de accesos, con profesionales sanitarios que realizan cribado epidemiológico telefónico/presencial y control de temperatura de manera continuada.

RESULTADOS

Se concretan los datos relevantes de la aplicación específica de la estrategia de detección precoz en las Clínicas de nuestra mutua colaboradora con la Seguridad Social para la atención de casos provocados por accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo.

El trabajo explicita la disminución de la actividad de las clínicas relacionada con las medidas de seguridad en los periodos de mayor incidencia del virus en la comunidad. Se presentan los datos evolutivos de las llamadas realizados por ingresos y visitas programados, el número de cribados previos al ingreso hospitalario y realizado previamente a las visitas. El total de pacientes positivos detectados y su volumen relativo sobre los pacientes atendidos.

CONCLUSIONES

La positividad por Covid-19 en la Clínica ha sido muy baja en comparación con la evolución de la positividad en la sociedad. Invertir en una detección precoz parece que ha impactado positivamente en el control de la transmisión. La caída del 40% de la actividad habitual sin duda ha sido un elemento clave, que está siendo analizado en profundidad.

ID: 285

NIVEL DE INFORMACION SOBRE EL TRATAMIENTO CON LITIO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON TRASTORNO BIPOLAR

AUTORES: eduard katzuo kawamura murillo[1]; mp cereceda satue[2]
CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Salud Mental de Monzon[1]; Hospital San Jorge de Huesca[2]

JUSTIFICACION

El litio sigue siendo considerado como el gold estándar en el tratamiento del trastorno bipolar, dado su efectividad para controlar episodios agudos, así como evitar recaídas. No obstante, es un fármaco, que debe ser tomado con cuidado, y bajo un estricto control por la posibilidad de desarrollar efectos secundarios durante el tratamiento, y sobre todo por riesgo de toxicidad. Por lo que es fundamental, que el paciente conozca las precauciones que hay que tener mientras se esté en tratamiento con litio, los diversos efectos secundarios y saber identificar de forma precoz signos y síntomas de una posible intoxicación.

En este estudio se intenta identificar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento con litio. Esto nos servirá para después poder plantear estrategias para un tratamiento más seguro en estos pacientes. (Información inicial, refuerzo de la misma de forma periódica, detección precoz de efectos secundarios, evitar intoxicaciones o plantear alternativas terapéuticas, en caso de ser necesario).

OBJETIVOS

Principal: Averiguar el nivel de conocimiento que los pacientes en tratamiento con litio tienen sobre los efectos secundarios de dicho tratamiento, y sobre las medidas a tomar para mantener unos niveles estables del mismo.

Secundarios:

Analizar si sabrían detectar signos de intoxicación y comunicarlos de forma precoz.

Evaluar si conocen los fármacos contraindicados en tratamiento con litio

Conocer si cumplen con las medidas dietético-higiénicas recomendadas en los pacientes con tratamiento con litio.

MATERIA Y METODOS

A cada participante (paciente diagnosticado de trastorno bipolar, en tratamiento con litio), se le informara del estudio y se le solicitara participar en el mismo, previa entrega y aceptación del consentimiento informado. Se le entregará una ficha donde recogeremos las variables demográficas (edad, sexo, trabajo y nivel educativo).

Y se aplicara a los pacientes la adaptación al Español (previamente validada) del cuestionario Ltihitum Knowleged Test (LKT) un cuestionario desarrollado por Peet and Harvey, que identifica conocimientos prácticos y farmacológicos que son muy importantes en el tratamiento con litio para que el tratamiento sea seguro y efectivo. La versión original en inglés ha sido validada en población psiquiátrica y ha mostrado buena correlación.

La escala tiene 20 preguntas, se otorga 1 punto por cada respuesta correcta y se reduce un punto por cada respuesta errónea. El puntaje total de este cuestionario de 29 preguntas es de 20 puntos. La encuesta original también calcula el LKT Hazard, que identifica aspectos sobre la intoxicación con litio.

Posteriormente analizaremos los resultados mediante un estudio descriptivo transversal usando el programa Jamovi.

RESULTADOS

aun en fase de recogida de datos

CONCLUSIONES

pendiente de análisis y resultados.

ID: 286

PERCEPCIÓN DE LA CRISIS SANITARIA COVID-19 DE LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE UNA MUTUA LABORAL

AUTORES: JORDI ORTNER SANCHO; X FARRUS ESTEBAN; M PLANA ALMUNI; A VIVES JULINES; D MOYA ALCOCER; R MANZANERA LOPEZ.
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL

JUSTIFICACION

El estudio Antena de calidad mide el nivel de difusión de las actuaciones propuestas en el plan de calidad sanitaria. Se mide a través de un cuestionario semiestructurado realizado por diversos grupos de profesionales sanitarios de centros ambulatorios de la mutua; el grupo de referentes de calidad sanitaria, una muestra de profesionales sanitarios de centros pequeños y una muestra de profesionales sanitarios de centros grandes.

OBJETIVOS

Conocer la percepción de los profesionales sanitarios de la mutua sobre aspectos en materia de calidad sanitaria implantada antes y después de la pandemia por COVID-19.

MATERIA Y METODOS

Diseño de un cuestionario de 25 preguntas que se puntúan con escala de Likert de 1 a 5. La finalidad es obtener información del desarrollo de las acciones de calidad definidas en el plan vigente (difusión del plan, información al paciente, sesiones clínicas, accesibilidad, guías clínicas y fichas ocupacionales, investigación, formación, emergencias, e historia clínica electrónica) y seguridad del paciente (Mapa de Riesgos, errores de medicación, infecciones, SNEA, higiene de manos, atención a amputados). Además se incorporan en la segunda encuesta aspectos relacionados con la COVID-19 (cribado, información sobre normas y acceso a los centros, manejo contacto con caso confirmado y utilización adecuada de EPIS).

Se realizó la primera encuesta en noviembre 2019 (encuesta pre-pandemia) y durante el mes de noviembre de 2020, la segunda encuesta (encuesta intra-pandemia).

RESULTADOS

La participación de la “encuesta pre-pandemia” fue del 45%, siendo la más alta la del grupo de referentes (63%). En el caso de la “encuesta intra-pandemia” la participación fue muy superior (60%), especialmente en el grupo de referentes fue un 74%.

La puntuación del desarrollo de los aspectos de calidad en la “encuesta pre-pandemia” fue de 3,5 puntos (sobre 5). El ítem mejor valorado fue “realizar actuaciones para la prevención de las IRAS” (4,1) y el peor la “participación en estudios de investigación” (2,3). En la encuesta intra-pandemia, el promedio global fue también de 3,5. El ítem mejor valorado fue la higiene de manos (4,2) y el peor también fue “participación en estudios de investigación” (2,3).

Los datos no presentan diferencias significativas entre los grupos y entre ambas encuestas (CAS: 3,5 y 3,6; Centros pequeños 3,7 y 3,7 y centros grandes un 3,4 y 3,1)

En los cuatro ítems relacionados con la COVID-19 la puntuación en promedio fue la más elevada (3,9).

CONCLUSIONES

La participación ha sido mayor en la “encuesta intra-pandemia”, al contrario de lo que habíamos supuesto. El grupo de referentes mantiene un alto grado de participación.

Los cambios en las puntuaciones entre ambas encuestas, y en los tres grupos, no son significativos. Destaca el ítem de la higiene de manos que se incrementa su valoración seguramente muy influenciado por el contexto pandémico. La implantación de las medidas para prevenir la COVID-19 se consolidan y son las mejor valoradas en la encuesta intra-pandémica.

ID: 287

LAS QUEJAS COMO ALARMA DE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS EN UNA MUTUA LABORAL. CONCORDANCIA ENTRE OBSERVADORES.

AUTORES: MARIA DEL MAR IGLESIAS LOBO[1]; E FERNANDEZ VIVANCOS GONZALEZ[2]; F DE LA TORRE MONGUIO[3]; G GALVEZ[4]; D MOYA ALCOCER[5]; R MANZANERA LOPEZ[6].
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL[12356]; HOSPITAL CLÍNIC[4]

JUSTIFICACION

Nuestro equipo lleva años trabajando en el sistema de Quejas y Reclamaciones (QR).

Están ampliamente difundidos los sistemas de QR en el sector servicios y específicamente en los servicios sanitarios. Con una utilización que va desde las medidas de satisfacción de los usuarios hasta su uso para la prevención de actitudes violentas frente a los profesionales (Gloria Gálvez, tesis doctoral).

Hace tres años, se reorganizó en profundidad el proceso de quejas y reclamaciones en nuestra organización (Mar Iglesias et col) haciendo participe a toda la organización, con el objetivo de responder adecuadamente al paciente, en tiempo y forma, tras revisar con rigor su comentario. También se trata de detectar oportunidades de mejora para la organización. Esta revisión nos permite disponer de un sistema de análisis de criticidad y de un análisis agregado de las QR, con informes periódicos de amplia difusión en nuestra organización.

Coincidiendo con la puesta en marcha del nuevo procedimiento se consolidó la derivación al Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SNEA) utilizando entre otros Trigger (alarmas) las sospechas de EA recogidas en las Quejas y Reclamaciones (Montse Rojas et al). Los Informes anuales de SNEA mostraron hasta el año 2019 incrementos progresivos en eventos (56, 64 y 67 eventos en los años 16, 17 y 18) y de quejas derivadas (más de un 15 % del total de declaraciones con 6 eventos adversos confirmados, de los 11 trasladados por el equipo de quejas y reclamaciones).

OBJETIVOS

Nuestro objetivo actual es validar el sistema de revisión de las quejas sospechosas de ser expresivas de un Evento Adverso.

MATERIA Y METODOS

Se ha realizado una revisión exhaustiva de las quejas recibidas en una mutua laboral durante el año 2020. Se han presentado 1.039 quejas, en las que se han establecido 2 filtros iniciales: quejas por AT y tienen una acción de mejora asociada (68). Además, se definen grupos que se muestran a continuación (n=45): Asistencia Sanitaria Inadecuada, Demoras, Diagnóstico, Discrepancia Tratamiento y Disconformidad con el alta.

En los distintos grupos se ha revisado la queja por dos observadores. El primero un técnico de la División de Organización y el segundo un técnico sanitario experto en calidad.

RESULTADOS

Los eventos detectados en los distintos grupos y para cada uno de los observadores son (22EAs): Disconformidad en el tratamiento, Desacuerdo en el diagnóstico, Alta precoz, Recaída, Trato recibido y Demora en la atención

Se describen los grados precisión de los filtros, la ocurrencia de los EA/I detectados, la concordancia entre observadores y las conclusiones del proyecto.

CONCLUSIONES

Se constata una muy buena concordancia en la utilización de tipos de QR y tipología de EA, considerando las observaciones de técnico de gestión y técnico sanitario, con algunas excepciones que se describen y justifican en el trabajo.

ID: 288

MORTALIDAD ASOCIADA A BYPASS AORTOCORONARIO EN ESPAÑA

AUTORES: Gonzalo Aldamiz-Echevarría del Castillo[1]; MJ Andres Prado[2]; R Hernández Estefania[3]; LM Molinero Casares[4]; JM Arce Obieta[5]
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz[1235]; ALCE INGENIERIA[4]

JUSTIFICACION

La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de muerte en España, dentro de los procedimientos empleados para su tratamiento, la angioplastia coronaria es la más frecuente en comparación con la cirugía de revascularización coronaria o bypass. Se ha observado una gran variabilidad en cuanto a los resultados de mortalidad y estancia hospitalaria.

La realización de estudios estadísticos, a partir de bases de datos fiables y consolidadas, la evaluación de los resultados y la comparación con estándares o con otros hospitales permite mejorar la calidad de la asistencia y reducir los riesgos hospitalarios, así como ayudar a identificar buenas prácticas y a mejorar la gestión y la elaboración de planes y políticas sanitarias.

OBJETIVOS

Evaluar la mortalidad hospitalaria asociada al bypass aortocoronario en los hospitales españoles durante el periodo 2009 a 2015. Se compararon los resultados de un hospital de alta complejidad en concreto con los resultados del resto de hospitales de España en conjunto para evaluar si existían diferencias en cuanto a mortalidad durante el mismo período.

MATERIA Y METODOS

Durante el periodo 2009 y 2015 mediante la utilización de los datos del CMBD se analizaron todos los episodios de hospitalización en los que se realizó un bypass aortocoronario y fue registrado como tal con alguno de los códigos de anastomosis de derivación para revascularización miocárdica (CIE-9-MC códigos 36.10 a 36.19). Valoramos la mortalidad ocurrida en el mismo ingreso en el que fue realizado el procedimiento. Se elaboró un modelo de regresión logística para el estudio de la asociación entre la mortalidad y el hospital, ajustado por posibles factores de confusión y se comparó con la mortalidad en otros hospitales. Se evaluaron además los resultados por Comunidad Autónoma.

RESULTADOS

Durante los años 2009-2015, se registraron en el CMBD 48.953 episodios de hospitalización con bypass aortocoronario. La odds ratio (OR) de mortalidad en el hospital evaluado frente a otros hospitales fue de 0,49 (IC 95%: 0,28-0,79).

CONCLUSIONES

Se observaron diferencias en la mortalidad asociada a bypass aortocoronario en las diferentes Comunidades autónomas, así como diferencia entre la mortalidad asociada a bypass aorto coronario entre el hospital de estudio y otros hospitales.

ID: 289

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE ESTATINAS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES: Beatriz Nucete Gallego; MI Pérez-Alarcón Rojas; A Marchena León; JM Sanchez Díaz
CENTRO DE TRABAJO: Distrito Sanitario Granada Metropolitano

JUSTIFICACION

Las evidencias disponibles indican la conveniencia de limitar el consumo de estatinas en >75 años por su menor eficacia y mayores efectos adversos.

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación del uso de estatinas en prevención primaria en pacientes mayores de 80 años, en un centro de salud.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo transversal de prevalencia realizado en febrero 2020, en pacientes tratamiento con estatinas en prevención primaria en tres cupos médicos seleccionados.

Primeramente, se identificaron los pacientes objeto de estudio mediante el Sistema de información de facturación de recetas MicroStrategy®. Los datos se recogieron en auditorias con los médicos prescriptores y mediante la historia clínica electrónica (Diraya®), completando cuestionarios elaborados previamente y registrando las variables: Edad, sexo, consejos de estilo de vida: función hepática (FH), GOT(UI/L), GPT (UI/L), CPK (UI/ml), c-HDL (mg/dl), c- LDL (mg/dl), c- total (mg/dl), triglicéridos (mg/dl): T. arterial sistólica (TAS), T. arterial diastólica (TAD), nº de principios activos (PA) activos en Receta XXI, PA concomitantes que interaccionen con estatinas: anticoagulantes orales (ACOs), macrolidos, antifungicos, fibratos, antagonistas del calcio (AC), antiarritmicos, risperidona, ciclosporina. Efectos adversos relacionados con la estatina: miositis, dolor muscular, rabdomiolisis, Insuficiencia hepática, fatiga, incremento de las transaminasas, deterioro cognitivo. Tipo Estatina. Uso adecuado de estatinas: SI/NO. Acción a considerar como resultado. Los datos se analizaron en Excel 2010®.

RESULTADOS

En el periodo estudiado, 26 pacientes â‰¥80 años, edad media 84.12±2.94 años, 65.38% mujeres fueron incluidos.

Según Diraya®, a todos se les proporcionó consejos de mejora de estilo de vida, a todos se les registró en 2020 parámetros de TA, perfil lipídico y FH, (85% en 2020 y 15% en 2019). Al 73% rse les registró CPK. 5 o más PA prescritos concomitantemente con estatinas: 73% y 27%, 10 ó más . El 31% de los pacientes tenía prescrito un fármaco que podía interaccionar con estatinas: AC:63%, antiarrítmicos: 13%, fibratos 12%, ACOs:12%. En ninguno constan efectos adversos relacionados. Distribución: Simvastatina 76,9%, atrovastatina: 19,2%, rosuvastatina: 3,8%. Recomendación: Revisar estilos de vida:26.9%, monitorizar niveles de lípidos: 11.5%, suspender: 42.3%, ninguna: 19.2%.

CONCLUSIONES

Según los criterios de selección de medicamentos: eficacia, seguridad, adecuación y coste, la estatina de elección en España es simvastatina, cumpliéndose en su mayoría.

La recogida de datos clínicos en Diraya®, por parte de los médicos fue bastante exhaustiva.

La decisión de tratar con estatinas en población mayor debe ser individualizada, valorando riesgos y beneficios, esperanza y calidad de vida. Considerando su desprescripción cuando se considere necesario para mejorar la seguridad.

ID: 290

¿CÓMO AVANZAR EN RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA EN LOS HOSPITALES?

AUTORES: Marta Macias Maroto; MD Rubio y Lleonart; A Perez Zapata; J Hernandez Martin; ME Pinar Garcia; J Pascual López.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

JUSTIFICACION

La Responsabilidad Social y Sanitaria (RSS) traslada una nueva manera de gestionar las organizaciones sanitarias que junto al compromiso del cumplimiento de las obligaciones legales también aborda las preocupaciones sociales, económicas y medioambientales que surgen de la relación y transparencia con sus grupos de interés. Considerando que esta preocupación existe desde hace tiempo en los hospitales, lo cierto es que no existe por lo general, una estructura en las organizaciones sanitarias que trabajen en el desarrollo de esta área.

OBJETIVOS

Definir aspectos claves para organizar el desarrollo de la RSS en los hospitales

MATERIA Y METODOS

Se creó un grupo de trabajo en el centro de diversas áreas clave para empezar a trabajar en RSS. Se utilizó la revisión de la literatura y de otras experiencias en diversos tipos de organizaciones. Se realizó un análisis de contexto de la organización a través de la matriz DAFO y un análisis de las partes interesadas para conocer las necesidades y expectativas de las mismas. Este análisis se puso en común en sesiones de trabajo utilizando el método de brainstorming y grupos de discusión.

Se elaboró una sesión informativa a profesionales para conocer el interés en colaborar en acciones de RSS y las necesidades de los mismos. Se programaron reuniones con grupos de interés prioritarios para conocer sus necesidades y expectativas.

RESULTADOS

El resultado principal fue la elaboración de una primera edición del Plan de RSS del centro donde se definieron 5 líneas estratégicas: gestión ambiental, sociedad, profesionales, usuarios, aliados/proveedores, con acciones, indicadores y un cronograma a implemnetar en 3 años. Esto permitió priorizar el abordaje de las diferentes partes interesadas y establecer acciones específicas como una Escuela de cuidadores, el proyecto de hospital verde o la reducción del consumo de plástico y papel.

Se identificaron 12 partes interesadas y se priorizaron 5 de ellas para conocer sus necesidades y expectativas: Universidad, Ayuntamiento, Profesionales, Pacientes, Grupos empresariales de la zona. Tras el contacto con los mismos se concretaron acciones a desarrollar de RSS conjuntamente.

Se ha creado un Comité de RSS dependiente de la Gerencia con un núcleo reducido de profesionales clave de la institución, cuya estructura se basaba en el apoyo en diferentes colaboradores con una estabilidad unida a los proyectos a desarrollar.

CONCLUSIONES

La necesidad de una Estrategia y de una estructura en el centro de promoción de la RSS potencia fundamentalmente la relación con las partes interesadas, en beneficio de la propia organización, de los pacientes y de la sociedad. Es muy importante desarrollar un plan estratégico de RSS e incluir en el mismo los objetivos de desarrollo sostenible. Utilizar un lenguaje común nos acerca a la consecución del principal objetivo de la RSS: conseguir un mundo más sostenible entre todos.

ID: 291

LA GESTIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EN LOS HOSPITALES DE LA RED SANITARIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

AUTORES: Ana Rodriguez Cala[1]; M Maria Mercedes Ortiz Otero[2]; A Argiñe Escolástico Larizgoitia[3]; T mª Teresa García Nieto[4]; M Maria Cabrera Fernández[5]; C Carmen Sanchez Roldan[6].

CENTRO DE TRABAJO: Instituto Catalán de Oncología[1]; Hospital Universitario de Fuenlabrada[2]; Organización sanitaria integrada Barrualde. Galdakao[3]; Universidad Complutense de Madrid[45]; Hospital Universitario Miguel Servet[6].

JUSTIFICACION

El sector sanitario se encuentra en un debate continuo sobre los costes y la calidad de los servicios de salud, en el que entran en juego cuestiones importantes como el liderazgo y la responsabilidad social. En el caso de los hospitales, el desarrollo sostenible se concreta en el impulso de modelos de gestión orientados hacia la sostenibilidad ambiental, social y económica. La Responsabilidad Social (RS), supone el reto de abordar la gestión de los centros sanitarios desde la perspectiva de la práctica asistencial y la estratégica organizativa que implica la administración de los recursos utilizados.

OBJETIVOS

Conocer la gestión de la RS en los hospitales de la Red Sanitaria nacional de Responsabilidad Social

MATERIA Y METODOS

Se realiza un análisis descriptivo, transversal, a partir de un cuestionario elaborado de acuerdo con los indicadores del modelo Global Reporting Initiatve (GRI), enviado a los responsables de RS de los 35 hospitales de la Red.

RESULTADOS

Se obtienen las respuestas de los responsables de RS de 13 hospitales de diferentes comunidades autónomas: Baleares, Cataluña, Comunidad de Madrid, Galicia y País Vasco La mayor parte de los hospitales cuenta con una persona dedicada a la gestión de las actividades de RS. Actividades a las que dedica el 50% de su tiempo. La mayoría de las responsables en RS son mujeres, mandos intermedios, con más de 5 años en el cargo, y que poseen un nivel medio-alto de conocimiento y competencias en materia de RS. Además, 8 de los 13 hospitales cuenta con una comisión de RS. La mayoría aplica modelos de calidad EFQM, ISO 9000, ISO 14.000, EMAS, y están adheridos al pacto mundial. Diez hospitales cuentan con una política de RS y tienen identificados sus grupos de interés. Todos utilizan las redes sociales, intranet y la web para su comunicación y participan en actos de RS. Entre los obstáculos para avanzar describen la falta de una persona que lidere la RS y la falta de recursos. Y, entre los beneficios, la mejora de la calidad y atención al paciente y el fomento de la participación de los profesionales La mayoría disponen de un plan de encuestas para pacientes, y en menor medida para personal y proveedores. Ocho tienen indicadores de RS y hacen seguimiento. Menos de la mitad evalúan los impactos sociales. Once participan en proyectos de cooperación, diez promocionan el voluntariado e incorporan la cultura en acciones formativas y compran de manera responsable. Todos tienen iniciativas ligadas a la promoción y prevención de la salud en los procesos de contratación y 12 hospitales toman como referencia la Agenda 2030 y los ODS.

CONCLUSIONES

La mayoría de esta representación de los hospitales de la Red Sanitaria gestiona la RS profesionalmente y con criterios de calidad, orientados al cumplimiento de la Agenda 2030 y los ODS.

ID: 292

COMORBILIDAD COMO VARIABLE PRONÓSTICA DE ESTANCIA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA. COMPARACIÓN ENTRE VARIOS ÍNDICES VALIDADOS.

AUTORES: IVÁN OTERINO MOREIRA; A LOPEZ DELGADO; S LORENZO MARTINEZ; MA TEJEDOR ALOSNO; M PEREZ ENCINAS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN

JUSTIFICACION

La existencia de enfermedades adicionales durante el curso clínico de un paciente a estudio se conoce como comorbilidad. Ésta se evalúa mediante índices que sirven como factores pronósticos y para controlar un potencial factor confusor en los resultados clínicos.

OBJETIVOS

Evaluar los índices de comorbilidad de Elixhauser (ICE), van Walraven (ICW) y Charslon (ICC) como factores pronósticos de la mortalidad y estancia hospitalaria, así como la relación entre ellos.

MATERIA Y METODOS

Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes >17 años dados de alta durante el periodo 2017-2019 en un hospital de segundo nivel, utilizando el Conjunto Mínimo Básico de Datos. Se excluyó la categoría diagnóstica mayor 14 (embarazo/parto/puerperio). Se analizaron las variables demográficas y clínicas de la población, la correlación y concordancia entre los índices y se realizó un análisis multivariante para la estancia y para la mortalidad intrahospitalaria usando como covariable uno de los índices de comorbilidad y la edad>70 años, mediante el programa estadístico Stata MP v16.1.

RESULTADOS

Se analizaron 54625 hospitalizaciones. La mediana de edad fue 71,91 años (RIC:56,72-80,72) siendo un 54,29% varones. La mediana de estancia hospitalaria fue 4,28 días (RIC:1,97-7,86) y en el 3,99% de los episodios de hospitalización el paciente falleció.

En el 36,3% de los casos el paciente tenía hipertensión arterial (HTA) no controlada, 20,3% arritmias cardíacas, 17,8% diabetes no controlada, 16,6% desórdenes en la circulación pulmonar, 13,3% tumor sólido no metastásico, 12,9% fallo renal, 12,5% insuficiencia cardíaca congestiva, 12,4% HTA controlada, 12,3% obesidad y 11,1% enfermedad valvular.

Las medianas de ICE, ICW e ICC fueron: ICE=2 (RIC:1-4), ICW =4 (RIC:0-12) e ICC=1 (RIC:0-3), con la siguiente correlación entre ellos: ICE vs ICW rho=0,64 p< 0,001; ICE vs ICC rho=0,74 p< 0,001; ICC vs ICW rho =0,78 p< 0,001.

La concordancia absoluta resultó moderada entre ICE e ICW: Coeficiente de Correlación Intraclase, CCI=0,41 (IC95% 0,23-0,54) p< 0,001; buena para ICE e ICC: CCI=0,75 (IC95% 0,73-0,77) p< 0,001; y moderada entre ICC e ICW: CCI= 0,53 (C95% 0,24-0,68) p< 0,001.

El análisis de regresión multivariante demostró que la comorbilidad aumentaba el riesgo de mortalidad intrahospitalaria, con diferencias en función del índice usado como covariable: OR=1,81 (IC95% 1,73-1,89) p>|z|< 0 empleando ICE, OR=2,52 (IC95% 2.39-2,66) p>|z|< 0 para ICW; y OR=2,07 (IC95% 1,97–2,16) p>|z|< 0 para ICC.

De modo similar la comorbilidad se asoció con mayor estancia hospitalaria: IRR=1,16 (IC95% 1,16-1,17) p>|z|< 0 empleando ICE, IRR=1,11 (IC95% 1,10-1,11) p>|z|< 0 para ICW, e IRR=1,16 (IC95% 1,15–1,17) p>|z|< 0 para ICC.

CONCLUSIONES

La comorbilidad ajustada por edad puede desempeñar un papel importante como factor predictivo de la mortalidad y estancia hospitalaria. Los índices de comorbilidad están validados en diferentes poblaciones. Son necesarios estudios adicionales para determinar cuál de ellos es mejor factor predictivo en nuestro medio.

ID: 293

DELIRIUM EN UCI, SU INFRADIAGNOSTICO Y MORBIMORTALIDAD RELACIONADA. PROYECTO DE FORMACIÓN

AUTORES: DAVID ALONSO CRESPO; A GONZÁLEZ RODRÍGUEZ; P DE CASTRO RODRÍGUEZ; I VALES IGLESIAS; I BERMEJO RODRÍGUEZ; M GONZÁLEZ AREAL.
CENTRO DE TRABAJO: HOSP. ÁLVARO CUNQUEIRO

JUSTIFICACION

El Delirium es un trastorno común en los hospitales. Según estudios, en la UCI su incidencia es de entre el 20 y el 40%, llegando al 80% en pacientes con ventilación mecánica. Es una gran preocupación ya que su aparición implica más tiempo de ventilación mecánica, aumenta aparición de complicaciones, incremento de la estancia en UCI y de la hospitalización posterior y mayor mortalidad, tanto inmediata como a 6 meses. Estudios lo asocian a un deterioro cognitivo en prácticamente la totalidad de pacientes que lo padecen y el 70% de ellos lo mantienen al año. La mejor manera para evitar complicaciones es el diagnóstico precoz por medio de herramientas validadas. Normalizar el uso de CAM-ICU en las unidades, asociado a aplicación de escalas de valoración de dolor y nivel de sedación sería imprescindible. El infradiagnóstico del delirium es un problema que afecta directamente a la seguridad del paciente. Formar al equipo en detectarlo y así evitar su desarrollo debe ser prioritario.

OBJETIVOS

Normalización del uso de CAM-ICU en nuestra unidad, como herramienta de trabajo para vigilancia de delirium. Formación para conocer las implicaciones de la aparición del delirium y aplicación de las escalas relacionadas de forma correcta, así como su importancia en la evolución del paciente.

MATERIA Y METODOS

2 estudios observacionales, transversales, descriptivos realizados en la misma unidad con 6 meses de diferencia.

El primero ya realizado el 4 de marzo de 2012 y, tras recopilar de forma anónima información sobre el uso de escalas en todos los pacientes, se describe situación basal de la unidad, confirmando la necesidad de formación.

Se ha realizado el 27 de mayo de 2021 una formación de formadores en talleres de escalas. Dichos formadores tienen planificado realizar talleres con el equipo de la UCI tratando de concienciar en la aplicación correcta de escalas y detección precoz de delirium, así como mostrar claves para evitarlo.

Finalmente se realizará el segundo estudio en septiembre, similar al primero, para contrastar resultados.

RESULTADOS

El primer estudio destaca que de 12 pacientes no comunicativos a ninguno se le realizó una valoración del dolor por medio de una escala validada y de los 9 pacientes susceptibles de sufrir delirium ninguno tenía registrada una escala de valoración validada, lo que evidenció la gran necesidad de formación.

Con la segunda revisión que se realizará en septiembre tras los talleres formativos conoceremos si han sido eficaces y merece la pena realizarlos para conseguir una detección precoz y así aumentar la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

Nuestra obligación es cuidar la salud del paciente y proteger su seguridad durante su ingreso. El delirium es un riesgo importante y se quiere formar a todos nuestros compañeros en dicha importancia para así, crear un sistema de vigilancia normalizado, diagnosticarlo precozmente y tratarlo, evitando complicaciones mayores. La valoración del delirium por medio del CAM-ICU debe ser una constante más cuya evaluación sea indiscutible.

ID: 294

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A SONDAJE VESICAL: ESTRATEGIAS CONSENSUADAS

AUTORES: Elena Regaira Martínez; M Vázquez Calatayud
CENTRO DE TRABAJO: CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

JUSTIFICACION

La infección del tracto urinario (ITU) en pacientes portadores de sonda vesical (SV) es alta y constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad en los pacientes hospitalizados. Promover su tolerancia cero sostenida en el tiempo es clave. A pesar la amplia variedad de intervenciones implementadas, existe la necesidad de diseñar estrategias efectivas y sostenibles para mejorar la tasa de ITU asociada a SV en pacientes hospitalizados.

OBJETIVOS

Promover un cambio para mejorar la tasa de ITU asociada a SV, en pacientes hospitalizados.

MATERIA Y METODOS

Se utilizó una metodología cualitativa con un diseño de Investigación en Acción Participativa. Desde este enfoque se diseñó un proceso cíclico e iterativo en cuatro fases: (1) diagnóstico de la situación, (2) propuestas de cambio, (3) diseño e implementación de las propuestas y (4) evaluación. Este trabajo presenta las dos primeras fases. Para la primera fase se utilizó observaciones no participantes, análisis del indicador de ITU y un grupo focal constituido por un equipo multidisciplinar de siete profesionales expertos en el tema. Tras el análisis de estos datos, se llevó a cabo un grupo focal, con los profesionales implicados, para el diseño de las propuestas de cambio. Este grupo fue grabado, previo consentimiento, y se realizó un análisis de contenido de los datos cualitativos transcritos.

RESULTADOS

Los profesionales implicados en el estudio (N=7); 71% enfermeras (clínicas y de gestión) y 29% médicos especialistas contaban con experiencia profesional media de 8 años. En la primera fase se identificaron como principales factores asociados a la ITU el incumplimiento del protocolo en la inserción (esterilidad y selección del tipo de catéter), mantenimiento (correcta fijación del catéter) y retirada del catéter (evaluación multidisciplinar de la retirada precoz), así como factores relacionados con el entorno de la práctica profesional (carga de trabajo, falta de comunicación inter e intra-profesional). En la segunda fase, a partir de la reflexión conjunta del grupo, se realizó una aproximación a las posibles acciones de mejora para dar respuesta al diagnóstico de la situación, priorizándose las siguientes acciones: formación multidisciplinar mediante aprendizaje experiencial, mejora de la comunicación intra e interprofesional e implicación del paciente.

CONCLUSIONES

Este estudio ha permitido diseñar y priorizar estrategias de cambio adecuadas al contexto. Se espera que las estrategias de cambio que se han priorizado implementar y que serán evaluadas a corto y largo plazo sean efectivas en cuanto a su impacto y sostenibilidad.

ID: 303

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN TIEMPOS DE COVID-19. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

AUTORES: MARTA POLO MARTINEZ; S BUESA PUEYO; MJ LAIRLA OLIVAN; A GIL ALOS; S BESCOS VAQUERO; L IBOR SERRANO.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Jorge

JUSTIFICACION

Dada la situación vivida se describe como el uso de las nuevas tecnologías y redacción de una carta de condolencia ha mejorado la vivencia de los familiares y pacientes afectados por COVID-19 y en consecuencia la mejora de la autoestima de los profesionales implicados.

OBJETIVOS

Mejorar la humanización del cuidado de los pacientes con COVID-19 en la UCI del Hospital San Jorge de Huesca.

Mejorar la comunicación de los pacientes con COVID-19 con sus familiares u allegados.

Participar y mejorar el duelo de los familiares u allegados de pacientes fallecidos por COVID-19.

Aumentar la autoestima de los profesionales implicados en el cuidados de pacientes con COVID-19.

MATERIA Y METODOS

El trabajo hace uso del método cualitativo biográfico, historias de vida, en concreto del relato de una enfermera de UCI y las opiniones expresadas por algunos de los pacientes tratados en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Se realizaron charlas divulgativas en los institutos de la ciudad de Huesca sobre la humanización de la UCI, concienciando a los estudiantes sobre las normas para evitar el contagio por covid y explicando la experiencia vivida por el equipo de la UCIi durante estos meses de pandemia.

RESULTADOS

Se exponente en este trabajo las innovaciones e iniciativas llevadas a cabo para el logro de los objetivos, pero también se expresan sentimientos, pensamientos, valores... para que se pueda contextualizar el relato de manera veraz.

CONCLUSIONES

La crisis del COVID-19 ha obligado a innovar y buscar soluciones rápidamente en la práctica clínica. No debe ser menos la humanización de los cuidados y más en el contexto del paciente de UCI. Se debe dar una prioridad a ello sea cual sea la situación y contexto. Paradójicamente las nuevas tecnologías han ayudado a lograrlo. Este trabajo aporta una reflexión sobre la experiencia vivida, que finalmente logra poner en valor la importancia de los cuidados humanizados e individualizados tanto para los pacientes y los familiares como para los propios profesionales de la salud.

ID: 304

INDICADORES DE GESTIÓN DE LA DEMANDA: BUSCANDO LA EFICIENCIA EN EL LABORATORIO CLÍNICO

AUTORES: MARIA TERESA GIL RUIZ; F BUSTOS GUADAÑO; JL MARTIN CALDERON; J TIMÓN ZAPATA; M MAIQUES CAMARERO; MC JIMENEZ LOBO.

CENTRO DE TRABAJO: Hosp. Ntra. Sra. del Prado

JUSTIFICACION

La sobreutilización de pruebas en los laboratorios clínicos no son sinónimo de mejora de calidad asistencial y sí que producen un empeoramiento de la eficiencia del sistema y pone en peligro la sostenibilidad del mismo.

OBJETIVOS

Nos planteamos analizar la sobreutilización de los parámetros de Hemoglobina glicada y de Vitamina D en nuestra área sanitaria, y cuánto repercute en la eficiencia del sistema.

MATERIA Y METODOS

Para ello definimos dos indicadores de sobreutilización de estos dos parámetros analíticos (HbA1C y vitamna D), que cuantificamos a través del diseño de una serie de reglas CAR (reglas automatizadas en nuestro SIL), basadas en la evidencia y en algoritmos de las diferentes sociedades científicas (AEBM, SEQC) y publicados en la web del Ministerios de Sanidad en el apartado "Compromiso de la Calidad de las Sociedades Científicas en España" dentro del NO HACER (http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sscc.htm)

- HbA1C: en pacientes diabéticos bien controlados no realizar la determinación más de dos veces al año (AEBM=Asociación Española de Biopatología Médica y Medicina del Laboratorio).
- VitD: no realizar cribado poblacional de déficit de vitamina D, mediante su cuantificación en suero (SEQC= Sociedad Española de Química Clínica y Medicina del Laboratorio).

RESULTADOS

El porcentaje de rechazo de pruebas y el ahorro total que se ha conseguido con esta gestión de la demanda analítica durante 2019 (actualmente se están analizando los datos de 2020 y 2021 de forma conjunta al ser 2020 un año especial por la pandemia de COVID) ha sido el siguiente:

- La determinación de HbA1C en el área sanitaria obtuvo un porcentaje de rechazo por no seguir los protocolos de las sociedades científicas de un 8,1%, lo que ha supuesto un ahorro económico durante el año 2019 de 2.283 euros.
- En cuanto a la vitamina D, el porcentaje de rechazo fue también de un 8%, lo que se tradujo en un ahorro en ese mismo año de 8.604 euros.
- Sólo con al gestión de la demanda de estas dos pruebas se consiguió un ahorro total de 10.887 euros

En cuanto a la gestión de la demanda de la HbA1C la regla en nuestro SIL, que ha permitido cuantificar el porcentaje de rechazo ha sido "NO HACER si determinaciones normales solicitadas en menos de 6 meses y en menos de 3 meses si era de > 7%. Por otro lado, a la vitamina D se le definió un rechazo temporal (NO HACER si existe un valor anterior de menos de 4 meses)

CONCLUSIONES

De estos resultados se deduce que la gestión de la demanda analítica en el Servicio de Análisis Clínicos, debe ser hoy en día, una de las funciones primordiales de los facultativos del Laboratorio Clínico, ya que no hay nada más ineficiente que hacer algo, que no hay que hacer. Este tipo de actuaciones ayuda a la sostenibilidad del sistema y potencia la equidad, ya que estos recursos no consumidos, podrán orientarse a otras necesidades asistenciales.

ID: 305

ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA DURANTE LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ASPECTOS COMUNES

AUTORES: Raquel Ruiz Páez[1]; M Canto[2]; MJ Durá Jiménez[3]; I Fernández Jiménez[4]; C Varela Rodríguez[5]
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Infanta Leonor[14]; Hospital Central de la Cruz Roja[2]; Hospital Universitario 12 de Octubre[35]

JUSTIFICACION

El Análisis de Causas Raíz (ACR) es un método que identifica y estudia las causas o factores del sistema implicados en el desarrollo de un fallo durante la práctica clínica. Las transfusiones sanguíneas y la administración de la medicación son dos procesos fuertemente regulados y con numerosos puntos en común, lo cual facilita su estudio conjunto. Analizar los errores de ambos procesos ayuda a poner medidas correctivas efectivas como paso fundamental en la mejora de la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Estudiar los ACR relacionados con errores de transfusión de productos sanguíneos y errores de administración de medicación para identificar la existencia de causas comunes y medidas de mejora conjuntas y/o similares.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los ACR relacionados con errores de transfusión de productos sanguíneos y de administración de medicación. Se han analizado todos los ACR ocurridos en un hospital de alta complejidad desde el año 2006 hasta el 2020, siendo un total de 13 ACR de errores de transfusión de productos sanguíneos y 11 ACR de errores de medicación.

RESULTADOS

El 18% de los 13 ACR de errores de transfusión y el 46% de los 11 ACR de errores de medicación han tenido lugar en los últimos 3 años. El 45% de los errores de transfusión ocurrieron en un servicio médico-quirúrgico y el 54% de los errores de medicación en un servicio médico. En cuanto al turno, el 60% de los errores de transfusión y el 76% de los errores de medicación ocurrieron en turno de tarde o noche.

Al analizar las causas raíz se identifican aspectos comunes, como la sobrecarga asistencial, el incumplimiento de protocolos o mala comunicación entre los profesionales sanitarios entre otras.

En todos eventos centinela fallaron las barreras, siendo la principal la comprobación de la identidad del paciente y de la indicación del producto, y también falta de liderazgo y protocolización deficitaria.

En cuanto a las medidas de mejora mayoritariamente se centraron en la formación del personal, actualización de protocolos, mejora de la comunicación durante el proceso asistencial y realización de verificaciones.

CONCLUSIONES

En los últimos años, y especialmente desde el 2020, coincidiendo con la pandemia provocada por el COVID-19, ha aumentado la notificación de errores relacionados con la transfusión de productos sanguíneos y de administración de medicación. Un estudio sistematizado de los ACR puede facilitar una visión más global y dar respuesta de una manera más amplia y completa a errores muy frecuentes en la práctica diaria.

ID: 306

LA CREACION DE UN GRUPO PROA EN UN HOSPITAL EVIDENCIA LA NECESIDAD DE PROTOCOLOS EMPIRICOS

AUTORES: FRANCINA LUACES; M TORRES; M LUCERO; P GARCÍA; C DIAZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VITHAS MADRID ARTURO SORIA

JUSTIFICACION

Optimización el uso de los antibióticos en el hospital.

OBJETIVOS

Existen dos objetivos principales

- Incremento de la Seguridad clínica:
  - Evitar la aparición de resistencias.
  - Evitar efectos adversos en el paciente
- Disminuir el coste.

MATERIA Y METODOS

El grupo es pluridisciplinar y lo conforman un facultativo de medicina interna y tres farmacéuticos.

Los medios son la historia clínica electrónica y el mapa de resistencias bacterianas del hospital.

En 2020 se hace un seguimiento de una serie de antibióticos (se seleccionan en función del espectro que cubren, la frecuencia de uso y su coste) los seleccionados son: linezolid, vancomicina, meropenem y amikacina, si surgen nuevos antibióticos al mercado se puede decidir si se seleccionan según dichos criterios.

Se seleccionan los pacientes que llevan estos fármacos y se extraen los datos relevantes el laboratorio de análisis clínicos proporciona los cultivos.

Con todos los datos por paciente el grupo se reúne para estudiar cada caso a través de la historia clínica, evaluando si los antibióticos son apropiados y o adecuados a cultivo asi como en tiempo y forma. En todos los evalúa toda la terapia antimicrobiana del paciente en conjunto

RESULTADOS

Estos son los resultados obtenidos por el grupo.

No hay resultados en el 2º y 3º trimestre ya que debido a la pandemia el hospital solo esta ocupado por pacientes de coronavirus con los que cambia el panorama y deja de ser comparable con la situación habitual del hospital

El TOTAL de PRESCRIPCIONES del 2020 son 147, lo que supone el 100 %, de las cuales EMPIRICO son 79 que supone el 53,74% y DIRIGIDO 68 que supone el 86,08%

TOTAL, PRESCRIPCIONES 2020: 147; dentro de EMPIRICO (79) son APROPIADO (67) que supone el 84,81%%, y PROLONGADO (12) que supone 15,18 %. Dentro de DIRIGIDO (68) son ADECUADO (57) que suponen el 83,82 %; y PROLONGADO (11) que son 16,17 %

Uso de VANCOMICINA en 2020: PROFILAXIS - 18,92%, LECHO - 40,54% y TRATAMIENTO - 40,54%

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que la tendencia es buena pero todavía mejorable sacan las siguientes conclusiones que se definen como aspectos de mejora.

1. Incentivar la toma de cultivos en el Servicio de Urgencias antes de iniciar o rotar el antibiótico
2. Hay que identificar a los profesionales o servicios que hacen un uso prolongado del antibiótico, e instruirles en medicina basada en evidencia.
3. Cada internista e intensivista deben definir en el plan de tratamiento el tiempo de tratamiento según

patología, así como anotar en la historia clínica los días cumplidos.

4. Los internistas por sus conocimientos (no solo referente a espectro de acción o dosis, también en cuanto a necesidad de monitorización) se ofrecen a colaborar con los demás especialistas que prescriban antibióticos de alto espectro.
5. Necesidad de la implementación de protocolos de tratamiento empírico de infecciones más frecuentes según mapa de resistencias local.

ID: 307

INCLUSIÓN DE LA TECNOLOGÍA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA. EL MÉDICO EN CASA E INFORMACIÓN EN LA "PALMA DE LA MANO"

AUTORES: TERESA TRUCHUELO; I MILIAN; D CASTILLO; A DÍEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VITHAS MADRID ARTURO SORIA

JUSTIFICACION

Acercar la tecnología a la atención médica. Satisfacer las demandas de nuestros pacientes gestionando la atención médica no presencial (telefónica o videollamada) para aquellas personas cuyas necesidades sean compatibles con dicha tecnología.

OBJETIVOS

- Reducir los desplazamientos de los pacientes a nuestro centro y realizar la consulta desde cualquier lugar.
- Aprovechar lo experimentado durante el tiempo de pandemia, y evitar aglomeraciones .
- Facilitar al paciente una opción tecnología factible para sus necesidades. APP cita on line .
- Promover el uso de dicho recurso a través de campañas publicitarias para formar a los pacientes
- Formar a los médicos en la utilización de dicha tecnología .
- Utilización de la receta electrónica ofreciéndole al paciente todas las posibilidades.
- Crear la consulta Covid

MATERIA Y METODOS

Para llevar a cabo este proyecto, se ha actualizado la APP de Vithas para que el paciente disponga de toda la información que pueda requerir en la "palma de su mano": resultados de las analíticas, informes de la historia clínica, citas que ha solicitado y pueda acceder cómodamente a la cita on line.

Se les ha proporcionado tablets a los diferentes médicos facilitándoles el acceso haciendo factible la videoconferencia y teléfonos directos en la consulta la consulta telefónica.

El paciente, cuando accede a la APP y selecciona el médico que quiere que le atienda, especifica cómo desea la consulta/revisión si presencial o no presencial, mostrándole un mensaje posteriormente en el que se le recuerda que la consulta puede ser por video llamada o a través de llamada telefónica.

Las citas le llegan al personal de admisión que es el que gestiona las citas de los profesionales.

Para valorar la eficacia del proyecto, se han comparado las cifras de las citas gestionadas en los meses de enero a mayo del año 2019 y los meses de enero a mayo del año 2021, puesto que el año 2020 no aporta datos concluyentes, ya que se paralizaron las consultas a causa de la COVID.

RESULTADOS

- Nº de citas primer Trimestre del año 2019 total de citas 14317.
- Nº de citas presenciales primer Trimestre 2021 y nº de citas no presenciales 2021 total 15995. El número de citas no presenciales ha sido de 9344 que son un 58,41%
- Fidelización de los pacientes de las consultas externas 2019 a través del NPS (net prometer score) pregunta de la encuesta si nos recomendaría a sus familiares y amigos.
- Año 2019 Valor NPS = 37. Valor de NPS del año 2021 para el mismo periodo NPS= 50
- Grado de satisfacción 1 cuatrimestre del 2019 81,9.
- Grado de satisfacción en el 1 Cuatrimestre del 2021 83,4

CONCLUSIONES

La metodología utilizada para acercar a los pacientes a las nuevas tecnologías ha sido muy positiva y muy bien acogida. Se ha disminuido el número de personas en las salas de espera de aquellos médicos que tienen habilitada la consulta no presencia, haciendo que los pacientes recomienden nuestros servicios a sus familiares y amigos. También se ha aumentado la satisfacción de nuestros clientes

PORQUÉ SOMOS PROACIVOS Y NO REACTIVOS?

AUTORES: Yolanda Caules Ticoulat; T Canela Armengol; E Martínez Jiménez
CENTRO DE TRABAJO: Cap Sarró Roset

JUSTIFICACION

Durante la pandemia han disminuido el número de notificaciones de incidentes, suponemos que por la sobrecarga y los cambios constantes que nos han generado incertidumbre y un aumento de la variabilidad entre los profesionales. En cambio hemos continuado con nuestras estrategias proactivas, check list del box urgencias, cadena del frío e incluso ampliamos con control y seguimiento stock material covid y plan de contingencia.

OBJETIVOS

Analizar incidentes 2020

Comprar estrategias proactivas y reactivas de nuestro centro

MATERIA Y METODOS

Tenemos dos aplicaciones una para notificaciones Tpsc-cloud y otra para estrategias proactivas mediante listados de verificación herramienta posp de las que hemos obtenido los datos

RESULTADOS

Durante 2020 número de incidentes fue 45 en 2019 131 En durante enero/febrero 16 (35,6%) antes de la pandemia.

Tipo de incidentes estuvieron relacionados con documentación y procedimientos,

Lugar de notificacion fue la consulta.

Por lo que se refiere al riesgo fue bajo en un 81 %

Por lo que respecta a la proactivitat, en

2020 teniamos planificados 3287 listados de verificación de los que realizamos 3246, un 98.72% si comparamos con 2019 fue 98.85%, a penas sin diferencia.

Hemos disminuido a más de la mitad las notificaciones durante 2020 respecto 2019 y en cambio hemos realizado todos los check list de control box urgencias, cadena frío, control consulta, control almacén material fungible y fármacos...

CONCLUSIONES

Podemos observar que han disminuido el número de notificaciones durante la pandemia, un 35% de ellas se realizaron en dos primeros meses.Suponemos que con la sobrecarga de trabajo y los cambios organizativos y la incertidumbre notificar nos supuso un esfuerzo, lo teníamos en mente pero no encontramos el tiempo.

Si observamos el tipo de incidentes cambio de gestión administrativa a documentación y procedimientos. Des de 2010 nuestra dirección de atención primaria está trabajando en disminuir la variabilidad de los profesionales con la elaboración de procedimientos por equipos de mejora. Con pandemia hubo cambios constantes y protocolos y procedimientos nuevos que cambiaban Semana a semana, lo que originó un aumento de los incidentes en documentación y procedimientos.

En cambio hemos seguido realizando los listados de verificación, los tenemos más integrados y consolidados en nuestro dia a día y forma parte de nuestra rutina de trabajo.

Creemos que deberíamos tener un espacio al final de nuestra jornada para reflexionar y llegar a consolidar las notificaciones en nuestro día dia cómo los listados de verificación.

ID: 309

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO COVID-19 EN UN SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

AUTORES: MARIA DOLORES DE LAS PEÑAS CABRERA; PM SAMPER OTS; S PAYANO HERNÁNDEZ; J ZAPATERO ORTUÑO; S SATRE GALLEGO; E AMAYA ESCOBAR.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL REY JUAN CARLOS

JUSTIFICACION

Desde que el 11 de marzo de 2020, la OMS declaró la pandemia por SARS-CoV-2, se temía la repercusión asistencial en los cuidados y tratamientos de pacientes oncológicos. Todas las sociedades científicas, la SEOR, la ESTRO, la ASTRO, y otras como la NICE NG-162, emitieron unas recomendaciones para el manejo, prevención y control del COVID-19 en los servicios de Oncología Radioterápica (ONRT). Elaboramos un protocolo de actuación siguiendo estas recomendaciones y las directrices del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social español.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la implementación del protocolo covid-19 desde abril 2020 a abril de 2021, minimizando el riesgo de transmisión durante el tratamiento radioterápico de los pacientes y del personal.

MATERIA Y METODOS

Incluimos los pacientes tratados en nuestro servicio de ONCORT en esa fecha. Valoramos los infectados por COVID-19, antes, durante el tratamiento y su evolución. Además, los contagios en el staff.

RESULTADOS

Entre marzo de 2019 hasta marzo de 2020, se trataron 779 pacientes en nuestro servicio. De abril de 2020 a abril de 2021, 871 pacientes, un incremento del 10.56%. Se diagnosticaron 17 pacientes (1.95%) con PCR +. Sexo: 8 varones, 47.05% y 9 mujeres, 52.54%. Localización: Mama, 5 pacientes, 29.41%; recto 3, 17.64%; ORL, 3, 17.64%; 2 próstatas, 11.76%; 1 colangiocarcinoma, 5.88%; 1 glioblastoma multiforme; 1 linfoma y 1 pulmón con metástasis cerebrales. Edad media: 65.35 años (R 38-93). Grupos de edad: < 50 años: 11.76%; 50-59 años, 23.52%; 60-69 años, 17.49%; â‰¥ 70 años, 47.05%. Diagnosticamos covid -19, antes de iniciar tratamiento, 8 pacientes 47.05%: no iniciaron tratamiento 3 (17.64% y 5, lo han completado, 29.41%. Durante el tratamiento: 9 pacientes. 2 fallecieron por covid, y 7 completaron el tratamiento. Evolución de la infección: Fallecidos, 4, un 23.52%, todos > 65 años (66-93). Asintomáticos: 5, 29.41% e ingresados, con neumonía bilateral, 8 pacientes, 47.05%. El 76.5% completaron su tratamiento. No hubo contagios entre pacientes. Los miembros del staff: 21. Solo un brote, al inicio de la pandemia de 1, que contagió a 2 personas,1 con clínica de neumonía bilateral en domicilio, y 1, asintomático: 14.28%. Se detectaron por determinación de Anticuerpos desde salud laboral: 2 asintomáticos, el mencionado y 1 más. Un contagio social.

CONCLUSIONES

Durante la pandemia, hemos aumentado el nº de pacientes tratados, un 10.56%. Se han contagiado, el 1.95%, más alto que la población española, < 1% y similar al de pacientes oncológicos en los servicios de ONRT de nuestra CCAA, 2.2%. Edad media similar: â‰¥ 65 años. Mortalidad de 23.52% de los pacientes contagiados, más alta que la población general, pero similares a las ya publicadas. El ser un paciente oncológico es un factor de riesgo para infectarse del covid 19 y con mortalidad más alta. El plan covid 19, ha permitido aumentar la actividad, con seguridad y protección de pacientes y del staff.

ID: 310

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE PACIENTES COVID EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: CATALINA SUSO ESTIVALEZ; MP MARTIN FORTEA; JA IBAÑEZ PEREZ DE VIÑASPRE; A CUADRADO GONZALEZ; L MARTINEZ GONZALEZ; DL MORILLO VANEGAS.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL ERNEST LLUCH

JUSTIFICACION

Elaborar un documento de manejo clínico multidisciplinar, para la asistencia homogeneizada y de calidad, en un hospital comarcal sin servicios de apoyo como UCI o infecciosas, donde el criterio individual de cada profesional se vea apoyado y homogeneizado por las últimas guías disponibles

OBJETIVOS

1. Proporcionar un documento de manejo clínico multidisciplinar, para la asistencia homogeneizada y de calidad de los pacientes infectados por SARS-CoV-2, en un hospital comarcal. Implicación de todos los especialistas médicos que intervienen de forma directa o indirecta en la asistencia de estos pacientes.
2. Reflejar los distintos escenarios clínicos y su manejo más óptimo según las últimas evidencias
3. Revisión y actualización según las últimas guías clínicas

MATERIA Y METODOS

Se reunió a un grupo multidisciplinar de facultativos y de enfermería, involucrados de forma directa o indirecta en la atención a los pacientes COVID, para la elaboración de un protocolo de manejo clínico de los pacientes ingresados en el hospital. El documento debe estar basado en las últimas guías oficiales disponibles y recoger los siguientes escenarios: ingreso por urgencias, estancia en planta, estancia en CMA (terapia respiratoria de soporte) y manejo de cara al alta, bien a domicilio o a residencia. Nuestro hospital es comarcal con una población de referencia rural, con los problemas sociales asociados, y con importantes limitaciones, como no disponer de servicios de infecciosas, o UCI.

RESULTADOS

Se elaboró un documento que incluye los distintos escenarios en el hospital, desde que el paciente ingresa desde urgencias hasta su alta a domicilio o residencia. Se incluyen las opciones con empeoramiento clínico, paso a terapias de alto flujo o derivación a UCI. Se organiza su ubicación y aislamiento dependiendo de si se trata de una sospecha, contacto estrecho o bien, caso confirmado. Por parte de enfermería se han realizado unas normas generales de atención al paciente y a familiares.

Se han consensuado con servicios de apoyo (laboratorio, microbiología, radiología) la solicitud de pruebas más convenientes. Además de revisar los tratamientos farmacológicos disponibles, se han añadido otros tipos de terapéutica (rehabilitación, nutrición, psiquiátrico). En caso de mala evolución se contempla el circuito necesario para la derivación del paciente a la UCI.

Para evaluar el protocolo se analizarán el número de revisiones en base a actualizaciones del SALUD (objetivo >80%) y el porcentaje de personal (médicos y enfermeras) de unidades COVID que han recibido formación teórica relativa a este documento.

CONCLUSIONES

Un hospital comarcal atiende al entorno rural y se encuentra con importantes limitaciones, como no contar con un servicio de infecciosas o cuidados intensivos. La elaboración de un protocolo válido para todas las especialidades ayuda a la asistencia médica diaria y permite una revisión sistemática y rápida de toda evidencia disponible.

ID: 311

PROTOCOLO DE TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULAS NASALES EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR SARS-COV-2 EN UN H. COMARCAL

AUTORES: CATALINA SUSO ESTIVALEZ; JA IBAÑEZ PEREZ DE VIÑASPRE; MP MARTIN FORTEA; A CUADRADO GONZALEZ; M ORTIZ ENCISO; JA GRAJEDA JUAREZ.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL ERNEST LLUCH

JUSTIFICACION

En un hospital comarcal donde no existe servicio de Intensivos, es importante dar una terapia respiratoria intermedia, para evitar la intubación orotraqueal, colapsar el sistema y evitar las complicaciones derivadas de ingreso en UCI. Montar una unidad de respiratorios intermedios conlleva unas necesidades materiales y no materiales, incluida formación. Evaluar el impacto de un protocolo es necesario para optar a mejoras,

OBJETIVOS

1. Implementar protocolo de manejo de pacientes subsidiarios de manejo con terapia de alto flujo.
2. Establecer indicaciones para pacientes con riesgo de presentar insuficiencia respiratoria.
3. Proporcionar una guía de referencia para el manejo de pacientes semicríticos en un hospital donde no existe unidad de cuidados intensivos.
4. Cuidados de enfermería necesarios en dicha área.
5. Evaluación del protocolo.

MATERIA Y METODOS

La insuficiencia respiratoria que presentan los pacientes COVID-19, es la principal causa de mortalidad y ocupación de camas de intensivos (UCI), con la consiguiente sobrecarga del sistema. Existen varias opciones de soporte respiratorio para pacientes con insuficiencia respiratoria leve o moderada, pudiendo así reducir el número de pacientes que requieren ingresos en UCI. Estas medidas provocan aerosolización y por ello transmisión nosocomial, esto obliga a diseñar circuitos y montajes que la reduzcan, para seguridad de los profesionales. Se realizó un protocolo donde se revisan las diferentes opciones de soporte ventilatorio no invasivo.

RESULTADOS

Se han recogido los requisitos personales, materiales y no materiales necesarios para la implantación de esta terapia, las indicaciones para su uso y las medidas para minimizar aerosoles. Se establecieron unos criterios clínicos, y gasométricos para evaluar la mejoría o fracaso de la terapia. El procedimiento para la terapia se recoge en un flujograma, para homogeneizar la atención por todos los especialistas del hospital

Parámetros para evaluar el protocolo:

1. Porcentaje de pacientes sin techo terapéutico, con PAFI < 200, en los que se inicia TAFCN (Objetivo>80%)
2. Porcentaje de pacientes con TAFCN con Índice Rox < 3 a las 2h, < 3'5 a las 6h o < 4 a las 12h en los que se indica intubación endotraqueal inmediata (Objetivo>80%)
3. Porcentaje de personal de Urgencias y hospitalización-CMA (médicos y enfermeras) que han recibido formación teórico-práctica relativa a la TAFCN (Objetivo>80%)
4. Recogida de datos clínicos y gasométricos en las correspondientes hojas de registro para su posterior análisis

CONCLUSIONES

La terapia de alto flujo en cánulas nasales TAFCN es una terapia validada y óptima para los pacientes infectados por COVID-19 con insuficiencia respiratoria leve o moderada, evitando en muchos casos la intubación orotraqueal (IOT) y la ocupación de camas en unidades de cuidados intensivos (UCI). Es importante mantener unas pautas homogéneas de la técnica, por parte del personal médico y de enfermería para posteriormente poder evaluar, mediante parámetros objetivos, el éxito o fracaso de la terapia.

ID: 312

¿A QUE HORA ES MEJOR RETIRAR UNA SONDA VESICAL? EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL SOCIOSANITARIO

AUTORES: EUGENIA SOPENA BERT; S GALLARDO LÓPEZ; D GARCIA LAGUNA; PC CONDOR TENORIO; M ILUNDAIN MARTIN; E FOLCH FERRÉ.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLI

JUSTIFICACION

Una de las preocupaciones de nuestro grupo de trabajo centrado en el estudio y manejo de la sonda vesical, es el elevado número de pacientes portadores, al ingreso en nuestro hospital, de un catéter vesical no permanente o provisional.

Los motivos más habituales de colocación de una sonda vesical son:

- Descompensación aguda de una patología crónica, como la insuficiencia cardiaca
- Intervenciones quirúrgicas urgentes, como la fractura de fémur
- Necesidad de control de la diuresis

En todos los casos, enfermedades agudas y con un tratamiento limitado en el tiempo. El hecho de llevar una sonda vesical también se asocia a la presencia de determinadas complicaciones como las infecciones de orina, la perdida de movilidad y por lo tanto de funcionalidad de la persona; motivo por el cual su retirada precoz debe ser una prioridad en estos pacientes.

OBJETIVOS

Es evidente que la retirada precoz de la sonda vesical en estos pacientes es una prioridad, pero a qué hora es mejor retirar la sonda vesical, es un dato controvertido en la literatura. Una de las principales complicaciones al retirar la sonda vesical es la retención aguda de orina que nos obliga a la recolocación de nuevo de la sonda.

Nosotros pensamos que la hora de retirada es un factor importante para evitar complicaciones y nuevos re sondajes, es por este motivo que hemos decidido hacer estudio donde se registre la hora de retirada de la sonda y la presencia de complicaciones.

MATERIA Y METODOS

Hemos registrado todas las sondas vesicales retiradas durante un mes en las diferentes unidades funcionales de nuestro hospital sociosanitario (orto geriatría subagudos, convalecencia y paliativos).

Nuestro hospital tiene 156 camas y nuestros pacientes son ancianos, de más de 65 años, frágiles, con pluripatología, limitación funcional y la mayoría de ellos con deterioro cognitivo.

Las variables recogidas son: edad, sexo, tipo de sonda, unidad funcional, hora de retirada y re sondaje.

RESULTADOS

Durante 1 mes hemos retirado un total de 24 sondas vesicales no permanentes; 10 sondas en la unidad de orto geriatría, 8 sondas en subagudos, 4 en convalecencia y 2 en paliativos.

En relación al sexo; 18 eran mujeres (75%) y 6 eran varones (25%) con una edad media de 82 años.

Tipología: 18 de las sondas retiradas eran Foley, 2 eran de látex y 4 de silicona.

De las 24 sondas vesicales, 18 se retiraron por la noche, al acostar al paciente y 6 se retiraron durante la mañana. El porcentaje de re sondaje fue del 3% en las sondas retiradas durante la noche versus el 33% de las sondas retiradas durante la mañana.

CONCLUSIONES

Retirar la sonda vesical durante la noche, al acostar al paciente, no solo ha disminuido de forma notable el porcentaje de re sondajes (3% vs 33%), sino que también ha mejorado la calidad del paciente y del profesional durante este proceso ya que no es necesario forzar la ingesta hídrica y habitualmente al confluir factores fisiológicos, anatómicos y gravitatorios favorecen la micción espontánea al levantar al paciente, por la mañana.

ID: 313

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA MEDIANTE PATOLOGÍA DIGITAL: ANÁLISIS DE EFICIENCIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: Virginia De Lucas López; E Barrera Antoniolli; B Martin Alcántara; A Pardo Ortiz; A Cazorla Jiménez; F Rojo Todo.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

JUSTIFICACION

La Anatomía Patológica está inmersa en una auténtica transformación digital gracias a la disponibilidad de equipos de imagen de alta capacidad y de recursos informáticos de gestión y apoyo en el proceso diagnóstico.

Presentamos el proyecto de digitalización integral en red de los servicios de Anatomía Patológica de cuatro hospitales públicos y su impacto en la seguridad y en la eficiencia de los procedimientos diagnósticos asistenciales de esta especialidad.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo principal es demostrar el impacto de la transformación digital en Anatomía Patológica en la sostenibilidad del sistema sanitario y en la mejora la salud y calidad de vida de los ciudadanos.

Como objetivos secundarios; medir el efecto de la digitalización en la tasa de eventos adversos en la actividad asistencial diagnóstica de Anatomía Patológica en los cuatro centros y establecer el incremento de la eficiencia de una aproximación diagnóstica en un entorno digital frente a una estrategia convencional.

MATERIA Y METODOS

Se lleva a cabo un análisis comparativo del número de casos recibidos en 2017 frente a 2019, analizando tiempos de respuesta y gestión de recursos tanto económicos como materiales.

Del mismo modo se analizará el impacto en el número de efectos adversos identificados así como un análisis del coste de la infraestructura.

RESULTADOS

En el primer trimestre de 2019 el nivel de digitalización alcanzó el 100% en los cuatro centros, momento a partir del cual se comienza a medir el beneficio para el paciente en términos de tiempos de respuesta. Se compara con 2017, año convencional sin digitalización, demostrándose no sólo una reducción en sus tiempos de respuesta de aproximadamente 3 días, llegando incluso a la mitad en algunas patologías, sino un incremento en el número de diagnósticos de aproximadamente el 25% con el mismo personal.

Los efectos adversos detectados sufren una caída, quedando al 0% en las fases analíticas y post analíticas, evitando todos los errores de identificaciones gracias a la automatización

CONCLUSIONES

El diagnóstico en Anatomía Patológica mediante imagen digital se ha traducido en una mejora de los procesos asistenciales, con un incremento en la eficiencia y en la seguridad de la actividad clínica, de alto valor en patologías estratégicas como el cáncer.

La incorporación de nuevas herramientas digitales en el diagnóstico abre oportunidades inmediatas de colaboración entre especialistas en tiempo real y de incorporación de herramientas de patología computacional e inteligencia artificial.

ID: 314

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL USO DE LA HERRAMIENTA SBAR EN LA TRANSFERENCIA BIDIRECCIONAL DEL PACIENTE.

AUTORES: José Martín Rodríguez[1]; MD Meroño Rivera[2]; MT Roldán Chicano[3]; R Bel Cegarra[4]; JA Sánchez-Castañol Conesa[5]; M Martín Rodríguez[6].
CENTRO DE TRABAJO: HGU Santa Lucía[12345]; HGU Los Arcos del Mar Menor[6]

JUSTIFICACION

La seguridad del paciente es una de los hechos que más preocupan a las organizaciones sanitarias en el reto de mejorar la calidad asistencial. Son varios los itinerarios conformados para implementar programas de mejora, como: programas de prevención de caídas, de verificación quirúrgica, ...

No obstante, los profesionales sanitarios seguimos manteniendo un reto: el de realizar una adecuada transferencia bidireccional de los pacientes. En este sentido, es necesario indicar que los problemas que surgen en torno a esa transferencia, se constituyen como una de las principales causas de eventos adversos que pueden surgir durante la actividad asistencial.

El Ministerio de Sanidad, en su Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud en el quinquenio 2015-2020, incluyó en la Línea estratégica nº2, la recomendación de una comunicación efectiva como práctica que contribuye a prevenir eventos adversos evitables.

Sánchez Upegui (2010), considera que los procesos de comunicación efectivos deben de ser estructurados y sistematizados. Entre los métodos que actualmente utilizamos los profesionales sanitarios como medio de comunicación efectiva destaca el método SBAR; técnica de comunicación, que implementada por la Armada estadounidense, empezó a utilizarse en el ámbito sanitario a finales del pasado siglo.

OBJETIVOS

Sintetizar la evidencia posible sobre el impacto de la implementación de este método estructurado de comunicación (SBAR), en la seguridad del paciente.

MATERIA Y METODOS

El diseño de la revisión respondió a su finalidad pragmática. Se realizó una revisión de los artículos publicados desde 1990 en castellano, inglés o portugués sobre utilización método SBAR en el ámbito sanitario.

Posteriormente, se realizó una búsqueda de páginas web para identificar posibles estudios no publicados en revistas sanitarias indexadas pero que hubieran sido reseñados en Internet.

Se realizó una búsqueda de la literatura en la Biblioteca Cochrane, CINAHL, CUIDEN, CUIDEN PLUS, WEB OF SCIENCE, PUBMED, PsycINFO y LILACS publicada desde enero de 2000 a diciembre de 2020 y se complementó con búsquedas manuales. Los términos que se utilizaron fueron: SBAR, comunicación, transferencia de información, seguridad del paciente y profesional sanitario.

Se incluyeron aquellos estudios que examinaban el desarrollo de la comunicación entre profesionales, así como la aplicación y los beneficios de las herramientas estandarizadas.

RESULTADOS

En estos veinte años ha habido un discreto aumento en el número de artículos sobre esta temática.

Se encontraron 83 artículos: 37 han sido catalogados como relevantes y 46 fueron excluidos; 28 por incumplir los criterios de inclusión y 18 por no ajustarse a la estrategias de búsqueda inicialmente fijada.

CONCLUSIONES

Esta revisión encontró evidencia moderada de una mejor seguridad del paciente a través de la implementación del modelo SBAR, pudiéndose deducir una mejora del proceso de transferencia bidireccional entre profesionales sanitarios durante su actividad asistencial.

ID: 315

ANÁLISIS POST-IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES COVID-19 EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

AUTORES: NICOLÁS ROSILLO RAMÍREZ[1]; A MORANO VÁZQUEZ[2]; A BRANDINI ROMERSI[3]; A CADENAS MANCEÑIDO[4]; LS FALCÓN LLAMOSAS[5]; C VARELA RODRÍGUEZ[6].
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE[1356]; HOSPITAL DE TOLEDO[2]

JUSTIFICACION

Durante las fases epidémicas de una enfermedad emergente, es fundamental identificar y caracterizar adecuadamente a los pacientes que solicitan atención sanitaria, con un doble objetivo: establecer circuitos diferenciados para evitar contagios y permitir la extracción de datos para realizar tareas de vigilancia epidemiológica y gestión de pacientes.

OBJETIVOS

Evaluar el desempeño de un sistema de alertas integrado en la Historia Clínica Electrónica (HCE) en un hospital de tercer nivel para la identificación y clasificación de pacientes con COVID-19.

MATERIA Y METODOS

Se obtuvieron datos de la HCE de los pacientes ingresados del 8 de marzo de 2020 al 18 de febrero de 2021. Se extrajeron variables sociodemográficas (edad, sexo, fecha de éxitus) por paciente, así como las siguientes alertas de caso en dicho periodo: confirmado, sospechoso/en investigación, probable/diagnóstico clínico, descartado e infección resuelta. Se analizaron 4 periodos: del 8 de marzo al 11 de mayo de 2020 (primera fase epidémica), del 12 de mayo al 19 de julio de 2020 (fase interperiodos), del 20 de julio al 30 de noviembre de 2020 (segunda fase) y del 1 de enero del 2020 al 18 de febrero del 2021 (tercera fase). Se ordenaron cronológicamente las alertas para cada paciente, y se categorizaron de la siguiente forma: lógica de alta calidad (LAC), lógica de baja calidad (LBC) e ilógica (SI), con criterios previamente definidos por los investigadores. Se analizaron los autores de las alertas (automáticas tras PCR o test rápido positivo, activadas por personal de Medicina Preventiva y activadas por otros profesionales).

RESULTADOS

Durante la serie, se activaron las siguientes alertas de caso: 8.999 confirmados, 4.970 sospechosos/en investigación, 1.322 probables/diagnóstico clínico, 12.438 descartados y 393 de infección resuelta. El 96% de los pacientes presentaron secuencias LAC, el 3,1% LBC y el 0,9% ilógicas. Se observó un aumento de las LAC a lo largo del tiempo durante las fases pandémicas (1ª:75,8%, 2ª:61,1%, 3ª:93,4%, 4ª:96,8%), junto con un descenso de las ilógicas (1ª: 2%, 2ª: 0,2%, 3ª: 0,8%, 4ª: 0,8%). El 33% de las alertas fueron automáticas, el 45,3% activadas por Medicina Preventiva y el 21,7% por el resto de profesionales. En el segundo periodo (verano de 2020) se observa un mayor peso de las alertas activadas por Medicina preventiva (87,8%). Se observa mayor presencia de las alertas automáticas durante las fases pandémicas, aumentando progresivamente durante la serie (1ª:42,1%, 2ª:2,4%, 3ª:42,5%, 4ª:52,3%).

CONCLUSIONES

El uso de un sistema de clasificación de casos COVID-19 en la HCE ha facilitado el establecimiento de circuitos y la seguridad de los pacientes ingresados durante la pandemia, así como el establecimiento de una cohorte de pacientes con importantes implicaciones en vigilancia epidemiológica. El uso de automatismos ha hecho más eficiente el sistema, aunque para garantizar su funcionamiento ha sido precisa una estrecha monitorización del mismo por los profesionales de Medicina Preventiva.

ID: 316

EL MÉTODO AMFE Y LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNA ASOCIACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA

AUTORES: CHRISTINE GIESEN[1]; C AGUILAR ROMERO[2]; JA GONZÁLEZ MARTÍN[3]; CM NAVARRO CAMPOS[4]; R RUÍZ MONTERO[5]; N ROSILLO RAMÍREZ[6].

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL INFANTA SOFÍA[125]; HOSPITAL DE CRUCES[3]; HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET[4]; HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE[6].

JUSTIFICACION

Las asociaciones de médicas internas residentes (MIR) tienen como objetivo representar y defender los intereses de las integrantes de su especialidad. Las situaciones de alta incertidumbre y elevada carga asistencial, como la ocasionada por la COVID-19, pueden tener impacto en su funcionamiento adecuado.

OBJETIVOS

El propósito de este trabajo es mejorar el proceso de gestión y funcionamiento de una asociación residentes de medicina, resentido por el impacto de la COVID-19

MATERIA Y METODOS

Se constituyó un grupo focal con reuniones periódicas según una adaptación del método de Análisis Modal de Fallos y Efectos. Se emplearon dinámicas de lluvia de ideas y posterior discusión de las cuestiones planteadas. Participaron 9 médicas (un médico especialista en MPySP y 8 residentes de la misma especialidad, todas ellas socias de la asociación) de ámbito nacional.

RESULTADOS

Se realizaron 5 reuniones, donde se identificaron 38 fallos con 79 posibles causas distribuidos en 9 categorías de actividades. Se consideraron prioritarias 44, relacionadas en su mayor parte con la gestión documental y la coordinación interna de organización, la formación de las residentes y la baja participación de las mismas en las actividades preparadas por la Asociación. Se describieron frecuentes causas relacionadas con la organización interna: ausencia de responsables establecidos y de un Reglamento de Organización Interna, heterogeneidad en la forma de actuar y ausencia de documentos normalizados. Los problemas de formación se relacionaron con la ausencia de incentivos, el síndrome del impostor y la elevada carga de trabajo de las residentes. La falta de participación se asoció con el impacto de la COVID-19 en el trabajo diario de las residentes, a las dificultades de comunicación entre la Junta Ejecutiva y las asociadas y a la falta de actividades periódicas. Se propusieron 85 acciones de mejora para las 44 causas consideradas prioritarias, siendo incorporadas como líneas estratégicas en un grupo de trabajo encargado de la redacción de un Reglamento de Organización Interna (ROI).

CONCLUSIONES

La metodología AMFE es una herramienta sistemática útil en el proceso de detección de errores y mejora de la gestión y funcionamiento de las actividades de una organización. Se identificaron fallos a nivel de la comunicación con los asociados, la gestión documental, la coordinación interna y el compromiso con las actividades llevadas a cabo. La pandemia de COVID-19 fue señalada como una causa frecuente de fallo a distintos niveles. La aplicación de esta metodología permite establecer líneas concretas dentro del plan estratégico de una organización.

ID: 317

CUSTODIA DE PERTENENCIA Y ENTREGA DE ENSERES DE PACIENTES

AUTORES: RICARDO JOSÉ SALTO GÓMEZ; MC DEL ÁLAMO SOTO; JM CERVERA GARCÍA; M CALVO SÁEZ; FJ SOTO BONEL; PL IZQUIERDO DOYÁGÜEZ.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

JUSTIFICACION

Desde 2015 hemos implementado una sistemática para solucionar el trasiego de pertenencias de pacientes que vienen sin acompañamiento. Pues bien, debido a la situación de pandemia y dado que no se permite la libre entrada de familiares al centro, hemos detectado otra oportunidad de mejora: ampliar este servicio a la entrega de objetos y enseres que traen los familiares a los pacientes ingresados.

OBJETIVOS

Seguir manteniendo sus condiciones de seguridad, confort y satisfacción, a pesar de la situación de pandemia, implementando un servicio organizado y documentado para traslado y entrega de los complementos y pertenencias que traen los familiares para los pacientes, desde la puerta de entrada del centro hasta sus habitaciones.

Asimismo, con esta medida el hospital conocerá mejor las necesidades del paciente hospitalizado y podrá valorar, si procede, medidas de mayor confortabilidad. Además, habrá un efectivo control de afluencia de familiares, tan necesario dadas las circunstancias.

MATERIA Y METODOS

- Elaboración de una guía de actuación, registros y materiales para estas situaciones.
- Creación de una base de datos detallada que permita la explotación de datos de los registros de entrega.
- Definir las responsabilidades de los celadores y mandos intermedios para garantizar esta actividad, que se realiza durante cualquier hora del día.

RESULTADOS

- En el periodo 2015-2019, se realizaron 778 servicios de recogida de pertenencias. Sólo en 2020, han sido 1.489 (y a 1 de junio de 2021, llevamos 941).
- En cuanto a las subidas de enseres a las habitaciones, de enero a mayo de 2021 se han realizado 2.620 (817 por día). Hemos detectado que de 70 tipos de pertenencias registrados, los mayores porcentajes de enseres entregados son, de forma decreciente: zapatillas, neceseres, cargadores, dinero suelto y lectura.
- Desde 2015-2020, han disminuido las reclamaciones patrimoniales al hospital por pérdida de pertenencias en un 85 %.

CONCLUSIONES

- Seguimos incrementando el servicio de traslado de pertenencias en todo el hospital (acción muy apreciada por los usuarios), destacando su impacto en Urgencias, cirugías menores ambulatorias, Unidad de Recuperación Post Anestésica y habitaciones de hospitalización de cirugía.
- Se han evitado pérdidas patrimoniales involuntarias debidas al trasiego diario.
- También dobles paseos y traslados innecesarios, optimizando las tareas de los profesionales.
- Se ha controlado el acceso de familiares y de envíos de operadores como Glovo, Amazon, etc., que han tenido una modesta aparición e incidencia desde la situación de pandemia.
- En cuanto a las entregas de enseres, y tras analizar los datos obtenidos, se están valorando por parte de las direcciones acciones encaminadas a cubrir las necesidades de los usuarios.

ID: 318

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA IMPARTIDA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA RICA

AUTORES: B UGARTE SIERRA; A OUTÓN GUERRERO; S POSTIGO MORALES; E CASTAÑAR GARCÍA; L FUENTE CASTAÑOS; FJ IBÁÑEZ AGUIRRE.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GALDAKAO

JUSTIFICACION

De cara a la implementación de protocolos hospitalarios enmarcados en las sugerencias de la Vía RICA abogando así por unos correctos cuidados perioperatorios y con el fin de minimizar eventos adversos, un paso fundamental y primordial es la correcta formación del personal de enfermería que estará en gran parte implicado en llevarlos a cabo. Medir la satisfacción de esta formación es una manera de encontrar debilidades del proceso formativo y subsanarlas.

OBJETIVOS

Medir el nivel de satisfacción del personal de enfermería y auxiliares que ha acudido a las diferentes sesiones formativas en recuperación intensificada impartidas por el equipo implementador de la Vía RICA en cirugía general a nivel hospitalario en nuestro centro

MATERIA Y METODOS

Se han desarrollado en una primera fase, 4 sesiones formativas incluyendo tanto al personal dedicado a la atención en consultas externas como en la planta de hospitalización de cirugía general.

La formación constaba de una jornada de 4 horas dividida en una primera parte teórica en la que se instruía sobre la prehabilitación trimodal, protocolos de rehabilitación multimodal instaurados en el servicio, la distribución de las labores específicas de cada estamento desde consultas externas hasta el alta del paciente en de la planta de hospitalización y la trascendencia de la coordinación de las actuaciones de todo el equipo para el correcto cuidado de nuestros pacientes.

En una segunda parte de la jornada, desarrollamos una serie de ejemplos prácticos de la labor llevada a cabo por enfermería y auxilares desde el inicio del proceso hasta su fin, para homogenizar la atención tanto en consultas como en planta, recomendaciones para el paciente previas a la cirugía y al alta prerredactadas.

Para la evaluación del nivel de satisfacción de estas jornadas, se diseñaron unas encuestas con el departamento de formación continuada del hospital en las que se medían diferentes ítems.

RESULTADOS

Se realizaron 4 sesiones, a las que acudieron un total de 52 alumnas. A cada ítem se les daba una puntuación entre 0 y 10 siendo 0 la máxima insatisfacción y 10 la máxima satisfacción.

En términos generales, la evaluación global del curso fue de 8,6775, mostrándose puntuaciones por encima de 9 puntos en determinados ítems, como por ejemplo en la influencia positiva en la práctica diaria con una puntuación de 9,1475 o en el interés de los contenidos con una puntuación de 9,0675

CONCLUSIONES

La formación continuada de nuestro personal de enfermeria y auxilares es de vital importancia para la implementación de protocolos, la sistematización de la práctica diaria disminuyendo la variabilidad interpersonal y para generar equipos de trabajo multidisciplinares eficientes en el cuidado de nuestros pacientes.

Las encuestas de satisfacción de jornadas formativas nos ayudan a crear un feedback para ajustar las expectativas de asistentes y docentes con los objetivos reales obtenidos y detectar áreas de mejora.

ID: 319

MONITORIZACIÓN DE LA RONDA DE SEGURIDAD EN URGENCIAS

AUTORES: Juana María Marín Martínez[1]; I Vidal-Abarca Gutierrez[2]; D Fernández Beteta[3]; J López-Picazo Ferrer[4]
CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urgencias[1]; Unidad de Calidad Médica[24]; Unidad de Calidad de Enfermería[3]

JUSTIFICACION

Las rondas son visitas planificadas del equipo directivo y los responsables de un determinado servicio al área asistencial para tratar temas de seguridad del paciente. Permite comprobar el compromiso del equipo directivo, los mandos intermedios y, en definitiva, de la organización con la seguridad del paciente, y facilita la mejora continua en seguridad del paciente promoviendo el cambio de cultura dentro de la organización El servicio de urgencias comienza a realizar rondas de Seguridad en el 2019

OBJETIVOS

Monitorización de los diferentes indicadores de la ronda de Seguridad

Evaluar si la pandemia ha generado cambios en los indicadores

Detectar puntos de mejora en la seguridad

MATERIA Y METODOS

Estudio Observacional Descriptivo

La ronda de Seguridad valora 22 indicadores:

4 Identificación: Pulsera identificativa en ambulantes, Pulsera identificativa en salas, Muestras etiquetadas e Historia clínica abierta

7 Retrasos y tiempos inadecuados: Espera para triaje, estancia en sala general, estancia en camas, espera para ingreso, demora en validación de analítica, demora informe en pruebas de imagen y demora en especialista

5 Equipos y dispositivos: material de hemodinámica, medicamentos caducados aislamientos, pacientes en pasillo y gestión de residuos

5 Procedimientos Monitorización de signos de alarma. Sepsis. Prevención de caídas y Radiología simple de abdomen inadecuada o dudosa

1 Efectividad: Reconsultas

A los profesionales se les ofrecen sesiones clínicas sobre la puesta en marcha y resultados de las diferentes rondas; y se les hace llegar el informe de los resultado y propuestas tras cada una de ellas

RESULTADOS

Primera Ronda

Cumplen 50% de los indicadores propuestos. Existen problemas estructurales y en el procedimiento de acogida

No cumplen:

- Identificación 2 item por falta de pulsera identificativa
- Retrasos 2 salida de camas y tiempo de ingreso
- Procedimientos: 5 indicadores inadecuados
- Equipos y dispositivos 2 Aislamiento pacientes en lugares inadecuados y enfermos en pasillos

Efectividad adecuado

Segunda Ronda

No cumplen:

- Identificación 1 pulsera en ambulantes
- Retrasos y tiempos 4 salida de pacientes en cama, espera de ingreso, tiempo de triaje y retraso en pruebas de imagen
- Procedimientos 4 inadecuados. Adecuado prevención de caidas
- Equipos y dispositivos Pacientes en pasillos
- Efectividad no cumple

Tercera Ronda

Identificación cumplen todos

- Retrasos y tiempos 4 inadecuados; salida de pacientes en cama, espera de ingreso, tiempo de triaje y retraso en pruebas de imagen
- Procedimientos inadecuados. Adecuada prevención de caídas y rx simple
- Equipos y dispositivos Pacientes en pasillos
- Efectividad no cumple

CONCLUSIONES

Existe una mejora global en seguridad del paciente a pesar de la COVId-19: identificación segura y petición adecuada de rx simple de abdomen.

Persisten problemas estructurales

Han de consensuarse los tiempos de realización de pruebas radiológicas con su servicio

Ha de realizarse un ciclo de mejora sobre los tiempos de triaje

ID: 320

DESARROLLO DE LA APLICACIÓN WEB "CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA" : HERRAMIENTA DE GESTION Y CLINICA

AUTORES: MARIA GIL SEVILLANO; C BARBOSA LOPEZ; P DE LA IGLESIA RODRIGUEZ; R ARROYO APARICIO; G SANCHEZ ANTOLIN; A MONTERO MORENO.
CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Regional de Salud Castilla Y León

JUSTIFICACION

La accesibilidad de los ciudadanos a la atención sanitaria, es fundamental y la transparencia básica para poder elegir. La Cartera de Servicios de Atención Hospitalaria (CSAH) es una herramienta que permite conocer las prestaciones y procedimientos de cada hospital. Su conocimiento permite mejor gestión de las derivaciones de pacientes o estudios precisos de plantilla y perfiles. Nuestra Comunidad autónoma ha revisado la CSAH y su publicación web

OBJETIVOS

Desarrollar una aplicación web que contenga información detallada y actualizada de las prestaciones y procedimientos en el ámbito de la atención hospitalaria, accesible a usuarios y profesionales, que permita búsquedas con distintos criterios y permita actualizaciones automáticas.

MATERIA Y METODOS

Para diseñar los contenidos de la aplicación web, se creó un grupo de trabajo que revisió las CSAH de otras CCAA, y realizó el análisis de la situación asistencial de los hospitales, coordinada con los propios centros y profesionales. Se establecieron Prestaciones y Procedimientos. Los borradores de cada cartera se revisaron en cada hospital, en varias fases, para la inclusión/eliminación/ratificación de los datos. Tras la versión definitiva, se diseñó la estrategia de revisión e incorporación de prestaciones. Para la creación de la aplicación web, se utilizó una herramienta informática diseñada en lenguaje de programación JAVA, a través de la librería de componentes para Java Server Faces (JSF) PRIMEFACES. Esta herramienta utiliza para gestionar la información de las prestaciones y procedimientos hospitalarios una base de datos de tipo objeto-relacional Oracle.

RESULTADOS

Se desarrolló La aplicación web "Cartera de Servicios de Atención Hospitalaria" utilizando formularios sencillos y amigables para el usuario, facilitando su utilización incluso por aquellas personas no familiarizadas con las nuevas tecnologías. Primefaces ha permitido, además, un diseño moderno e innovador, adaptándose a los dispositivos móviles. La aplicación es abierta, accesible para consulta tanto por ciudadanos como por profesionales y gestores y permite realizar de forma dirigida búsquedas según diferentes criterios como: hospital, especialidad, prestación y/o procedimiento. Además es una herramienta viva, actualizable "a tiempo real", para permitir la actualización de nuevas prestaciones/técnicas/tecnologías/procedimientos de forma automatizada, o, en su caso, su eliminación.

CONCLUSIONES

La aplicación web "Cartera de Servicios de Atención Hospitalaria" permite realizar de forma dirigida búsquedas según diferentes criterios, facilitando el acceso a la información de forma sencilla, a ciudadanos, profesionales y gestores. También proporcionará otras funcionalidades avanzadas para profesionales sanitarios, y gestores, permitiendo informar y actualizar de manera inmediata, las incorporaciones o modificaciones de las prestaciones y/o procedimientos de la CSAH.

ID: 321

LOS NUEVOS RIESGOS DE LA CONSULTA PRESENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONVIVIENDO CON LA PANDEMIA, UN NUEVO MAPA DE RIESGOS

AUTORES: Nuria Domínguez Pérez[1]; A Horcas de Frutos[2]; M Castelo Jurado[3]; O Nieto García[4]; AI Pérez Hernández[5]; P Sánchez Delgado[6].
CENTRO DE TRABAJO: Dirección Técnica de Procesos y Calidad.Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud[1]; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Severo Ochoa[2]; CS Federica Montseni, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud[3]; CS Martínez de la Riva, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud[4]; CS Torrelodones, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud[5]; CS San Andrés, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud[6].

JUSTIFICACION

La atención sanitaria se convirtió en un ámbito de incertidumbre con la pandemia de COVID 19; originó cambios organizativos y en la actividad de los centros de salud (CS) tanto en los nuevos procesos relacionados con COVID-19 como en los procesos habituales. La identificación de los posibles fallos críticos evitables mediante un nuevo mapa de riesgos (MR) permite diseñar medidas que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente (SP) atendido en los CS.

OBJETIVOS

General: Elaborar el MR de la atención presencial en los CS para mejorar la SP

Específicos:

- Analizar los riesgos derivados de la actividad presencial incluidos los nuevos surgidos por la pandemia
- Desarrollar recomendaciones de seguridad (RS) dirigidas a los profesionales de los CS

MATERIA Y METODOS

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales técnicos y asistenciales expertos en SP. Se aplicó un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) a cada uno de los subprocesos de la consulta presencial abordados: atención a pacientes COVID en consulta de medicina, pediatría y enfermería y atención a pacientes NO COVID en consulta de medicina y enfermería; se realizaron 5 AMFE. En cada proceso se identificaron sus pasos mediante flujograma, y sus potenciales modos de fallo (MF), con sus causas, gravedad, frecuencia y detectabilidad. Tras puntuar según establece la herramienta, se priorizaron según el Índice de Priorización (IPR) obtenido los MF de mayor riesgo, y se seleccionaron según la factibilidad del abordaje de sus causas. Se elaboraron RS relacionadas con los MF y causas, y finalmente se recogieron en un documento que se difundirá a los profesionales.

RESULTADOS

Se identificaron 154 MF y 526 causas. No se identificó ningún riesgo muy grave y se seleccionaron 98 MF con IPR alto. En los riesgos priorizados se identificaron 25 causas; las interrupciones, la sobrecarga asistencial/falta de tiempo y el olvido de los profesionales fueron causas frecuentemente encontradas en 5 procesos analizados. También aparece el desconocimiento de los procedimientos.

En la atención a COVID, los MF están más relacionados con la inadecuada limpieza del material utilizado y de las zonas en contacto con el paciente, y con la gestión de los residuos.

Se han elaborado RS para los riesgos priorizados valorando la factibilidad de su implantación, como elaborar protocolos o actualizar y mejorar la difusión de los ya existentes, cartelería e infografías para los CS, elaborar mensajes/alertas emergentes y doble verificación de la acción realizada en caso de alto riesgo (sobre todo en momentos de sobrecarga asistencial). Para las interrupciones se ha diseñado un decálogo de buenas prácticas que incluye elaborar un protocolo en el CS que recoja qué interrupciones se admiten y sus canales de comunicación más adecuados.

CONCLUSIONES

Se han identificado los riesgos de la atención presencial en los CS, priorizándose los más altos y elaborándose RS factibles en su implantación que se difundirán a los profesionales de los CS para mejorar la SP.

ID: 322

TITULO: PLAN DE CONTINGENCIA EN TIEMPOS COVID: EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: Cristina de Gádor Barrionuevo Osorio; M Herrera Expósito; M Aznar García; A Martos Rosa; JI Bretones Pedrinaci; MA Castro Vida.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Poniente

JUSTIFICACION

El 30 de enero de 2020 se dictamina que el brote de COVID-19 constituye una emergencia de salud pública internacional. En España el 14 de marzo se aprueba la declaración del estado de alarma y se destaca el papel de los profesionales de la salud pública en su resolución. Surge la necesidad de adecuar planes de contingencia para salvaguardar la asistencia sanitaria.

OBJETIVOS

Evaluar la percepción de los trabajadores del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) de un hospital comarcal acerca del plan de contingencia establecido durante la pandemia para optimizar recursos humanos, proteger la salud del personal y garantizar la continuidad asistencial a los pacientes. Este consistía en dividir al personal laboral en 2 grupos 'burbuja' que trabajaban días alternos a turno completo (8:00 am – 20:00 pm).

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo. Encuesta formada por 13 ítems, anónima y voluntaria. Incluía cuestiones demográficas (edad, sexo y categoría profesional) y dicotómicas con respuesta SI/NO relacionadas con su rutina habitual, conciliación familiar, deporte y disminución de estrés, productividad, protocolo en el cambio de turno, distribución de los equipos y atención al paciente.

RESULTADOS

31 trabajadores. 22 mujeres(70,96%); 11 con edad entre 18-35(35,48%), 14 entre 35-50 (45,16%) y 6 >50(19,36%). Categoría profesional: 17 técnicos(54,84%), 10 farmacéuticos (32,24%), 2 celadores(6,46%) y 2 administrativos(6,46%).

Para 22 de los trabajadores la nueva distribución de los turnos no afectó a su rutina habitual (70,97%). La conciliación familiar se vio afectada para 20 de ellos (66,66%). La práctica deportiva se vio facilitada para 19 de los trabajadores (61,30%). 20 de los profesionales (64,52%) apuntaron que la productividad del servicio no se vio afectada y 14 (45,16%) si notaron que esta disminuía al final de la jornada. 3 de los trabajadores (9,68%) apuntan que la transferencia de información en el cambio de turno no estaba protocolizada y 13 (41,84%) que los grupos no eran equitativos. Los 31 trabajadores expresan que la atención al paciente no se vio afectada. 19 de los trabajadores (61,29%) valoran positivamente el plan de contingencia, 8 de manera negativa (25,81%) y el resto refieren que le es indiferente.

CONCLUSIONES

El plan de contingencia, aunque no afectó a la rutina habitual del personal sí que lo hizo con respecto a la conciliación familiar. Facilitó la práctica deportiva y la reducción del estrés. La productividad del servicio no se vio afectada, pero para muchos de los trabajadores su productividad personal disminuía al final de la jornada. La mayoría coinciden en que la transferencia de información en el cambio de turno estaba protocolizada pero que el personal no estaba distribuido en grupos de manera equitativa. De forma unánime coinciden en que la atención al paciente no se vio afectada en ningún momento y de manera global la mayoría valoran la nueva distribución de horarios de manera positiva.

ID: 323

PROYECTO DE CALIDAD DE EDUCACIÓN MATERNAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVI.

AUTORES: Esther Viñerta Serrano
CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Valdespartera

JUSTIFICACION

Desde que se decretó el estado de alarma en España, a partir del 13 de Marzo de 2020 , muchas actividades que se venían realizando en los Centros de Salud de Atención Primaria fueron eliminadas de manera presencial. Una de estas actividades que se realizaban de forma periódica era la educación grupal en mujeres embarazadas y sus parejas. Se realizaba un programa de educación maternal dirigido a este tipo de población, teniendo en cuenta diferentes áreas temáticas relacionadas con la maternidad, y también realizando un programa de actividad física orientado a la etapa prenatal y postnatal.

Con el cese temporal de este tipo de actividades grupales, desde los Centros de Atención Primaria, el personal implicado en estas tareas, la enfermera especialista en ginecología - obstetricia, tuvo que buscar nuevos escenarios para poder llegar a esta población.

Ante la falta de recursos tecnológicos y medios, en el Centro de Salud de Valdespartera, Zaragoza, se ideó un medio técnico a través de una plataforma educativa, Classroom, donde se pudieran visualizar los contenidos de las clases, vídeos , presentaciones, material de lectura, etc... y se pudiera llegar al máximo de población de la Zona de salud.

OBJETIVOS

- Dar continuidad al programa de educación maternal en el Centro de Salud de Valdespartera.
- Facilitar un medio de comunicación dirigido a población embarazada y sus familias.
- Facilitar información sobre procesos de cuidados en la etapa prenatal y postnatal.
- Informar de diferentes actividades físicas para realizar en la etapa prenatal y postnata.

MATERIA Y METODOS

Material : Se utilizó una búsqueda bibliográfica en páginas oficiales del Ministerio de Sanidad, del Gobierno de Aragón, de la Escuela de Salud del Gobierno de Aragón, de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, de la Sociedad Española de Pediatría, de la Iniciativa de Hospital Amigo de los niños, de la Federación de Asociaciones de matronas de España.

Se descargaron documentos oficiales dirigidos a población , no profesionales, en formato pdf.

Se utilizaron presentaciones en power-point, donde se hacía un relato explicativo de la exposición , grabadas con el programa Screencastify, para posteriormente adjuntar a una cuenta con Drive y añadir a la plataforma Classroom. Se grabaron varios vídeos con ejercicios físicos , después se editaron con un programa video conversor y se le añadió el audio.

Método: inclusión semanal de gestantes a partir de la 28 semanas. Exclusión cuando habían transcurrido 8 semanas.

RESULTADOS

En el Centro de Salud de Valdespartera hay aproximadamente alrededor de 60 gestantes mensuales que se encuentran entre la 28 -37 semanas.

Todas aquellas que acuden a nuestro centro , se les ofrece el programa telemático, se registra su correo y se les manda un enlace con invitación.

El índice de participación es del 90%. Buena acogida entre las usuarias

CONCLUSIONES

Aceptación de Dirección de Enfermería y difusión al resto de los centros del Sector II.> 250 usuarias

ID: 324

CHECK-LIST, GUIÓN Y RECOMENDACIONES PARA UNA CONSULTA TELÉFÓNICA EFECTIVA Y SEGURA

AUTORES: Gerardo Garzón González[1]; A Cañada Dorado[2]; E Clemente Lirola[3]; O Nieto García[4]; C Martín Madrazo[5]; AM Herrero Gil[6].
CENTRO DE TRABAJO: Dirección Tec. Proc y Calidad. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[12]; CS Algete. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[3]; CS Mtnez. de la Riva. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[4]; CS Monovar. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[5]; CS Federica Montseny. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[6].

JUSTIFICACION

El impacto de la pandemia por COVID-19 en la asistencia sanitaria ha generado espontáneamente nuevas formas de organización y de atención a los pacientes.

En Atención Primaria (AP), uno de los cambios más importantes ha sido la implantación mayoritaria de la consulta telefónica, llegando casi a sustituir en algunos momentos a la consulta presencial.

Esta modalidad de consulta se ha implantado bruscamente debido a las excepcionales circunstancias sin tiempo para planificar su implantación, ni para definir su uso ni para la formación y el adestramiento de los profesionales.

Todos estos factores condicionan la efectividad y la seguridad de la atención en esta nueva modalidad de consulta telefónica

OBJETIVOS

Elaborar Recomendaciones para una Consulta Telefónica segura y efectiva, en AP

MATERIA Y METODOS

Un grupo de trabajo de médicos, enfermeras, mandos intermedios y técnicos de calidad de la Gerencia de AP analizó el problema. Se realizó revisión bibliográfica y se hizo discusión en grupo identificándose la necesidad de recomendaciones sobre la consulta telefónica en tres aspectos:

- Recomendaciones generales sobre la consulta telefónica
- Guion de consulta telefónica para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas
- Guion de “banderas rojas” (síntomas de alarma/patologías graves que descartar) en consulta telefónica por síntomas agudos.

Se elaboró un borrador de cada documento por dos miembros del grupo y se revisó por el resto

RESULTADOS

Se elaboraron y difundieron entre todos los profesionales tres documentos:

- Una infografía breve sobre recomendaciones generales de la consulta telefónica en la que se destacan cuatro recomendaciones críticas:
  - descartar “banderas rojas” (síntomas de alarma),
  - “abrir paraguas” (informar al paciente ante que síntomas debe volver a consultar y por qué vía) y
  - garantizar la información crítica (medios telemáticos, read back…)
  - cuando la consulta debe ser presencial

Además se planteaban recomendaciones sobre las condiciones y el momento de la llamada, los pasos a seguir….

- Un documento con un Guion para el seguimiento de pacientes con Diabetes, Factores de RCV, Insuficiencia Cardiaca, EPOC y Asma.

Para cada una de las patologías se describen los pasos a seguir prestando especial atención a:

- Como realizar el examen físico indirecto

  - Cuando la consulta debe ser presencial
  - Que ítems son esenciales mantener en situaciones de sobrecarga asistencial
- Una infografía en la que se enumeran 18 motivos de consulta agudos más frecuentes en AP y para cada uno de ellos se definen los Síntomas y Signos de Alarma (y las patologías graves que sugieren) que hay que descartar en consulta telefónica. Además, en algunos de esos motivos de consulta se recomienda la consulta presencial

CONCLUSIONES

La Consulta Telefónica es un proceso nuevo que entraña riesgos e inefectividades nuevos. Se han elaborado recomendaciones generales y guiones/check list para los motivos de consulta agudos y crónicos más frecuentes en AP.

ID: 325

DESARROLLAR TECNOLOGÍAS QUE MEJOREN LA SEGURIDAD DE LOS INTERVINIENTES Y VÍCTIMAS EN OPERACIONES DE BÚSQUEDA Y RESCATE

AUTORES: Cristina Gómez Usabiaga; C Horrilo García; A Cintora Sanz; R Lafuente Saenz; R García Martínez; .
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

Nuestra historia acumula incidentes de catástrofes naturales, riesgos radiológicos, químicos, biológicos y nucleares que afectan a toda la sociedad civil y sistemas de respuesta. El alto impacto sobre la salud y resiliencia exige de una respuesta eficaz, a tiempo, coordinada y que garantice la seguridad de los primeros intervinientes y víctimas

OBJETIVOS

El objetivo del proyecto es mejorar la respuesta a emergencias y catástrofes y minimizar el impacto del desastre, haciendo más eficaz el trabajo de los profesionales de emergencias. Busca aportar interoperabilidad a los sistemas de respuesta y gestión de crisis además de integrar un marco de respuesta unificado europeo que evalúe las necesidades e integre las respuestas apoyándose en una base de datos muy amplia y sistemas de monitoreo variados. Esta base de datos servirá como herramienta predictora de respuesta ante incidentes con características similares y ayudará a la toma de decisiones del 'center call' y, a su vez, de los primeros intervinientes. Además va a desarrollar y testar tecnología innovadora para facilitar las tareas de rescate de los primeros intervinientes que mejore su seguridad y la de las víctimas.

MATERIA Y METODOS

El proyecto en su objetivo de difundir un modelo de gestión de crisis internacional combinado con soluciones tecnológicas ha desarrollado este programa enmarcado en el marco H2020. El consorcio está formado por 28 socios de 12 países europeos. Dura 36 meses e integra: socios que desarrollan y proveen las tecnologías y, los usuarios finales que preparan un piloto de un desastre o riesgo NRBQ, donde se probarán las tecnologías desarrolladas. El material que se va a usar para incrementar la eficacia de los primeros intervinientes son la evolución de tecnologías como inteligencia artificial, cascos inteligentes, plataforma común, sistema de extricación infantil, sensor de radiación, sensores de monitorización de la salud, relojes inteligentes para profesionales... Nuestro servicio participa como órgano consultor de los grupos de trabajo existentes y es además usuario final y tiene como tarea pilotar y desarrollar un escenario industrial tóxico: una explosión con una estructura colapsada y un derrame de tóxico químico.

RESULTADOS

El proyecto está en su 11 mes de desarrollo. Está desarrollando las tecnologías que validen la mejora de la seguridad de las intervenciones de esta naturaleza: la plataforma como herramienta de ayuda en la toma de decisiones y gestión de crisis en catástrofes así como los sensores de monitorización y uniformes para los primeros intervinientes en incidentes NRBQ.

CONCLUSIONES

Existe toda una iniciativa europea, una toma de conciencia global real sobre el impacto de este tipo de incidentes y catástrofes en la sociedad civil, tanto en la seguridad de los implicados y víctimas, como en su resiliencia. Este proyecto persigue, mediante el desarrollo e integración de tecnologías emergentes, mejorar la supervivencia y morbimortalidad de los rescatadores y víctimas.

ID: 326

METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE UNA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

AUTORES: CARLA BARBOSA LOPEZ; M GIL SEVILLANO; R ARROYO APARICIO; C LEARRA MARTINEZ; AM ALVAREZ REQUEJO; P DE LA IGLESIA RODRIGUEZ.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Regional de Salud Castilla Y León

JUSTIFICACION

La Cartera de Servicios de Atención Hospitalaria(CSAH) incluye todas las prestaciones asistenciales que el sistema sanitario público garantiza para los ciudadanos en el marco de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1030/2006).

La publicación de la CSAH varía mucho entre Comunidades Autónomas(CCAA). La actualización y publicación de la CSAH es un objetivo estratégico para nuestra comunidad.

OBJETIVOS

Actualizar y publicar la CSAH, mediante la elaboración de un catálogo detallado de las actividades asistenciales desarrolladas, así como de las técnicas, tecnologías y procedimientos disponibles en cada hospital. Diseñar una estrategia de revisión de la CSAH ágil y eficiente.

MATERIA Y METODOS

La CSAH comprende 44 especialidades de áreas médica, quirúrgica y de servicios centrales, en 14 hospitales públicos, parcialmente o en su totalidad, dependiendo del nivel de complejidad. Para la revisión se establecieron dos apartados, para especialidad:

- **PRESTACIONES**: incluye las principales actividades asistenciales, preventivas, de promoción y mantenimiento de la salud e investigadoras desarrolladas por cada especialidad, destacando aquellas que, por su complejidad o relevancia, constituyen un elemento diferencial respecto a otras actividades consideradas estándar.
- **PROCEDIMIENTOS**: incluía el catálogo detallado de técnicas, tecnologías y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Se revisó la CSAH de otras Comunidades, como modelo. El análisis asistencial se realizó, en coordinación con todos los centros y profesionales remitiendo los borradores de las carteras a todos los hospitales, para su revisados en varias fases, para la inclusión/eliminación/ratificación de los datos y el cierre definitivo. Se diseñó también procedimiento de actualización.

RESULTADOS

La CSAH ofrece un catálogo que incluye 1.288 prestaciones y 13.592 procedimientos adaptado a cada nivel de hospital basado en las competencias de los profesionales. El procedimiento de actualización incluyó la solicitud de aprobación de servicios centrales, incluyendo la necesidad o no de financiación. Su uso ha permitido mejorar las derivaciones de pacientes, contribuir al estudio de plantillas y perfiles. Su publicación accesible a ciudadanos y profesionales mejora la transparencia. La automatización de la actualización “a tiempo real”, facilita la gestión de la CSAH.

CONCLUSIONES

La CSAH debe ser accesible para ciudadanos y profesionales, para conocer la oferta asistencial de los hospitales públicos de una comunidad. Debe ser detallada para ser funciona y constituye un instrumento de apoyo a los profesionales, para el funcionamiento en red y la derivación de pacientes. Es también una herramienta de gestión en el estudio de plantillas y perfiles adaptados a la CSAH.

ID: 327

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA: NUEVO MÉTODO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: VIRGINIA RODRÍGUEZ CAMACHO; L FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ; A MENÉNDEZ MUÑOZ; V ARROYO DEL MORAL; P RIUS FORTEA; MJ LAVANDERO CANTERO.
CENTRO DE TRABAJO: C.S. VALDEZARZA-SUR

JUSTIFICACION

Tras la declaración de la pandemia en marzo de 2020, la atención en los centros de salud de Atención Primaria ha cambiado radicalmente y la atención telefónica se ha implantado como un nuevo método de valoración del paciente. Esta incorporación supone un gran reto en cuanto a la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes en nuestras consultas.

OBJETIVOS

Valorar la calidad de la atención telefónica y su aceptación por parte de los pacientes que precisaron atención sanitaria en Atención Primaria tras su implantación obligada por la pandemia covid-19.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo, basado en los datos obtenidos mediante la realización de una encuesta anónima a una muestra de pacientes mayores de 14 años, seleccionada al azar de entre los pacientes citados en la agenda de consulta de distintos profesionales de un único centro de salud de la ciudad de Madrid, entre los meses de mayo y junio de 2021. Se recogieron variables sociodemográficas y otras variables relacionadas con distintas dimensiones de la calidad asistencial, como la accesibilidad a la atención, la seguridad, la continuidad y el grado de satisfacción del paciente con dicha atención.

RESULTADOS

Se están recogiendo y evaluando los datos.

CONCLUSIONES

En espera de la finalización del estudio.

ID: 328

ATENCIÓN DE PACIENTES COVID-19 AL INICIO DE LA PANDEMIA: PLAN DE ACTUACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: Jorge Sánchez Melús; A Cuadrado González; R Chumillas Lidón; V Bergua Diez; ML Catalán Ladrón
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Ernest Lluch

JUSTIFICACION

Reorganización del servicio de Urgencias del hospital Ernest Lluch (Calatayud), adaptando la infraestructura a las necesidades impuestas por la pandemia.

OBJETIVOS

Minimizar exposición al SARS-CoV-2 a pacientes sin sospecha de enfermedad y personal sanitario.

Creación de circuitos de asistencia.

Optimización de tiempos.

Agilización de asistencia (reducir estancia en urgencias).

Drenaje efectivo de pacientes.

MATERIA Y METODOS

Se realizaron diferentes circuitos para minimizar la exposición:

- Pacientes embarazadas: Atención directa en el bloque obstétrico. Si sospecha de infección, se aislaría en box con colaboración por parte de Ginecología.
- Pacientes con traumatismos: Método de triaje rápido con evaluación de motivo de consulta y exploración desde box de triaje; radiografía si fuera necesario y detección de patología que precise tratamiento desde urgencias o bien valoración por traumatología.
- Pacientes con patología oftálmica y otorrinolaringológica: Asistencia directa en consultas externas.
- Pacientes en edad pediátrica: niños sin sospecha de infección serán valorados en box habilitado en planta materno-infantil. Si sospecha o infección confirmada, aislamiento en urgencias, valorado por personal de urgencias y, si fuera necesario, por parte de pediatría. En caso de colapso por adultos, directa valoración por pediatra.
- Pacientes oncológicos: Aislamiento preventivo inverso. Valoración y solicitud de exploraciones complementarias necesarias para determinar el destino del paciente.
- Pacientes con sospecha de infección por COVID-19 o infección confirmada: Aislamiento en boxes que dispone el servicio, siendo sospechas aisladas en boxes individuales y los confirmados en sala de observación (hasta 5 espacios para pacientes confirmados). Dotando del antiguo box de yesos de recursos necesarios para organizar un box vital de aislamiento para atender a pacientes con infección confirmada o sospecha sin exponer otros boxes ni material. Si precisan ingreso, drenaje rápido hasta planta de hospitalización en cuanto se tuvieran resultados necesarios para determinar necesidad de ingreso.

RESULTADOS

Ausencia de contagios entre el personal del servicio de urgencias

Asistencia a pacientes COVID-19 con equipos dedicados a patología respiratoria

Rotación de equipos respiratorios por turno para reducir exposición

Asistencia rápida y eficaz en pacientes sin clínica sugestiva de infección

Respuesta rápida y adecuada a cada patología

Fomentando la circulación exterior del hospital para reducir tiempo de estancia dentro del hospital

Drenaje efectivo de pacientes a destino final

CONCLUSIONES

La organización en tiempos de crisis sanitaria ha permitido trabajar de una forma eficaz, eficiente y rápida; protegiendo a pacientes y personal sanitario, detectando desde triaje sospechas de infección y el resto de derivación de pacientes por otras causas promoviendo una asistencia de calidad, sin olvidar, que existen otras patologías que han requerido nuestra asistencia desde la llegada de la pandemia.

ID: 331

DISEÑO DE FÉRULA ESPINAL PARA LUGARES AISLADOS E INHÓSPITOS.

AUTORES: Carlos Pelayo Torres
CENTRO DE TRABAJO: Summa 112

JUSTIFICACION

Hay dos puntos de vista claramente diferenciados a la hora de afrontar un rescate sanitario en la montaña, la necesidad imperiosa de llevar mucho material para poder hacer frente a todas las necesidades que el paciente pueda presentar, frente al otro punto visto totalmente opuesto que es el de llevar el mínimo material posible para poder acceder al paciente en el menor tiempo posible.

En el trabajo con el helicóptero y el escaso espacio del que este suele disponer hace que se cuestione permanentemente el hecho de portar o no un chaleco inmovilización espinal tipo kendrick. Dado el gran volumen de este con respecto a la mochila del rescatista hace pensar que es posible que haya pacientes a los que no se les inmovilice dada la complejidad de la operación de rescate. Todo esto implica un descenso en la calidad asistencial.

Por lo tanto, es necesario un material de inmovilización espinal compacto y ultraligero para poder ser portado en toda ocasión susceptible de necesidad sanitaria.

OBJETIVOS

Con el fin de mejorar la calidad asistencia de pacientes que han sufrido un accidente en montaña, el objetivo es diseñar un material de inmovilización espinal compacto, ultraligero específico para el entorno aislado e inhóspito y además compatible con las necesidades del paciente y del sistema sanitario.

MATERIA Y METODOS

Se ha buscado el estado del arte. Se han valorado las necesidades de inmovilización espinal en montaña y entornos rurales aislados. Se ha consultado en bases de datos oficiales como: MEDLINE, GOOGLE SCHOLAR, CINAHL, MEDES, ENFISPO.

Se han buscado estudios, revistas virtuales, páginas oficiales y no oficiales de GREIM, bomberos, Escuela militar de operaciones especiales (EMOE), Unidad Militar de Emergencias (UME), etc. Acudiendo personalmente al GREIM, UME, Grupo de Rescate y Salvamento Castilla y León, UME y EMOE.

Utilizando como molde el grueso de camillas de rescate se ha diseñado una férula espinal que se adapte a las necesidades de estas y cumpla las funciones de inmovilización.

RESULTADOS

En general hay poca evidencia sobre el material de inmovilización, sus beneficios a corto y largo plazo y sus desventajas. Hay mucha menos evidencia sobre los materiales de inmovilización y rescate. En cambio, hay mucho material de inmovilización, muchos fabricantes sometidos a diversas a muy diversas legislaciones que limitan la venta en unos países u otros. En general el material que se ha destinado solo a de inmovilización es el más extendido y utilizado, frente a material de inmovilización y rescate.

CONCLUSIONES

Dada la estrechez de las camillas de rescate, la férula ha de ser compacta una vez colocada en el cuerpo, como lo son las férulas espinales rígidas. Como el resto de férulas ha de ser radiotransparente, libre de lates, fácilmente limpiable o reutilizable y sobre todo ligera, compacta y de fácil transporte.

Finalmente, la férula se diseña con un material plano, enrollable, de materiales hipoalergénicos, y radiotransparente que atenderá a la disponibilidad del material.

ID: 333

EVALUACIÓN DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: OPINIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES

AUTORES: José Jonay Ojeda Feo[1]; A Martín Jiménez[2]; A Martínez Portillo[3]; G Yagüe de Antonio[4]; I Villar Cirujano[5]; G Guzmán Martínez[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario La Paz[1456]; Ansible SL[2]; Escuela Nacional de Sanidad-ISCIII[3]

JUSTIFICACION

Las organizaciones sanitarias se han enfrentado a una situación excepcional que ha implicado un número incremental de pacientes en la pandemia de la COVID-19. Para afrontar esa situación tuvo lugar un despliegue acelerado de las consultas telefónicas como alternativa a las presenciales, el cual apenas hemos evaluado. Además, una vez que se va controlando la pandemia, existe una gran probabilidad de que las consultas telefónicas coexistan con las presenciales cuando sea factible.

OBJETIVOS

Analizar la experiencia de pacientes y profesionales así como sus necesidades y expectativas en torno a la utilización de sistemas telefónicos como una nueva prestación de consultas externas en el marco de la COVID-19.

MATERIA Y METODOS

Se diseñó un cuestionario on-line con preguntas de clasificación del encuestado y de las características de la consulta, preguntas de satisfacción 1-5 escala likert sobre aspectos de la consulta, y preguntas abiertas para recoger en texto libre sugerencias y opiniones de mejora. Se remitió diariamente la encuesta vía SMS a todos aquellos pacientes atendidos mediante esta modalidad con actividad capturada. El periodo de envío de SMS fue de 2 meses, desde el 27 de julio hasta el 3 de octubre de 2021. Una vez analizados los datos se compartieron los mismos en un grupo focal con profesionales de los servicios/unidades con más respuestas con el objetivo de incorporar la experiencia de los profesionales a la evaluación realizada.

RESULTADOS

Se recibieron 3420 respuestas validas tras el envío de 23956 SMS individuales en el periodo de estudio, y una tasa global de respuesta del 14,28%. 65% de los pacientes que respondieron a la encuesta fueron mujeres; un 33,8% tenían entre 46-60 años. Los encuestados señalaron que un 86,6% fueron atendidos por médicos. Las especialidades más identificadas fueron Endocrinología, Neurología y Digestivo.

Un 90,1% valoró positivamente la notificación de la cita, un 91% la calidad de la comunicación paciente-profesional, un 92,5% la información recibida durante la consulta telefónica, un 89,3% su duración, un 94,1% las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la misma, un 85% las gestiones al terminar la consulta, y un 71.7% consideraron positivo el uso en el futuro de otras alternativas tecnológicas para la atención no presencial. Globalmente, un 89% de los encuestados declararon estar satisfechos o muy satisfechos.

El análisis del texto libre muestra la preferencia de los encuestados por la consulta presencial, exponiendo que siempre se debe contar con esta alternativa.

CONCLUSIONES

La consulta telefónica debe impulsarse en todas las especialidades en un marco de mejora continua. Ha proporcionado agilidad en la atención a pacientes/profesionales y ha permitido abarcar mayor número de consultas en situación de pandemia.

Se considera necesario establecer un protocolo general de actuación para su desarrollo que garantice la calidad del proceso. Es imprescindible dotar a los profesionales de medios y condiciones adecuadas para su correcto desarrollo.

ID: 334

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN LOS RESULTADOS ASISTENCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD

AUTORES: MARIANELA BAYON CABEZA[1]; M MARTÍ ARGANDOÑA[2]; MD MARTÍNEZ PATIÑO[3]; A BARBERA MARTIN[4]; T ALONSO SAFONT[5]; S MARTINEZ MACHUCA[6].

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[134]; GERENCIA ADJUNTA DE PROCESOS ASISTENCIALES. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[256]

JUSTIFICACION

En 2020 la pandemia por SARS-Cov-2 ha conllevado la reorganización asistencial de los centros de salud (CS) de Atención Primaria (AP) e importantes cambios en la atención habitual. Esta atención se recoge en la Cartera de Servicios (Sº), documento científico-técnico que aúna los 40 servicios priorizados dirigidos a la población. Son procesos asistenciales que incluyen intervenciones a realizar basadas en evidencia científica. Se estructuran en indicadores: 45 de cobertura (COB: número de personas que reciben el servicio frente al total de personas susceptibles de recibirlo) y 178 de calidad (Criterio de Buena Atención o CBA). Desde 2010 se evalúan anualmente para conocer el grado de prestación de los servicios, y se obtienen resultados válidos y fiables con una clara tendencia ascendente hasta 2019.

OBJETIVOS

Comparar los resultados de los servicios de cartera tras la reorganización asistencial de los CS durante la pandemia.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional transversal. Se extraen datos de población asignada de 262 CS a 31/12/2020: 7.166.373 (1.038.278 infantil). Fuentes: Historia Clínica Electrónica, SISPAL y EpSalud. Se analizan y comparan resultados de los 223 indicadores entre 2019 y 2020. Se presentan los que más varían en frecuencias absolutas y/o relativas, medias y DS.

RESULTADOS

Disminuyen 160 indicadores (el 72%) y 59 en más de 5 puntos. Las mayores bajadas se producen en los siguientes:

- COB de Atención a la persona mayor, con fragilidad o deterioro funcional pasa del 41,5% al 25%, y CBA de Plan de actuación semestral: fragilidad (del 64,3% al 16%), dependencia moderada (del 72,3% al 28,9%), o trimestral en dependencia grave (del 26,8% al 15,2%)
- COB de Sº con técnicas o pruebas diagnósticas: Cáncer de mama pasó del 38,7% al 29,6%; Cirugía menor: 19,1‰ al 10,2‰; Espirometría en fumadores: 37,5% al 30,6%
- COB de Sº de Unidades de Atención Específica (UAE): Atención bucodental en infancia pasa del 19,7% al 8,5%; Preparación para el parto: 27,4% al 16,8%; Fisioterapia: 22,8‰ al 12,2‰
- CBA de planes de actuación periódica de Sº de atención a patologías crónicas: descenso medio de -9,3 puntos (DS: 2,32)
- Sº de Intervenciones de EpS grupal y Comunitarias (IC) disminuyen un 70%: EpS en centros educativos pasa de 1.118 a 370, en grupos de 2.595 a 691, y las IC de 2.977 a 621

Aumentan COB de vacunación antigripal en â‰¥60 años del 49,1% al 57,4%, y en < 60 factor de riesgo: 18,7% al 28,4%. Antineumocócica adultos del 50,9% al 54,7%

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son congruentes con la reorganización de la actividad, que ha priorizado la atención aguda frente al seguimiento de pacientes crónicos estables y las actividades preventivas. Esto, unido a la escasez de recursos personales y su necesaria redistribución incluyendo las UAE, la dificultad de realizar consultas y pruebas presenciales y actividades grupales, han contribuido a la obtención de estos resultados.

ID: 335

¿QUÉ NUEVOS RIESGOS ENTRAÑA LA CONSULTA TELEFÓNICA? ANÁLISIS MEDIANTE AMFE

AUTORES: Gerardo Garzón González[1]; M Moreno Leal[2]; P Rapp Fernandez[3]; A Barberá Martín[4]; H Martínez Sanz[5]; M Muñoz Balsa[6].
CENTRO DE TRABAJO: Dirección Tec. Proc. y Calidad. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[1]; Cs Alameda. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[2]; U. At. Paciente DA Centro. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[3]; Dirección Tec. Proc. y Calidad. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[4]; DA Sureste. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[5]; U. Apoyo Técnico. GAPA.[6].

JUSTIFICACION

La pandemia actual por SARS-CoV-2 ha sido un reto en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria, modificando especialmente la manera en la cual se organiza el proceso de la atención al paciente. En Atención Primaria, uno de los cambios más importantes ha sido la generalización de la consulta telefónica, implantada inicialmente para evitar aglomeraciones en los centros de salud y desplazamientos innecesarios. Por tanto, la evaluación crítica de esta nueva modalidad identificando los posibles riesgos, era un nuevo desafío necesario de afrontar, en pro de la seguridad de los pacientes y del mantenimiento de la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Identificar fallos potenciales, y sus causas, en el proceso de la consulta telefónica, así como acciones de mejora.

MATERIA Y METODOS

Se creó un grupo de trabajo con profesionales asistenciales (médico de familia, pediatra, enfermera, TCAE, auxiliar administrativo) coordinados por técnicos.

Se definieron las etapas del proceso de atención telefónica, identificando 9 etapas.

Se identificaron, para cada etapa, los posibles fallos sus efectos y sus causas, mediante un análisis modal de fallos y efectos (AMFE), considerando los diferentes contextos asociados a la pandemia (ola pandémica, transición, clúster, brotes, etc) y valorando tanto la atención COVID como la no-COVID. Se priorizaron los fallos y causas mediante puntuación con el índice IPR de la frecuencia, gravedad y detectabilidad. Se generaron acciones de mejora para evitar los fallos y causas priorizados

RESULTADOS

Se identificaron 14 riesgos prioritarios en 4 de las etapas del proceso, además de un riesgo global:

- En la etapa de Valoración:
  - Anamnesis/valoración incompletas
  - Examen físico (indirecto) incompleto
  - Autoexploración inadecuada
  - No despistaje de patologías urgentes/graves
- En la etapa de Seguimiento:
  - Pérdida de seguimiento de pacientes crónicos
  - Ausencia de detección de reagudizaciones
  - Fallo en informar sobre síntomas de alarma para volver a consultar
- En la etapa de gestión de Pruebas diagnósticas
  - Demora en valoración de resultados
  - Fallo en el sistema de alertas ante resultados críticos
- En la etapa de Tratamiento/intervenciones:
  - Errores en tratamientos crónicos (indicación, duplicidades...)

-Errores de medicación del paciente
- Revisión incorrecta de tratamiento
- Falta de adiestramiento en la autoadministración
- Ausencia o ineficiencia de intervenciones educativas

- Riesgo global: Infrautilización de consultas presenciales necesarias
- Se propusieron 29 acciones que consistían en:
- Cambios sistémicos en historia clínica electrónica (p.ej. generación automática de cita de resultados)
- cambios o elaboración de procedimientos (p. ej. feed-back al informar medicación)
- check-list (p.ej. seguimiento crónicos)
- recomendaciones (p.ej. consulta presencial para adiestramiento)
- reactivación o desarrollo de proyectos (p.ej. polimedicado)

CONCLUSIONES

Mediante AMFE se identificaron los riesgos prioritarios y se generaron acciones de mejora para prevenirlos.

ID: 336

CONTRATOS DE EMERGENCIA: ABORDANDO SOLUCIONES URGENTES EN MOMENTOS EXCEPCIONALES

AUTORES: MERCEDES ALMAZAN DEL POZO; G DOMINGO GIL; MA DE LA CRUZ SANCHEZ MAJESTAD; MA GARCIA SAMPEDRO; J PADRINO RUIZ; J DIAZ POZAS.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[1]

JUSTIFICACION

La pandemia COVID-19 ha supuesto una sobrecarga y un reto sin precedentes para el sistema sanitario y en particular para la Atención Primaria que ha desempeñado un papel fundamental en esta crisis

La gran mayoría de los contratos de Sector Público durante los últimos tiempos han sido adjudicados mediante el procedimiento de emergencia. Una figura prevista para casos en los que resulta necesario actuar de forma inmediata por situaciones de catástrofe o peligro. En este contexto, y teniendo en cuenta el RD 463/2020 de 14 de marzo, desde el Gobierno de la Comunidad se implantan medidas de contención en la propagación del virus, hasta la finalización del ultimo estado de alarma el 9 de mayo 2021.

OBJETIVOS

* Implementar medidas organizativas de contención y control que aparecen en el "Plan de respuesta a la pandemia por COVID-19 en Atención Primaria", especificando la necesidad de adaptar la estructura y organización asistencial para dentro sus competencias dar respuesta a dicha pandemia.

* Dotar y dar cobertura a los 266 CS, 163 CL y un centro adscrito, y una plantilla fija en torno a 13.300 profesionales de la GAAP a través de los contratos de emergencia de todas aquellas nuevas necesidades derivadas de la necesidad surgida con la pandemia.

MATERIA Y METODOS

La información es la recogida en el Portal de Contratación Pública de la Comunidad de Madrid, así como los informes comparativos entre CC AA que emite la Oficina Independiente de Regulación y Supervisión de la Contratación (OIRESCON).

RESULTADOS

Se han producido dos periodos de estado de alarma:

1) De 14 de marzo a 21 de junio 2020.

Realizados 74 contratos por emergencia por importe de 2.595.792 € en Gerencia.

Realizados 1.453 contratos en la Consejería de Sanidad por valor de 173.483.303,53€

2) De 25 de octubre a 9 de mayo 2021.

Realizados 103 contratos por emergencia por importe de 22.219.935,05 € en Gerencia.

Realizados 1.021 contratos en la Consejería de Sanidad por valor de 396.291.301,36€

A nivel de CCAA y hasta junio 2020 se observa un uso porcentual mayor en las CCAA de Cataluña, Madrid, Castilla- La Mancha...en volumen de contratos.

CONCLUSIONES

Siendo un tipo de contratación absolutamente excepcional, la implementación de contratos por vía de emergencia ha sido completamente necesaria.

Este tipo de contratación dota a la Administración de agilidad y rapidez en las contrataciones que ha podido provocar en algún caso errores en cuanto a material defectuoso y/o errores administrativos afectando especialmente a empresas con sedes en el extranjero.

Se observa que los contratos de suministros son los mas frecuentes por vía de emergencia.

En general se han utilizado en los primeros meses de la pandemia para conseguir material sanitario para los profesionales de primera línea y servicios de las administraciones con el fin de poder afrontar la crisis, y en la segunda parte se concentran en el plan de vacunación.

Todas las licitaciones están incluidas en la Plataforma de contratación del Sector Público y por tanto la información es transparente.

ID: 338

" LA CITACIÓN EN NUESTRA UNIDAD PET. PUNTO CLAVE Y BÚSQUEDA DE SU MEJORA"

AUTORES: ANA CRISTINA GIL RODRIGUEZ; L ESTEVEZ VALENCIA; O FERREIRA DAVILA; S RODRIGUES CRUZ; MC SILVA GONZALEZ; R GUITIAN IGLESIAS.

CENTRO DE TRABAJO: H. MEIXOEIRO-GALARIA

JUSTIFICACION

En nuestra Unidad PET, la citación de los pacientes, debido a su preparación previa para que la prueba sea lo más óptima posible, es compleja.

Dividimos a los pacientes en cuatro grandes grupos (cada uno de ellos con una preparación y unas necesidades distintas):

1. PET con FDG, NO DIABÉTICOS
2. PET con FDG, DIABÉTICOS
3. PET COLINA
4. PET NEUROLÓGICO

A su vez, estos cuatro grandes grupos se subdividen en:

1. AMBULATORIOS
2. INGRESADOS

Y a su vez, hay otra subdivisión:

1. CITADOS POR LA MAÑANA
2. CITADOS POR LA TARDE

Una vez situado al paciente que tenemos que citar en estos grupos y subgrupos, procedemos a llamarlo telefónicamente en la mayoría de los casos (o enviar Fax con indicaciones y protocolo correspondiente, al hospital de referencia) y dar todas las indicaciones necesarias para una óptima preparación.

OBJETIVOS

- El paciente no debe quedarse con dudas
- Además del lugar, día y hora; el paciente debe tener totalmente claro lo que debe y no debe hacer tanto el día previo como el propio día de la prueba
- El paciente debe saber qué hacer y donde dirigirse el día y hora de la citación
- El paciente debe saber donde llamar si tiene alguna duda o consulta
- La persona que llama debe saber resolver todas las dudas que le surjan al paciente en el momento de la llamada
- La persona que lama debe estar disponible para una posible rellamada para preguntas del paciente y/o familiares
- La persona que llama debe estar familiarizada con la unidad, conocer todo lo que se realiza en el servicio (desde la llegada hasta la salida del paciente)
- La persona que llama debe estar formada tanto en el servicio PET como en tema de citación
-

MATERIA Y METODOS

Hemos cambiado nuestro sistema de citación. Hasta hace un tiempo, las citas PET las realizaban diversas personas, de distintas categorías, no vinculadas directamente al servicio ni formadas específicamente en PET

Debido a que un porcentaje significativo de los pacientes no acudían de forma adecuada ni se les sabía resolver dudas, se decidió un cambio:

1. centralizamos las llamadas siempre en el mismo personal
2. directamente del servicio
3. personal sanitario
4. debidamente formado (formación específica en PET , si todavía no la tiene)

RESULTADOS

Se realiza un punto de corte (“un día concreto”) desde que se comienzan las llamadas con este nuevo método de personal totalmente formado.

Se comprueba, que la mejoría en la preparación de los pacientes aumenta considerablemente.

Esto mejora:

- la percepción que trae el paciente
- la calidad de la imagen, para el informe facultativo

CONCLUSIONES

Muchas veces no le damos la importancia suficiente a una “buena citación”, sobre todo en pruebas que requieren una compleja preparación previa.

Esto requiere de personal cualificado y dotado de toda la información necesaria para aclarar dudas y explicaciones que el paciente necesita.

Además, se reduce la ansiedad del paciente a la hora de acudir a realizar la prueba

ID: 340

SEGURIDAD PERCIBIDA POR LOS SANITARIOS SOBRE LA GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: Patricia Bonachela Solás[1]; A Cervera Barajas[2]; L López Garrido[3]; RE Varela Rubio[4]; L López Rodríguez[5]; MV Gil Navarro[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío[12456]; Hospital General de Segovia[3]

JUSTIFICACION

La seguridad del paciente, dimensión esencial de la calidad asistencial, implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria. La seguridad del paciente es en nuestros días un componente clave en el cual los pacientes tienen derecho a recibir una atención sanitaria tan segura como sea posible.

Una de las líneas de trabajo principales de los programas de seguridad del paciente del ámbito sanitario es la notificación de los eventos adversos, su análisis y por último, las propuestas de mejora. Con éstas conseguimos reducir el daño.

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad percibida sobre la gestión de incidentes notificados por los profesionales del hospital.

MATERIA Y METODOS

Cuestionario de evaluación, anonimizado, para los profesionales sanitarios que mida la seguridad percibida en la gestión de los incidentes.

RESULTADOS

Para la fecha del congreso esperamos llevar 3 meses con la recogida de datos y alcanzar una tasa de respuesta de al menos 150 profesionales. Esperaremos obtener una visión general del procedimiento de gestión de incidentes.

CONCLUSIONES

La cultura de seguridad es el pilar fundamental sobre el que se basan las acciones dirigidas a mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.

Tener un feedback con los referentes de seguridad que difundan a todos los profesionales la gestión de las notificaciones, las líneas de mejora implementadas y los resultados obtenidos es crucial para crecer en cultura de seguridad y estimular a los profesionales en la notificación de eventos adversos.

ID: 341

EXPLORANDO LOS RIESGOS EVITABLES DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA PANDEMIA DE COVID-19: UN NUEVO MAPA DE RIESGOS.

AUTORES: María Dolores Conejos Miquel[1]; A Horcas de Frutos[2]; M Alcázar González[3]; A Ballarín González[4]; PA Luaces Gayan[5]; EM Sanz Peces[6].

CENTRO DE TRABAJO: Dir. Técnica Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS[13]; Servicio de Medicina Preventiva. HU Severo Ochoa. SERMAS[2]; Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS.[4]; Centro de Salud Torrelodones. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS[5]; ESAPD Reyes Católicos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS[6].

JUSTIFICACION

La atención domiciliaria (AD) permite ofrecer una atención integral adecuando el grado de atención a las necesidades del paciente. La AD no está exenta de riesgos aunque muchos de ellos son evitables. Por sus especiales características, unidas a la pandemia de COVID-19 que ha traído consigo nuevos procesos, es necesario elaborar un mapa de riesgos (MR) que permita identificarlos y poner en marcha medidas para mejorar la seguridad del paciente (SP)

OBJETIVOS

General: Mejorar la SP atendido en su domicilio con la elaboración de un MR adaptado a la nueva situación por COVID-19

Específicos:

- Analizar y tratar los potenciales fallos para disminuir los riesgos derivados de la atención en domicilio
- Elaborar recomendaciones de seguridad (RS) para los profesionales

MATERIA Y METODOS

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales asistenciales y técnicos con gran experiencia en SP. Para elaborar el MR se definió el proceso asistencial en domicilio y se identificaron dos subprocesos de atención: a pacientes COVID y No COVID. A cada uno se le aplicó un Análisis Modal de Fallos y Efectos. Se identificaron sus pasos mediante un flujograma, sus potenciales Modos de Fallo (MF), sus causas, efectos y su detectabilidad o barreras para ellos existentes en la organización. Se puntuaron en función de la ocurrencia, gravedad y posibilidad de detección. Cada modalidad de fallo-causa- efecto se priorizó según el Índice de Priorización (IPR) obtenido. Se seleccionaron los que tenían un IPR igual o superior a 60 puntos y los que, teniendo entre 25 y 60 puntos tenían una solución altamente factible. Por último se elaboraron RS destinadas a los profesionales.

RESULTADOS

Se identificaron 21 etapas en el proceso de atención domiciliaria. Se detectaron 114 MF y 385 causas. No se identificó ningún riesgo muy grave. Se priorizaron 44 causas con posibilidad de actuación. El registro en la historia clínica de la atención prestada y del tratamiento pautado es el paso con mayor número de fallos priorizados, seguida de la información al paciente y de la planificación previa de material y medicamentos. En la atención COVID se han priorizado más fallos en la etapa de valoración del riesgo y en la preparación del material. Las causas difirieron en los distintos MF, pero las interrupciones, la sobrecarga asistencial y el olvido de los profesionales fueron las causas más comúnmente encontradas. Se propusieron 87 RS diferentes. En general, una de las más frecuentemente propuestas fue disponer de una tablet o portátil para la visita domiciliaria que permita mejorar la continuidad, calidad y seguridad del registro. En el proceso de AD COVID, una de las RS más frecuente fue elaborar un checklist o protocolo de preparación de la visita domiciliaria.

CONCLUSIONES

Se ha podido definir un nuevo MR de la atención domiciliaria, realizar el análisis de los riesgos de las actividades desarrolladas, lo que ha permitido elaborar RS que una vez implantadas esperamos que mejoren la SP.

ANALISIS DEL CLIMA LABORAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN UNA UNIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: MARTA DURAN BELOSO; M CUNHA MERA; N PEREZ FELPETE; MC SANTIAGO LOPEZ; OM PITA BARREIRO; J MARTINEZ ESPIÑEIRA.
CENTRO DE TRABAJO: Área Sanitaria de Ferrol

JUSTIFICACION

Desde el inicio de la pandemia COVID 19 las condiciones de vida y de trabajo sufrieron importantes afectaciones. El temor al contagio y a poder contagiar a otras personas, así como la incertidumbre sobre el desempeño laboral en condiciones de seguridad fueron y son aspectos que nos condicionan el día a día.

Conocer la opinión laboral de los profesionales sanitarios es relevante por el impacto de la emergencia sanitaria.

OBJETIVOS

- Diseñar la encuesta de clima laboral en tiempos de pandemia
- Analizar los resultados obtenidos y establecer áreas de mejora

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo de corte transversal mediante encuesta estructurada y anónima a los profesionales del área de hemodiálisis entre los días 9 y 16 de abril 2021.

El diseño de la encuesta es de 17 preguntas con cinco posibles respuestas (excelente, muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho o nada satisfecho) en relación a:

- Información – Comunicación sobre la pandemia.
- Medidas de prevención ante la pandemia.
- Personal – Trabajo en relación la pandemia.
- Valoración global de la Unidad.

1 pregunta abierta de comentarios.

Análisis de datos recogidos en Excel.

RESULTADOS

La muestra fue de 11 encuestas repartidas, recibidas y analizadas 11. Tasa de respuesta 100%.

Información recibida sobre la incidencia o transmisión del virus: 45% satisfechos, 18% muy satisfechos y 36% excelente.

Protocolos que implanta la Dirección: 45% satisfechos, 36% muy satisfechos y 18% excelente.

Protocolos que implanta el Servicio: 9% satisfechos, 18% muy satisfechos y 73% excelente.

Acceso a la información: 9% satisfechos, 36% muy satisfechos y 55% excelente.

Escucha activa de las inquietudes: 9% poco satisfechos, 9% satisfechos, 45% muy satisfechos y 35% excelente.

Dotación de EPIS: 9% satisfechos, 36% muy satisfechos y 55% excelente.

Distancia social de 1,5m.: 27% poco satisfechos, 45% satisfechos y 27% muy satisfechos.

Ventilación: 18% poco satisfechos, 27% satisfechos, 27% muy satisfechos y 27% excelente.

Dotación de gel hidroalcohólico: 9% satisfechos, 18% muy satisfechos y 73% excelente.

Limpieza zonas de trabajo y comunes: 18% satisfechos, 9% muy satisfechos y 73% excelente.

Formación en riesgos biológicos: 9% satisfechos, 36% muy satisfechos y 55% excelente.

Acceso a pruebas diagnósticas de detección del virus: 18% satisfechos, 27% muy satisfechos y 55% excelente.

Redistribución del trabajo: 9% satisfechos, 27% muy satisfechos y 64% excelente.

Turnos de trabajo: 18% satisfechos, 27% muy satisfechos y 55% excelente

Trabajo en equipo: 27% muy satisfechos y un 73% excelente

Colaboración en equipo: 27% muy satisfechos y 73% excelente

Valoración global: 82 % muy satisfechos y 18% excelente.

CONCLUSIONES

Los ítems con mayor % de excelencia son los protocolos de la unidad y el trabajo en equipo, evidenciando la unidad del equipo y profesionalidad de los mismos.

Los ítems con menor % de satisfacción están asociados a la infraestructura de la unidad.

ID: 343

GENERANDO CONOCIMIENTO COLECTIVO COVID DESDE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: María Dolores Conejos Miquel[1]; P Magán Tapia[2]; M Alcázar González[3]; N Domínguez Pérez[4]; O Aguado Arroyo[5]; JM Izquierdo Palomares[6].

CENTRO DE TRABAJO: Dir. Técnica Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS[1234]; C. S. Francia. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS[5]; Jefe de S. del Servicio de Farmacia. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS[6].

JUSTIFICACION

Los equipos más sólidos y con mejores resultados en efectividad y seguridad tienen un elemento en común, el conocimiento colectivo, atributo que les permite alcanzar los objetivos marcados gracias a un trabajo coordinado y al unísono del equipo. Para que haya conocimiento se requiere tener la información adecuada, pero también entenderla, interpretarla, manejarla y comprender cómo los elementos relacionan entre sí.

Para que el conocimiento sea colectivo es necesario que el dispositivo que ayuda a interpretar, simplificar y comunicar la información tenga un funcionamiento óptimo.

La pandemia COVID exige que el conocimiento colectivo sea una realidad

OBJETIVOS

Principal: Constituir un grupo de trabajo que permita elevar el conocimiento colectivo COVID de la organización.

Específicos:

1. Asegurar que la información imprescindible se difunde a tiempo.
2. Colaborar en localizar, interpretar y facilitar la comprensión de la información operativa.
3. Asesorar a la organización en la toma de decisiones relacionadas con COVID

MATERIA Y METODOS

- Selección y funciones de los miembros: equipo multidisciplinar con profesionales asistenciales y de servicios centrales de varios niveles de la organización.
- Constitución del grupo técnico COVID.
- Selección de la forma de trabajo para alcanzar los objetivos:

  - SEGÚN EL TIPO DE DOCUMENTO a difundir: En los basados en documentos oficiales, elaboración y difusión rápida. En los demás, debate, interpretación y consenso de grupo.

  - SEGÚN LA FUNCIÓN DE SUS MIEMBROS: Dentro del grupo se define un grupo motor que selecciona, clasifica y promueve el trabajo, un grupo asesor que aporta experiencia y conocimiento y un grupo facilitador que apoya en lo necesario.

  - SEGÚN EL ORIGEN: en función de si son encargos o trabajo autónomo y proactivo.
- Selección del canal de difusión. Es un factor fundamental. Se opta por un doble canal: Colgar los documentos en un lugar específico de la intranet y difundirlos en cascada mediante una red específicamente creada para la difusión de temas COVID

RESULTADOS

TIEMPO DE RESPUESTA. Difusión de documentos oficiales originales: en el día o al día siguiente de la publicación. 7 Boletines con las novedades en estrategia de detección precoz: 5,3 días de media tras publicación del original. 4 Informes con actualización sobre vacunas (incluyen estrategia vigente y fichas de cada vacuna con información de diversas fuentes): 6,7 días tras publicación del documento oficial.

FACILITAR LA COMPRENSIÓN Y SIMPLIFICAR. Además de los anteriores documentos, se difunden 7 protocolos de manejo clínico en forma de infografía, 2 documentos de preguntas científico-técnicas y 1 webinar abierta a profesionales.

ASESORÍA Y REVISIÓN. Se ha asesorado/revisado documentos de la propia Gerencia de AP, de Viceconsejería y de nuestro Servicio de Salud en 8 ocasiones

CONCLUSIONES

El Grupo Técnico COVID ha cumplido con todos los objetivos que se ha marcado y ha contribuido a elevar el conocimiento de la organización en temas COVID

ID: 344

RESULTADOS ENCUESTA SOBRE EL IMPACTO Y TRASCENDENCIA DE LA CRISIS SANITARIA POR COVID-19 EN LOS PROFESIONALES DEL SALUD

AUTORES: MARTA POLO MARTINEZ; J PALACIO BARRABÉS; I SANCLEMENTE VINUE; JJ LOPEZ CEBOLLADA; AI LORES PUERTOLAS; L GARCIA MOYANO.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

JUSTIFICACION

La enfermedad COVID-19, causada por el Coronavirus SARS-CoV-2, ha cambiado el mundo tal y como lo conocíamos. Esta enfermedad ha desestabilizado a los profesionales sanitarios tanto a nivel psicológico como en el ámbito laboral, exigiendo ser el foco de toda atención y esfuerzo especialmente en los primeros meses. Muchas eran las incertidumbres que rodeaban a la enfermedad y variadas y cambiantes fueron las formas de actuación en los distintos aspectos asistenciales. Hubo una disminución general de la capacidad asistencial y de la interacción médico-paciente y un aumento considerable de consultas telemáticas cuando el sistema no estaba preparado para ello, distintas enfermedades fueron infradiagnosticadas o diagnosticadas de manera errónea, con consecuencias fatales en el caso de la patología tumoral. A día de hoy aún desconocemos el alcance de las secuelas físicas y psíquicas y del perjuicio derivado de esto.

Con este estudio deseamos conocer el impacto emocional de esta crisis en los profesionales de nuestro entorno, así como su percepción acerca de cómo se ha desarrollado la atención a las otras patologías coexistentes y sus expectativas en materia de Bioética. Además queremos dar a conocer la existencia y el papel activo del Comité de Ética Asistencial de Huesca y valorar de qué manera podríamos ayudar a nivel formativo y como apoyo deliberativo en las cuestiones éticas que puedan surgir a nivel laboral.

OBJETIVOS

Principal: conocer el impacto y trascendencia de la actual crisis sanitaria a partir de las vivencias, sugerencias y expectativas de los profesionales sanitarios de Aragón.

Valorar si la existencia de sintomatología ansioso-depresiva previa ha influido en la aparición de dicho síntomas durante la pandemia.

Valorar si las especialidades/departamentos de mayor riesgo (Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Atención Primaria) y los profesionales que ejercen actividad fuera del SNS han tenido más o menos incidencia de sintomatología ansioso-depresiva.

Detectar los problemas éticos más frecuentes durante la pandemia.

Conocer cómo han sido los cuidados al final de la vida durante la pandemia.

Dar a conocer el Comité de Ética Asistencial de Huesca a nivel formativo y como apoyo de los profesionales del SALUD.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo en base a los datos recopilados gracias a una encuesta anónima que fue enviada de manera telemática. Se realizó un muestreo no probabilístico, oportunista. Las variables categóricas fueron descritas mediante tablas de frecuencias y el procesamiento de los datos se realizará mediante una tabla de Excel.

RESULTADOS

En el momento de envio del resumen de esta comunicacíon estamos enviando la encuesta a los profesionales. Puede participar completando el cuestionario mediante el siguiente enlace:

https://forms.gle/uR6qFE46hayfehup6

CONCLUSIONES

Pendientes de analizar.

ID: 345

CALCIFICACIONES ARTERIALES EN MAMOGRAFÍAS Y RIESGO CARDIOVASCULAR: UNA NUEVA OPORTUNIDAD DE PREVENCIÓN

AUTORES: Natalia González Galiano; S Fernández Francos; N Eiro; FJ Vizoso Piñeiro
CENTRO DE TRABAJO: Fundación Hospital de Jove. Unidad de Investigación

JUSTIFICACION

La prevalencia de las calcificaciones arteriales mamarias (CAM) oscila entre 8,2-12% en mujeres mayores de 50 años que se someten a un programa de "screening" de cáncer de

mama. Existen datos que sugieren que las CAM podrían ser un marcador predictivo de riesgo cardiovascular.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la presencia de CAM sobre el desarrollo de eventos cardiovasculares y su mortalidad asociada.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, con un periodo de seguimiento mínimo de 20 años, donde se evaluó la evolución de 128 mujeres específicamente bien estudiadas para

CAM. Para el grupo de control, se seleccionaron aleatoriamente 128 mujeres sin CAM de la misma población de origen, lo que simula un espejo del grupo de estudio en cuanto a las

características clínicas más relevantes.

RESULTADOS

Nuestros resultados mostraron que las mujeres con CAM tenían un mayor riesgo relativo (RR) de eventos cardiovasculares globales (RR 1,66 (intervalo de confianza del 95% -IC-: 1,31-2,10) vs. 0,53 (0,39-0,72), y, de forma particular, de cardiopatía isquémica (3,25(1,53-6,90) vs 0,85(0,77-0,94), cardiopatía hipertensiva (2,85(1,59-5,09) vs (0,79(0,69-0,89), insuficiencia cardíaca (2,06(1,19-3,56) vs 0,85(0,75-0,96), cardiopatía valvular 2,19(1,28-3,75) vs (0,83(0,73-0,94), enfermedad arterial periférica (2,8(1,42-5,52) vs (0,85(0,76-0,94), fibrilación auricular (1,83(1,09-3,08) vs (0,86(0,76-0,98) e infarto lacunar (2,23(1,21-4,09) vs (0,86(0,77-0,96). Además, el análisis multivariante, mediante regresión de Cox, evidenció que la presencia de CAM se asocia significativa e independientemente con el desarrollo de eventos cardiovasculares y el fallecimiento por dichos eventos ($p<0.0001$ y $p=0.01$, respectivamente).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio sugiere que la utilización de la mamografía podría ampliarse, desde su origen como herramienta universal de detección precoz del cáncer de mama hacia un futuro instrumento no invasivo y preventivo de eventos cardiovasculares y reducción de la mortalidad asociada.

De esta forma, nuestros datos subrayan la importancia de la mamografía en el marco de estrategias de aprovechamiento de recursos sanitarios, permitiendo, además, el

emprendimiento de nuevos retos a partir de las mismas, en formato digital, mediante su evaluación más ágil en base a técnicas de inteligencia artificial.

ID: 346

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN INCIDENCIA, TIEMPO DE DIAGNÓSTICO -TRATAMIENTO Y EXTENSIÓN TUMORAL EN DOS CÁNCERES PREVALENTES

AUTORES: Montserrat Pilas Pérez; J Salamanca Santamaría; P Ruiz López; C Varela Rodríguez; AM Muñoz Lucas-Torres; O Toldos González.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre

JUSTIFICACION

La pandemia de la COVID-19 en España ha provocado una crisis sanitaria sin precedentes que ha sumido al sistema sanitario en una sobrecarga cercana al colapso en algunas regiones. La priorización de los recursos para atender a los enfermos COVID+ podría suponer retrasos en el diagnóstico y atención de pacientes con enfermedades como el cáncer.

OBJETIVOS

Conocer el impacto de la pandemia en la incidencia, tiempo transcurrido entre el diagnóstico y tratamiento y extensión tumoral en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) y cáncer broncopulmonar (CBP) atendidos en el hospital, comparando dos periodos (antes y durante la pandemia).

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional, retrospectivo de cohortes. Población del estudio: pacientes con CCR y CBP diagnosticados y tratados en el hospital entre marzo de 2019 y febrero de 2020 (cohorte 1) y entre marzo de 2020 y febrero de 2021 (cohorte 2). Fuentes de información: Registro de Tumores del hospital, Índice Nacional de Defunciones e historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Se registraron 889 casos de CCR, 561 en la cohorte 1 y 328 en la cohorte 2, lo que supone una reducción del 41% en la segunda cohorte con respecto a la primera, fundamentalmente a expensas de tumores in situ y localizados (disminución del 51% y 40%, respectivamente). No hubo diferencias significativas respecto a la edad y sexo en las dos cohortes de años de diagnóstico. No existieron diferencias significativas en el intervalo de tiempo diagnóstico-tratamiento entre las dos cohortes (p=0,23). El porcentaje de enfermos fallecidos por CCR infectados por COVID fue del 26% en la primera cohorte vs 61% en la segunda.

Se registraron 708 casos de CBP, 359 en la cohorte 1 y 349 en la cohorte 2, lo que supone una reducción del 3% en la segunda cohorte con respecto a la primera, fundamentalmente a expensas de tumores localizados (disminución del 3%). No hubo diferencias significativas respecto a la edad y sexo en las dos cohortes de años de diagnóstico. El intervalo de tiempo diagnóstico-tratamiento fue menor en la cohorte 2 que en la primera (23 vs 29 días) p=0,02. El 14% de los fallecidos por CBP en la primera cohorte eran COVID+ y el 36% en la segunda cohorte.

CONCLUSIONES

Se ha observado un descenso relevante del número de pacientes con diagnóstico de CCR en estadio inicial. No se han producido diferencias significativas en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico al inicio del tratamiento entre el grupo de pacientes pre-pandemia y la cohorte de pacientes diagnosticados durante la etapa COVID con CCR.

El diagnóstico de CBP ha descendido muy ligeramente durante la pandemia.

El intervalo de tiempo diagnóstico-tratamiento se ha reducido significativamente en los pacientes diagnosticados de CBP en plena pandemia. Este dato, junto con que no hay diferencias en el tiempo diagnóstico-tratamiento en el CCR es un indicador de buena calidad de atención, puesto que no se ha retrasado el tratamiento en estos dos cánceres prevalentes.

ID: 347

VALIDACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA HERRAMIENTA TRIGGER PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA GENERAL.

AUTORES: Ana Isabel Pérez Zapata[1]; PM Ruiz López[2]; M De la Fuente[3]; E Rodríguez Cuéllar[4]; E Ferrero Herrero[5]
CENTRO DE TRABAJO: H.U. 12 de Octubre[1245]; H.U. Infanta Elena[3]

JUSTIFICACION

Las unidades quirúrgicas son las áreas con mayor frecuencia de Eventos Adversos. La cirugía guarda se relaciona con el 1,9 al 3,6 % de los EA en hospitales. Desde la publicación del Harvard Medical Practice Study, la metodología retrospectiva de revisión de EA ha sido la más empleada. El Institute for Healthcare Improvement alentó a los sistemas sanitarios a poner en marcha la herramienta Global Trigger Tool (GTT) para medir y monitorizar de los EA.

El desarrollo de una herramienta específica, que permite identificar los EA de forma rápida, eficaz y a bajo coste es de gran utilidad para la gestión de riesgos y la seguridad del paciente, especialmente en cirugía donde éstos son frecuentes y graves.

OBJETIVOS

Validar un conjunto de "triggers" predictivos de EA en pacientes operados en los servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo (CGAD).

MATERIA Y METODOS

Estudio retrospectivo, multicéntrico observacional y descriptivo de ámbito nacional (31 hospitales de agudos del sistema público de salud). La muestra se calculó de forma aleatoria atendiendo a una probabilidad estimada del 90% para la detección de EA (según datos de otros estudios sobre metodología trigger, con una población estimada de 80.000 intervenciones quirúrgicas, un nivel de confianza del 95% y una precisión de 0,02, el tamaño muestral fue de 855 historias.Se aplicó la herramienta trigger (GTT) para la detección de EA. Los EA se clasificaron en función de su gravedad y evitabilidad.

Se consideró prevalencia de EA como el porcentaje de pacientes con al menos un EA asociado.

Para medir la validez predictiva de la herramienta para detectar la presencia de EA, se utilizaron la sensibilidad y especificidad diagnósticos, así como el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN). Se utilizó un modelo de predicción para la propuesta de optimización de la herramienta mediante regresión logística binaria.

RESULTADOS

Se registraron un total de 1132 pacientes. La edad media fue de 58,15 años con un mínimo de 18 años y un máximo de 94. Hubo 555 (49%) mujeres y 577 (51%) hombres.

La colelitiasis sintomática fue el diagnóstico más frecuente.

La herramienta mostró una sensibilidad del 86,27%, una especificidad del 79,55%, un valor predictivo positivo (VPP) del 66,52 y un valor predictivo negativo (VPN) del 92,48 %.

El modelo de optimización de la herramienta contó de 12 triggers su área bajo la curva fue de 83,36 %.

La prevalencia de eventos adversos fue del 31,53% (357 pacientes). Hubo un total de 599 EA.

El 26,77% de los EA obtuvieron categoría de daño E, el 58 % fueron de categoría F, el 8% G, el 10,61% fueron H y un 1,86% de los pacientes categoría I.

El 34% de los EA se consideraron evitables. Un 24,92 % fueron considerados con una ligera probabilidad de evitabilidad.

CONCLUSIONES

La herramienta trigger propuesta en este estudio es eficaz para la detección de eventos adversos en cirugía general y presenta niveles de sensibilidad y especificidad elevados.

El modelo optimizado de la herramienta presenta una buena capacidad predictiva.

ID: 348

ESPIROMETRÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA COVID 19 ¿CUÁNDO Y CÓMO?

AUTORES: MARIA LUISA ALCAZAR GONZÁLEZ[1]; A CAÑADA DORADO[2]; MD MARTÍNEZ PATIÑO[3]; N DOMÍNGUEZ PÉREZ[4]; Y MARTÍN PEINADOR[5]; O AGUADO ARROYO[6].

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[1234]; CENTRO DE SALUD GOYA[5]; CENTRO DE SALUD FRANCIA[6].

JUSTIFICACION

La realización de espirometrías en los Centros de Salud (CS) quedó interrumpida por el inicio de la pandemia COVID-19 debido al alto riesgo de contagio tanto para el personal sanitario como para los pacientes, ya que durante la realización de la prueba se producen gran cantidad de aerosoles. Las variables más determinantes en la realización de espirometrías en este contexto de pandemia en Atención Primaria (AP) son establecer las indicaciones y el momento epidemiológico en el que realizarlas con las máximas garantías de seguridad

OBJETIVOS

Establecer las recomendaciones necesarias a profesionales y pacientes para garantizar su seguridad durante la realización de espirometrías en los Centros de Salud durante la pandemia COVID 19

MATERIA Y METODOS

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) a través de su Subcomisión de Seguridad del Paciente, y a petición de profesionales asistenciales y de otras estructuras de la organización, ha elaborado un documento de recomendaciones para la realización de espirometrías en los CS durante la pandemia COVID 19 en base a documentos del Ministerio de Sanidad, la Consejería de Sanidad, la GAAP y otros elaborados por Sociedades Científicas.

El Plan de Contingencia de la GAAP define las actuaciones a realizar en las fases de la pandemia COVID 19 y contempla diferentes escenarios que marcarán los Servicios Salud Pública del Ministerio de Sanidad y de nuestra Comunidad Autónoma de acuerdo a las futuras fases que se vayan produciendo en relación a la pandemia (contención con tendencia creciente, mitigación, contención-retomando control epidemiológico, desescalada-transición y fase interpandémica)

RESULTADOS

Se han establecido indicaciones adaptadas a la situación epidemiológica de la COVID- 19, así como un total de 32 recomendaciones estructuradas de la siguiente manera: valoración del paciente respecto a la infección por SARS-CoV-2 y prueba diagnóstica a realizar (5), organización general y acceso a la asistencia (2), requisitos de la sala para realizar espirometrías (5), medidas de seguridad para pacientes y profesionales (5), recomendaciones durante la realización de la prueba (12) y de limpieza y desinfección del material sanitario y superficies de contacto con el paciente durante la jornada y al finalizar (3).

El documento fue revisado por el Grupo Técnico COVID de la GAAP, ha sido difundido a los CS y se encuentra en la intranet

CONCLUSIONES

La existencia del SARS-CoV-2 hace necesario implantar unas medidas de seguridad para prevenir la transmisión de la infección que requerirán más tiempo por prueba y la reorganización de las consultas

En las fases de contención con tendencia creciente, mitigación y contención-retomando el control epidemiológico no se recomienda realizar espirometrías en AP

Únicamente se recomienda reanudar las en fase de transición si urge para el diagnóstico e inicio de tratamiento de EPOC y asma o si es esencial para tomar decisiones sobre su tratamiento, y en fase interpandémica con todas las indicaciones contempladas en AP.

ID: 349

EL VALOR DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA EN LAS ORGANIZACIONES ¿POR DÓNDE ANDAMOS?

AUTORES: MARIA LUISA ALCÁZAR GONZÁLEZ[1]; N DOMÍNGUEZ PÉREZ[2]; C BUSTILLO GORGOJO[3]; M ALMAZÁN DEL POZO[4]; M GOMEZ SIMÓN[5]; JC GARCÍA ANTÓN[6].

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[12]; SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[3]; GERENCIA ADJUNTA DE GESTIÓN Y SERVICIOS GENERALES. GERENCIA ASISENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[4]; DIRECCIÓN TÉCNICA DE OBRAS, MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[5]; DIRECCIÓN TÉCNICA DE RECURSOS HUMANOS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA[6].

JUSTIFICACION

La Responsabilidad Social Corporativa (RSC) es la integración voluntaria por parte de las empresas de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con los grupos de interés. Desde la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP), alineada con los objetivos institucionales a nivel autonómico, se promueve la Responsabilidad Social Sociosanitaria (RSS) de forma transversal en toda la Organización. El cumplimiento de los requisitos necesarios para alcanzar un nivel óptimo de desarrollo y mejora continua en esta materia es llevado a cabo mediante la realización de una autoevaluación en RSS como herramienta integrada en un Modelo de Reconocimiento Institucional.

OBJETIVOS

Desplegar la RSS en la GAAP dentro de un Marco del Nivel de Reconocimiento Institucional.

MATERIA Y METODOS

La GAAP creó su Subcomisión de RSC (SRSC) con la misión de dar respuesta a las necesidades y objetivos institucionales en este ámbito. Está formada por profesionales asistenciales y de estructuras directivas y técnicas de la GA relacionadas con su ámbito de actuación. Es coordinada por profesionales de Unidad de Calidad.

Esta Subcomisión, en el año 2019 realizó la Autoevaluación en esta materia utilizando el Cuestionario de Autoevaluación en RSS Institucional. Este Cuestionario consta de 7 Áreas clave: General, Ambiental, Económico-Financiero, Social, Personas, Pacientes-Clientes, Alianzas-Proveedores y contiene 55 preguntas y 107 ítems para valorar el grado de implantación. La puntuación final obtenida viene dada por la ponderación asignada a cada tipo de pregunta, de acuerdo a unos criterios previamente establecidos. Los niveles de reconocimiento son básico, medio, avanzado y excelente, siendo necesario para cada nivel cumplir una serie de requisitos y puntuación.

Se debe disponer de la evidencia documental de aquellos ítems que se marcan como cumplidos, siendo los documentos requeridos a la GAAP el Informe de resultados de la Encuesta de Clima laboral realizada en la Organización, el Código de Conducta y el Informe sobre la información personalizada que se entrega a pacientes y familiares.

RESULTADOS

La GAAP ha obtenido en el año 2020 el Nivel de Reconocimiento Avanzado, con una puntuación de 329 puntos sobre los 412 posibles del Cuestionario (80% del total de la puntuación posible).

Se han cumplido los 25 ítems clave: nivel básico (15 ítems) y medio (10 ítems).

Se han obtenido las opciones más favorables de respuesta en 78 ítems.

La difusión del resultado alcanzado se realizó mediante noticia publicada en la Intranet.

CONCLUSIONES

Para avanzar en sostenibilidad y RSC es necesaria la implicación de todas las estructuras de la Organización a nivel macro, meso y microgestión dada la transversalidad que la caracteriza.

La SRSC es clave para facilitar la consecución de los objetivos en esta materia .

El Cuestionario de Autoevaluación nos permite tener un diagnóstico situacional y planificar las acciones de mejora a realizar para obtener mejores resultados en las diferentes áreas de la RSS

ID: 350

VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD Y EL MIEDO AL COVID-19 EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

AUTORES: MARTA FORTÚN BELENGUER; R LATORRE TOMEY; C VELA MAICAS; FJ GARCÍA ALARCÓN; M ÁLVAREZ CORTÉS; MA BONO ARIÑO.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

JUSTIFICACION

Desde que se reportara el primer caso de infección por coronavirus a finales del año 2019, la vida de los seres humanos ha dado un giro de 180 grados. Según varios estudios, además de haber influido en nuestra forma de actuar y de relacionarnos, la pandemia ha repercutido de forma negativa en la salud mental de la población. Sin embargo, los recursos en materia de investigación se han focalizado en estudiar la fisiopatología del virus, su transmisibilidad y sus potenciales opciones curativas, infravalorando las implicaciones psiquiátricas/psicológicas que tiene y que también forman parte de su patogenicidad.

OBJETIVOS

Valorar, mediante la cumplimentación de dos cuestionarios, los niveles de miedo y ansiedad al COVID-19 en pacientes ingresados (por causas ajenas al virus) y considerar la necesidad de intervención precoz por parte del Servicio de Salud Mental para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estas patologías.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo prospectivo dirigido a pacientes ingresados en los Servicios de Urología y Cirugía General de un Hospital Secundario (Hospital Universitario San Jorge de Huesca) durante dos meses (01/01/21 al 28/02/21).

Entrega de dos cuestionarios por paciente, "Coronavirus Anxiety Scale (CAS)" y "Fear Coronavirus Scale (FCV-19S)", traducidos al castellano, para su cumplimentación de forma anónima, de acuerdo al Reglamento General de Protección de Datos.

N=92. Criterios exclusión: menor 18 años, infección por COVID-19 pasada o vacunación completa, diagnóstico previo de ansiedad, incapacidad para contestar a los cuestionarios por deterioro del nivel de conciencia, barrera idiomática, analfabetismo o discapacidad establecida y rechazo a participar en el estudio.

Informatización y análisis de datos mediante Excel.

RESULTADOS

118 pacientes incluidos inicialmente. Exclusiones: 1 menor de edad, 3 por diagnóstico previo de ansiedad, 11 por deterioro cognitivo, 6 por no poder cumplimentar el test al inicio del ingreso y 3 por formularios mal cumplimentados. 2 pacientes rechazaron participar en el estudio. N=92

En el análisis del cuestionario CAS, 6 pacientes superaron el punto de corte para un elevado nivel de ansiedad al COVID-19. 53 pacientes (57,6%) tuvieron una puntuación de 0 (no ansiedad).

En el análisis de la escala del miedo (FCV-19S), la puntuación varía de 0 a 35. El intervalo de 12 a 23 puntos (miedo moderado al COVID-19) concentra la mayor parte de pacientes (57, un 61,9%). Solo 1 presenta rango máximo de miedo. Estos datos indican, en general, miedo moderado al virus.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes hospitalizados en época de pandemia por el COVID-19 han demostrado un bajo nivel de ansiedad, pero un moderado nivel de miedo. Por ello, podría resultar beneficioso proporcionarles información al ingreso que recoja las medidas de seguridad adoptadas frente al COVID-19 y, en aquellos casos en los que esta medida sea insuficiente, contar con la intervención del servicio de Salud Mental.

MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES UROLÓGICOS DURANTE PANDEMIA COVID-19: EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

AUTORES: Marina Álvarez Cortés; FJ García Alarcón; M Fortún Belenguer; T Cabañuz Plo; MS Castillo Jerez; A Bono Ariño.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Jorge

JUSTIFICACION

Durante la pandemia actual y consecuente crisis sanitaria se ha visto alterado el normal funcionamiento del sistema sanitario, siendo preciso una readaptación de este a las circunstancias actuales.

OBJETIVOS

Debido a la necesidad de destinar la mayoría de los recursos a aquellos pacientes afectados por la pandemia, se planteó en nuestro servicio la necesidad de implementar protocolos de actuación, según las recomendaciones de los organismos internacionales, para tratar de disminuir la afluencia hospitalaria y posibles nuevos contagios.

Así mismo, desde el año 2019 en nuestro servicio se han incluido en historia clínica electrónica (HCE) todos los episodios de "primer día". Durante la pandemia, se acordó incluir en ella a todos los pacientes atendidos, tanto de forma presencial como telefónica.

MATERIA Y METODOS

Revisión de guías y protocolos elaborados por la Asociación Española de Urología y la Asociación Europea de Urología sobre las patologías más prevalentes en nuestro medio, y con mayor presión en la lista de espera quirúrgica (LEQ) y mayor demanda en consultas externas.

Revisión de todos los pacientes incluidos en la LEQ del servicio de Urología del Hospital San Jorge de Huesca, y de todos los pacientes pendientes de atención en consulta especializada, tanto los que ya tenían cita asignada como los que no.

RESULTADOS

Desarrollo de 4 protocolos:

- Actualización en el manejo de patología no oncológica de aparato urinario y recomendaciones generales en cirugía pandemia por COVID-19.
- Manejo del tumor vesical ante pandemia por COVID-19
- Manejo del cáncer de próstata ante pandemia por COVID-19
- Manejo de otros tumores urológicos (renal, testicular, vías urinarias y pene) ante pandemia por COVID-19

Modificación de la prioridad de los pacientes incluidos en la LEQ en base a los criterios de los protocolos, ordenada por: urgente, prioridad alta, prioridad media y prioridad baja.

Se revisan indicaciones de consulta para diferenciar entre aquellos pacientes que debían acudir presencialmente y los que podían ser atendidos telefónicamente.

Inclusión sistematizada de todos los episodios de los pacientes atendidos durante la pandemia en HCE.

CONCLUSIONES

En base a los protocolos creados, conseguimos disminuir la asistencia presencial en consulta, realizando el mayor número de consultas telefónicas posibles y retrasando las intervenciones quirúrgicas menos prioritarias, intentando disminuir la influencia negativa de la pandemia en la evolución de los pacientes.

ID: 353

ADMINISTRACION DE VACUNAS Y LA IMPORTANCIA DE QUE CADA COSA ESTE EN SU SITIO. OTRO EFECTO DE LA PANDEMIA

AUTORES: ANTONIO PAREDES SIDRACH DE CARDONA; L BUITRAGO GALVEZ
CENTRO DE TRABAJO: CS MURCIA VISTALEGRE LA FLOTA

JUSTIFICACION

La pandemia ha supuesto que los protocolos habituales de trabajo y atención a pacientes se hayan visto alterados con frecuencia. Han sido necesarios adecuar espacios y reorganizar actividades, provocando cambios de ubicación de los recursos (material, medicación y aparataje) para minimizar los desplazamientos en el centro. La colocación de una vacuna triple vírica en un frigorífico donde no era el habitual, porque se encuentra más cerca de las consultas, es el inicio de una serie de errores.

Se produce un error en la administración de una vacuna a una gestante. Se administra la vacuna triple vírica (TV) en vez de la difteria, tétanos y tosferina, en el último trimestre de su embarazo

OBJETIVOS

Nos planteamos identificar las causas que han favorecido el error en la vacunación y establecer pautas de trabajo que minimicen dichos errores

MATERIA Y METODOS

Como aspectos facilitadores del error tenemos:

- Cambios de marca comercial de las vacunas disponibles en nuestro trabajo. Esto provoca en ocasiones dudas del profesional de enfermería de la vacuna que realmente está disponible, ya que no cambia solo el nombre comercial y el envoltorio de la vacuna si no también la presentación y forma de preparación de las mismas.
- Incorrecta e inusual ubicación de vacunas en los diferentes frigoríficos y cámaras del centro.
- Actividad con una baja frecuencia, lo que motiva falta de experiencia y destreza en los miembros del equipo para el uso de algunas vacunas.

La incorrecta ubicación de la vacuna TV en uno de los frigoríficos motivada por la comodidad de los trabajadores de acudir a ese frigorífico en vez de a la cámara cuando la necesitan, que las dos vacunas son triples y que el profesional de enfermería no comprueba la vacuna prescrita cotejándola con la que recoge en el frigorífico, hace que la administración sea errónea.

RESULTADOS

Identificado el error tras la administración, se consulta con la matrona y con su médico de familia, se contacta con el hospital de referencia, indicando que no se esperan problemas durante el embarazo al tratarse del tercer trimestre de gestación, pero que hay que vigilar la evolución.

Como consecuencia de este incidente se restituye en su lugar correcto la vacuna TV y se informa al equipo que no se debe cambiar las ubicaciones de las mismas.

Ha sido necesario tomar medidas para corregir estas situaciones y garantizar la correcta administración de vacunas:

1. Identificación correcta del producto y del lugar de almacenaje
2. Mantener la ubicación en el tiempo y no cambiarla sin previo consenso e información del equipo
3. Continua actualización sobre las vacunas disponibles y de nuevas incorporaciones en nuestro centro por grupo de WhatsApp
4. Formación continuada sobre vacunas disponibles como mínimo dos veces al año, y siempre tras un cambio de vacuna (ya sea por calendario oficial o por adquisición a otra empresa farmacéutica)

CONCLUSIONES

La comodidad y exceso de confianza de los trabajadores ha supuesto un aumento de la probabilidad para cometer errores graves.

ID: 354

IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LA IMPORTANCIA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

AUTORES: Sara Pilar Luengo Broto; ML Trillo Martínez; GL Gracia Casado; JM Celorrio Pascual; JM Real Campaña; VM Solano Bernad.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet

JUSTIFICACION

La Seguridad del Paciente, dimensión clave de la Calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años. Prevenir y reducir los daños a pacientes asociados a la atención sanitaria, con la creciente complejidad de los Sistemas de Salud, es un reto que debemos abordar todos los actores implicados en el proceso asistencial.

OBJETIVOS

En 2019 se elaboró y aprobó un Plan de Seguridad del Paciente propio de nuestro Hospital, basado en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de este estudio es describir el proceso de implementación del mismo en el Hospital comenzando por la difusión de la cultura de seguridad entre los profesionales de la organización.

MATERIA Y METODOS

El despliegue del Plan de Seguridad fue impulsado desde la Comisión de Seguridad, estructura de apoyo a la Dirección. Dependiente de esta Comisión se creó el Grupo del Núcleo de Seguridad, formado por un grupo más reducido de profesionales para implementar acciones más concretas. Para difundir la estrategia, crear un nexo entre la actividad asistencial y la Comisión y colaborar con la implantación del Sistema de Notificación de Incidentes (SiNASP) se definió la figura del Responsable de Seguridad en Servicios / Unidades. Para su formación se impartieron sesiones, talleres y se difundió un curso online del SiNASP. Después, se les propuso realizar al menos 1 actividad formativa en su Servicio/Unidad.

RESULTADOS

Se designaron Responsables de Seguridad en el 92% de Servicios/Unidades, un total de 123. El 82% asistió a la presentación de las líneas de Seguridad del Hospital. El núcleo de Seguridad realizó 4 ediciones del Taller de Seguridad, dando prioridad a los responsables, el 68% lo realizó. El curso del SiNASP fue realizado en 2019 por 99 profesionales del centro y en 2020 por 185. El 45 % de los responsables lo realizó y el 17% impartió al menos una actividad formativa en su Servicio/Unidad. Respecto a la notificación y gestión de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente durante el 2020: los profesionales del centro notificaron 137 incidentes al SiNAPS, los cuales fueron gestionados y analizados por el Núcleo de Seguridad. Se abrieron un total de 20 planes de mejora relacionados con los incidentes declarados y se realizaron 3 análisis causa raíz de incidentes graves en los cuales han participado los profesionales implicados, Dirección y el Núcleo de Seguridad.

CONCLUSIONES

Para lograr la reducción de los incidentes relacionados con la seguridad a través de la implantación de una estrategia es fundamental la implicación de todos los profesionales del centro. La apuesta del Hospital por la difusión de la cultura de Seguridad y la formación continuada son los pilares que garantizan seguir avanzando en la construcción de centros seguros.

ID: 357

SERVICIOS HOSPITALARIOS CERTIFICADOS CON LA NORMA ISO 9001: EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DE SU SATISFACCIÓN

AUTORES: Sara Pilar Luengo Broto; ML Trillo Martínez; GL Gracia Casado; A Del Cura Bilbao; K Bliek Bueno; VM Solano Bernad.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet

JUSTIFICACION

La implantación y mantenimiento de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) basado en la norma ISO 9001 en los Servicios Hospitalarios es una herramienta que nos permite trabajar bajo la metodología de la mejora continua. Conocer la percepción de los Servicios certificados es clave para mejorar el desempeño del resto de actores implicados en el mantenimiento de un SGC.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es valorar la evolución de la satisfacción de los Servicios que trabajan con un SGC basado en la norma ISO 9001:2015. Desde la Unidad de Calidad Asistencial (UCA), conocer las debilidades y fortalezas identificadas por los Servicios es fundamental para trabajar en su mejora.

MATERIA Y METODOS

En 2019 se diseñó desde la UCA una encuesta formada por 5 preguntas con respuesta en escala Likert, (rango 1-5) y un apartado de texto libre para sugerencias de mejora. Este año 2021, se añadieron 2 preguntas dirigidas a evaluar la satisfacción global de los Servicios con el SGC y con la UCA, y otra con texto libre para comentarios. Se identificaron los profesionales responsables de calidad de los 21 Servicios certificados y se envió la encuesta en un formulario de Google. Para analizar los resultados, se calcularon las medias de cada pregunta, y se realizó un análisis Pre-Post (U Mann Whitney) comparando resultados del año 2019 con los actuales. Las sugerencias fueron revisadas de forma cualitativa para proponer acciones de mejora.

RESULTADOS

Se enviaron un total de 62 encuestas a los responsables de calidad de los Servicios. La tasa de respuesta fue del 50% (31 respuestas). No se observaron diferencias significativas en ninguna de las 5 preguntas con respecto a la evaluación del 2019. El aspecto con mayor puntuación media fue la promoción del cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 por la UCA (4,35 puntos) y la pregunta con menor puntuación fue el cumplimiento de los objetivos del SGC (3,71 puntos), hallazgos similares a los resultados del 2019. La puntuación media de la satisfacción global con el SGC fue de 3,55 y con la UCA de 4,06. Tras realizar el análisis cualitativo de las sugerencias de mejora propuestas, éstas se podían dividir en 2 grupos principales: mayor apoyo de la Dirección en la implantación y mantenimiento del SGC en los Servicios y aumento de la dotación de recursos tanto para la UCA, como para los propios Servicios. El objetivo de estas propuestas es favorecer una colaboración más activa entre las partes implicadas y poder solventar las incidencias detectadas.

CONCLUSIONES

La satisfacción de los Servicios Certificados con la norma ISO 9001 se mantiene estable. Esto, pone en valor el compromiso de las partes implicadas pese a las adversidades del último año. Sin embargo, la satisfacción global con el SGC es mejorable y las propuestas de los Servicios deben analizarse para determinar en que grado se pueden desarrollar.

ID: 358

CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE LOS PROFESIONALES INTERNOS RESIDENTES, ¿HAY QUE MEJORAR LA FORMACIÓN?

AUTORES: Sara Pilar Luengo Broto; JM Celorrio Pascual; GL Gracia Casado; ML Trillo Martínez; K Bliek Bueno; VM Solano Bernad.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet

JUSTIFICACION

La seguridad del paciente, dimensión de la calidad asistencial, desarrolla estrategias para reducir el daño al paciente asociado a la asistencia sanitaria. Para conseguirlo, la cultura de seguridad entre los sanitarios es fundamental. Uno de los objetivos de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud es fomentar la formación en Seguridad del Paciente en los profesionales sanitarios, durante todos sus niveles de formación y desarrollo, incluyendo el periodo de formación especializada.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar la formación en seguridad del paciente de los profesionales internos residentes del Hospital.

MATERIA Y METODOS

Se diseñó una encuesta para evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales internos residentes. La encuesta se componía de 15 ítems. Las 9 primeras preguntas se diseñaron específicamente para evaluar la formación en Seguridad del paciente que reciben los profesionales internos durante su residencia, así como el nivel de conocimiento sobre la estrategia de seguridad implementada en el Hospital. Las 6 preguntas restantes fueron extraídas de la versión traducida y validada de la encuesta desarrollada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para medir la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario. La encuesta se envió a los 370 residentes en formación del Hospital en un formulario de Google.

RESULTADOS

Se recibieron 68 encuestas (tasa respuesta: 18,4%). El 55,3% refirió no haber recibido formación en Seguridad del Paciente en el Hospital , sin embargo, hasta el 98,5% consideró que debería incluirse en su periodo formativo, siendo el formato preferido (43,3%) online, voluntario y realizable en cualquier momento. Respecto al conocimiento de la estrategia de seguridad implementada en el Hospital, el 68,7% no conocía el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) y el 88,1 % nunca había notificado un incidente en el mismo. Hasta el 79,1% no conocía al Responsable de Seguridad de su Servicio. De las preguntas extraídas de la encuesta diseñada por la AHRQ, en una escala del 1 (muy en desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo), la pregunta con mayor puntuación media (3,1 puntos) fue si consideraban que sus responsables valoraban seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. En el otro extremo, la pregunta con menor puntuación (2,5 puntos) fue si pensaban que se les informaba de los errores que se cometían en su Servicio.

CONCLUSIONES

La formación de los residentes en Seguridad del Paciente en el Hospital es mejorable. Promover la inclusión de contenido relacionado con la seguridad en el periodo de formación especializada y fomentar la implicación de los nuevos profesionales en los planes de seguridad del centro, podrían mejorar la cultura de seguridad en el mismo.

ID: 359

RECLAMOS EN PANDEMIA COVID 19 EN UN CENTRO AMBULATORIO DE REFERENCIA DE GASTROENTEROLOGIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

AUTORES: Sandra Door; I Banchero; F Ragagnin; L Caro
CENTRO DE TRABAJO: Gedyt S.A.

JUSTIFICACION

En Argentina, el 20 marzo 2020 se decreta el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por la pandemia COVID19. La cuarentena extendida se flexibilizó paulatinamente. Los financiadores no permitían en los servicios ambulatorios la atención a pacientes de riesgo, ni mayores de 65 años, ni estudios de control, solo habilitaban estudios de urgencia. Con la situación sanitaria aún no contenida, el área de Calidad registró y analizó la satisfacción de sus pacientes a través de los reclamos.

OBJETIVOS

Analizar los motivos de reclamos y quejas de pacientes del 20 de Marzo 2020 al 1de Junio 2021 y tomar medidas en pos de la mejora.

MATERIA Y METODOS

Reclamo: insatisfacción emitida por paciente o familiar en relación al servicio recibido durante la pandemia. Vías de ingreso: telefónica, mail, redes sociales, web y libro de quejas que es requerimiento del gobierno local. De los reclamos en redes sociales solo se consideran los de pacientes identificados.

Estudio descriptivo de registro y análisis a partir del tablero de reclamos como herramienta de gestión en el que contamos con tres categorías. Se procede al análisis porcentual de cada una de ellas y de la tendencia obtenida se prioriza dónde aplicar la mejora inicial.

RESULTADOS

Se registraron un total de 208 reclamos que fueron evaluados, respondidos, codificados y agrupados en estas 3 categorías:

Asistencia Médica propiamente dicha: Fallas en el registración o comprensión de la información médica, complicaciones intra o post practica: 6%.

Comunicación y Actitud: falta de empatía, defectos en la comunicación paciente y equipo de salud o equipo administrativo: 33%.

Gestión de la Organización, logística, información y procesos: Accesibilidad al turno, protocolos Covid en salas de espera, error en los datos del paciente, imposibilidad o demora en la comunicación para obtener un turno: 61%. El mayor porcentaje de reclamos se registró en la accesibilidad al turno y en la comunicación para obtenerlo.

CONCLUSIONES

La flexibilización de las restricciones por la pandemia en octubre 2020 y la liberación de las prestaciones por parte de los financiadores, generó que la demanda contenida colapsara la estructura operativa de oferta y acceso a los turnos por el sistema de atención telefónica de nuestro centro.

La situación ameritaba un plan efectivo y seguro para absorber esa demanda.

El centro se readaptó primero garantizando la seguridad del paciente, colocando equipos de presión negativa en todas las sucursales, se reacondicionaron espacios para la reapertura de más salas de endoscopías y consultorios, se extendió 2 horas el horario de atención telefónica, se reasignaron nuevos colaboradores a dicha tarea, se impulsó la atención por WhatsApp, como otro canal de acceso. Se realizaron talleres y charlas de manejo de stress con el equipo médico y administrativo para mejorar la comunicación, contención y empatía.

ID: 360

AUMENTANDO LA SEGURIDAD EN QUIRÓFANO: IMPLANTACIÓN DE LA HERRAMIENTA PROACTIVA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (PROSP)

AUTORES: Carmen Jiménez Jiménez[1]; O Hernández Villén[2]; R Reig Puigbertran[3]; M Gens Barbera[4]; A Caro Tarragó[5]; I Montalvo Aguirrezabala[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Joan XXIII[12356]; Gerencia Territorial Tarragona[4]

JUSTIFICACION

La cirugía representa una parte muy importante de los tratamientos médicos en la actualidad que no está exenta de complicaciones, alguna de éstas incluyen errores relacionados con identificación del paciente, localización de la intervención o problemas con el equipamiento para la inducción de la anestesia. Mejorar la seguridad en el proceso quirúrgico, gestionando el riesgo de manera proactiva, anticipando los posibles efectos adversos evitando que lleguen al paciente, en definitiva, los listados de verificación quirúrgica son una excelente herramienta que ayudan a prevenir potenciales complicaciones predecibles y evitables.

OBJETIVOS

General: Implementar dos listados de verificación (LV), en el bloque quirúrgico, mediante la aplicación PROSP al término del 2021.

Específicos:

- Estandarizar el contenido de la Estación de trabajo y Carro de Medicación de Anestesia
- Garantizar la competencia del personal.
- Promover la cultura en Seguridad del Paciente.

MATERIA Y METODOS

Para estandarizar el contenido del carro de medicación y estación de trabajo de anestesia se elaboró del mapa real de carros y torres. También, se crea un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales del servicio para unificar criterios de revisión y contenidos y se definieron y crearon los listados de verificación en la aplicación inteligente PROSP Cat.

En cuanto a garantizar la competencia del personal, se definió un programa formativo planificando sesiones en el servicio, con el objetivo de integrar la cultura de seguridad del paciente en los profesionales.

Se creó el Núcleo de Seguridad, con el fin de promover la cultura en Seguridad del paciente, integrándola en la línea estratégica del Proceso Quirúrgico, siendo uno de los objetivos principales del responsable del proceso Quirúrgico.

RESULTADOS

Se definieron y evaluaron 15 carros y 25 estaciones de trabajo de anestesia.

No se podían sellar ni se les podía incorporar un sistema de sellado, eso suponía la compra de carros nuevos.

Definir las ubicaciones correctas.

Redacción y aprobación de los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) de la revisión de carros de medicación y estación de trabajo de anestesia.

Implantación de chek-list de carro de medicación y estación de trabajo de anestesia en la aplicación PROSP .

CONCLUSIONES

Podemos asegurar que respecta a la seguridad del paciente, cada vez adquiere más importancia las acciones en la Seguridad proactiva, con el objetivo de disminuir el riesgo evitable y favorecer un entorno seguro para el paciente durante la asistencia sanitaria. Utilizando las nuevas tecnologías, es éste caso de la herramienta proactiva en seguridad del paciente (PROSP Cat), nos permite realizar, los check list de verificación como para la obtención de datos y resultados.

Como limitaciones, se ha identificado la resistencia al cambio en el servicio, en parte por el desconocimiento en la seguridad del paciente.

ID: 361

ATENCIÓN FARMACÉUTICA DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE LA TELEFARMACIA

AUTORES: MARIA DOLORES CORDOBA SOTOMAYOR[1]; AC ÓRPEZ RAMÌREZ[2]; C ALARCON PAYER[3]
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAEN[12]; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES[3]

JUSTIFICACION

Exponer nuestra experiencia implantacion telefarmacia.

OBJETIVOS

Analizar la utilización de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la telefarmacia en un hospital de tercer nivel como proyecto piloto durante la pandemia Covid-19 para hacer posible el acceso de los pacientes más vulnerables a sus tratamientos de dispensación hospitalaria sin necesidad de tener que desplazarse al hospital y reducir el riesgo de contagio.

MATERIA Y METODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo del proyecto de implantación de la telefarmacia desde Mayo de 2020 hasta Marzo de 2021 en la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel. Durante este periodo se ha implantado la telefarmcia como un procedimiento de trabajo que asegure una dispensación de medicamentos a distancia de forma segura y además garantice la confidencialidad de la información y la protección de datos de los pacientes.

Se ha usado como herramienta tecnológica de comunicación entre los profesionales sanitarios AxonFarma, que nos ha permitido establecer una adecuada coordinación entre el hospital y la oficina de farmacia en la entrega de medicación a los pacientes y prestar una adecuada atención farmacéutica a distancia. La distribuidora farmacéutica Bidafarma ha sido la responsable del transponte y la adecuada conservación de los medicamentos.

Para una correcta trazabilidad de los envíos y una adecuada protección de los datos de los pacientes, se ha diseñado un sistema de doble etiquetaje. Por otro lado, el paciente muestra su conformidad de participar en la telefarmacia firmando el correspondiente consentimiento informado.

El sistema de doble etiquetaje consta de dos etiquetas, una que relaciona el nombre y los apellidos del paciente y de su domicilio con la farmacia receptora de la medicación y la segunda etiqueta en la que figuran los datos de la farmacia receptora, un código de barras que permite conocer el estado de ese envío en cualquier momento dentro del proceso del transporte y un código que corresponde a cada paciente, que se designa como una matrícula de números y letras aleatorios, para garantizar la privacidad y la confidencialidad de los datos de los pacientes.

RESULTADOS

Durante ese periodo se realizaron un total de 28.393 dispensaciones hospitalarias, de las que 10.512(37%) fueron dispensaciones a través de la implantación del sistema de telefarmacia, con una media de 4dispensaciones hospitalarias por paciente.

La media de dispensaciones al mes en la UPS fue de 2581,25 dispensaciones, de las que 1625,54 fueron de manera presencial en la UPS del servicio de Farmacia y 955,63 fueron a través del sistema de telefarmacia implantado en la unidad. La media de dispensaciones diarias a través de la telefarmacia fue de 46,81 y de 79,34 de forma presencial.

CONCLUSIONES

La telefarmarcia debe enmarcarse como una actividad complementaria dentro de las UPS para ofrecer una asistencia farmacéutica de calidad centrada en mejorar los resultados en salud y la satisfacción de los pacientes.

ID: 362

PACTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: PAULA Gayarre Abril; J Rioja Zuazu; J García-Magariño Alonso; C Blanco Chamorro; JI Hijazo Conejos; J Subirá Ríos.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Lozano Blesa

JUSTIFICACION

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es el tumor benigno más frecuente en el varón, y la enfermedad prostática con mayor incidencia. Es una de las principales causas de retención urinaria y la causa más común de sintomatología del tracto urinario inferior (STUI), siendo responsable de una alta demanda en consultas de urología, suponiendo la segunda causa de ingreso por intervención quirúrgica urológica. La resección transuretral de próstata (RTUp), es considerada a día de hoy el tratamiento gold standard para próstatas pequeñas y medianas, recurriendo a la técnica de adenomectomía prostática abierta, laparoscópica o robótica, en próstatas de mayor volumen (>80-100 gramos).

OBJETIVOS

Describir la experiencia en nuestro centro con la adenomectomía laparoscópica, implantada en enero de 2019, y compararla retrospectivamente con la técnica abierta convencional.

MATERIA Y METODOS

Desde enero de 2019 todos los pacientes con diagnóstico de HBP que cumplen criterios de abordaje quirúrgico mediante adenomectomia transvesical, son intervenidos mediante cirugía laparoscópica. Tras la implantación de la técnica, y con el objetivo de autoevaluarnos y analizar puntos de mejora, se realiza estudio descriptivo comparativo y retrospectivo de ambas técnicas quirúrgicas en el Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario Lozano. 54 pacientes por grupo, los grupos eran homogéneos.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico medio fue de 94,6 minutos para cirugía abierta, frente a 115,74 minutos en técnica laparoscópica, con una estancia hospitalaria media de 8,59 días en el grupo técnica abierta frente a 5,09 días en el grupo laparoscópico. 22,22% de los pacientes en el grupo convencional precisaron de transfusión de concentrados de hematíes, y un 3,7% en el grupo laparoscópico. El 20,37% de los pacientes sometidos a técnica abierta precisaron de reingreso hospitalario, frente a un 3,7% en el grupo laparoscopia. Un 31,48% de los pacientes presentaron complicaciones precoces en el grupo sometido a cirugía convencional, frente a un 27,77% de complicaciones en el grupo laparoscopia. Un 9,26% de complicaciones tardías en el grupo cirugía abierta, frente a un 3,7% en el grupo laparoscopia. El desarrollo de complicaciones, no mostró significación estadística entre grupos.

CONCLUSIONES

La adenomectomía laparoscópica tipo Millin es una técnica segura, con resultados superiores a la adenomectomía convencional abierta en cuanto a sangrado intraoperatorio, necesidad de transfusión postoperatoria, estancia hospitalaria y tasa de reingreso, mostrando significación estadística entre grupos. Todo ello, contribuye a la mejora del proceso de calidad asistencial y a un mayor beneficio para el paciente, que constituye, en todo momento, el centro de nuestras actuaciones.

ID: 363

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

AUTORES: ISABEL AZPEITIA LUMBRERAS; A POCINO CAMPAYO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL

JUSTIFICACION

La acreditación UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos es la herramienta para aportar al sector sanitario la competencia técnica de los laboratorios clínicos garantizando resultados fiables, minimizando riesgos de seguridad del paciente y aumentando la calidad diagnostica

Muchos de los laboratorios clínicos están certificados con norma internacional UNE EN ISO 9001 de sistemas de gestión de calidad, no obstante la acreditación 15189 asegura los medios y la competencia técnica necesaria para realizar su actividad con calidad

OBJETIVOS

Implantar la norma ISO 15189 en el servicio de anatomía patológica para acreditar la competencia técnica de las determinaciones y la fiabilidad de los resultados emitidos.

MATERIA Y METODOS

Para implementar la norma se contactó con ENAC y a través de la página web se realizó el trámite para la solicitud inicial del nuevo expediente de acreditación.

Se llevó a cabo una formación de 3h con el equipo implicado acreditada por el hospital. Se realizará una segunda edición con los técnicos del laboratorio a mitad del proyecto.

Se definió con la dirección del laboratorio la fecha objetivo para obtener la acreditación y se realizó un cronograma planificando sesiones de trabajo interdepartamentales y de seguimiento donde se trataron requisitos técnicos y de gestión. Se contemplaron horas individuales de trabajo del equipo técnico y de calidad para adecuar e integrar las metodologías ya existentes de acuerdo a requisitos de la ISO 9001 y desarrollar otras nuevas.

Se revisó toda la documentación del sistema de gestión del laboratorio para cumplir con estos requisitos técnicos y de gestión .

Para medir y evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos, se utilizó un cuestionario de autoevaluación de ENAC y se realizó una auditoría interna.

RESULTADOS

La acreditación contempla 15 requisitos de gestión y 10 requisitos técnicos de los procesos del laboratorio clínico: acuerdos de petición, preparación del paciente, identificación del paciente, toma de muestras, transporte, almacenamiento, procesado, análisis, validación, interpretación, comunicación y asesoramiento.

Se realizaron 7 revisiones en procedimientos generales y en 5 en instrucciones de trabajo.

En 10 registros se realizaron nuevas versiones para cumplir con los criterios y documentación obligatoria

Se realizó 6 formaciones para integrar los nuevos requisitos en la operativa diaria del laboratorio.

CONCLUSIONES

El proceso de acreditación, obliga a la mejora continua y a un cambio de filosofía para generar información contrastadas de calidad y seguridad. Gracias a la implementación, la gestión del laboratorio se optimiza: reduce las repeticiones de las determinaciones, el tiempo en la obtención de resultados, el coste de reactivos, los errores y el número de reclamaciones de los peticionarios, a la vez que mejora la satisfacción.

ID: 364

SEGURIDAD PSICOLÓGICA EN ESTUDIANTES DE DISCIPLINAS SANITARIAS: PRIMEROS RESULTADOS DE UN ESTUDIO IBEROAMERICANO

AUTORES: Irene Carrillo Murcia[1]; M Guilabert Mora[2]; PC Serpa Perez[3]; M González Delgado[4]
CENTRO DE TRABAJO: Universidad Miguel Hernández de Elche[12]; Universidad de Santander[3]; Red Iberoamericana de conocimiento en seguridad del paciente[4]

JUSTIFICACION

La seguridad psicológica se relaciona con la capacidad para comunicar de manera asertiva preocupaciones sobre la calidad y seguridad de pacientes con el fin de evitar daños al paciente en situaciones en las que un profesional olvida o desconoce las prácticas seguras.

OBJETIVOS

Analizar la frecuencia con la que estudiantes de disciplinas sanitarias se sienten seguros y confiados para expresar de manera abierta y directa sus preocupaciones sobre seguridad de pacientes.

MATERIA Y METODOS

Estudio multicéntrico basado en encuesta online a estudiantes que han realizado o están realizando prácticas en centros sanitarios de Colombia y España. Cuestionario basado en el instrumento original SUPS desarrollado y validado por Richard et al. (2017).

RESULTADOS

Respondieron a la encuesta 223 estudiantes de disciplinas sanitarias de Colombia (77,1%) y España (22,9%). La edad media de los participantes fue 24,5 (DT = 6,1) y el 74,4% fueron mujeres. En el último mes, el 30,5% de los encuestados refirió haberse sentido preocupado a menudo por cuestiones específicas de seguridad de pacientes y el 17,9% admitió haberse guardado para sí mismo ideas que podrían mejorar dicha seguridad. Solo un 26,5% dijo compartir de manera explícita sus preocupaciones sobre la seguridad de pacientes con otros profesionales de la unidad. El 5,8% reconoció haber sido testigo de un fallo o error que podría haber provocado un daño al paciente. Entre las barreras más frecuentemente reconocidas a la hora de expresar las propias preocupaciones o iniciativas en materia de seguridad de pacientes destacaron: el temor a una reacción negativa por parte de los profesionales de unidad (39,9%), la presencia de pacientes en ese momento (31,8%), las dudas sobre el mejor modo de decirlo (31,8%) y la reacción impredecible del responsable del servicio (29,6%). Uno de cada cinco estudiantes dijo sentirse frustrado cuando sus propuestas para la mejora de la seguridad de pacientes caían en saco roto. Por último, en una situación considerada por la mayoría como de alto riesgo, el 48% de los encuestados reconoció sentirse incómodo en caso de tener que decirle a un profesional que no debe olvidar desinfectarse las manos y usar guantes.

CONCLUSIONES

Los estudiantes de disciplinas sanitarias experimentan con frecuencia preocupaciones sobre la seguridad de pacientes y son testigo de errores e incidentes que podrían haber ocasionado un daño al paciente. Crear las condiciones que favorezcan un entorno de seguridad psicológica en los centros sanitarios es clave para contribuir al desarrollo de una cultura de seguridad de paciente positiva y orientada a la gestión proactiva y reactiva de los riesgos.

ID: 365

EXPERIENCIA DEL GRUPO DE MEJORA MULTIDISCIPLINAR DE ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS (GMAE)

AUTORES: Raquel Fernández García; C Gómez Hormigos; JA Molina Ortiz; L Criado Gómez; M Mañes Sevilla; JA Ramón Soria.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

JUSTIFICACION

La aparición de un evento adverso/centinela (EC) que ha producido un daño durante la atención sanitaria, plantea la necesidad de analizar el evento e informar de ello a los usuarios. La investigación permite prevenir recurrencias de EC similares en futuros pacientes y ofrecer una asistencia sanitaria más segura. Para ello, se creó en el hospital, dentro de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS), un Grupo Multidisciplinar de Mejora para el Análisis de EC.

OBJETIVOS

Analizar los EC, identificar las áreas de riesgo del hospital, corregir los diferentes factores que han contribuido al EC y proponer acciones de mejora. Aprender de los errores, introducir cambios en la práctica clínica habitual y mitigar el impacto negativo de los EC en el paciente y en el profesional.

MATERIA Y METODOS

El GMAEC, comenzó su actividad en 2019, está compuesto por 5 profesionales de diferentes ámbitos asistenciales. Analizan los EC en los que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave. Verificado el EC se pone en marcha el Análisis Causa Raíz (ACR), proceso sistemático de investigación retrospectiva para determinar los factores subyacentes que han contribuido a su aparición.

Se realiza el mapa cronológico de los hechos y se traza el diagrama de causa efecto de Isikawa que permite identificar y agrupar los diferentes factores contribuyentes.

El ACR consiste en revisión de la historia clínica, entrevistas con los profesionales implicados, revisión de protocolos, equipos, visita a instalaciones, etc. El GMAEC elabora un informe con el análisis de las causas, los factores predisponentes, los factores determinantes y las propuestas de acciones correctoras. El informe es validado por el presidente de la UFGRS, aprobado por las Direcciones y entregado a los responsables de los Servicios en los que se ha producido el EC.

RESULTADOS

En este periodo se han realizado 4 ACR, a instancia de las Direcciones o por propia iniciativa de la UFGRS. Se han producido EC en: UCI, Psiquiatría, UCMA (Unidad de Críticos por pandemia Covid-19) y Obstetricia, con el resultado de 3 muertes y un error diagnóstico.

Se han determinado un total de 17 fallos del sistema: 8 en UCI, 2 en Psiquiatría, 4 en UCMA y 3 en Obstetricia. Los fallos más frecuentes han sido de comunicación, organización, déficits de la continuidad asistencial, escasa estandarización de procedimientos, falta de entrenamiento o habilidades, instalaciones obsoletas, insuficiente automatización de procesos y fallos en la evaluación del paciente.

Se han propuesto 18 acciones correctoras ordenadas según su facilidad de implantación y eficacia: 3 en UCI, 4 en Psiquiatría, 5 en UCMA y 6 en Obstetricia.

CONCLUSIONES

El GMAE permite detectar áreas críticas de actuación para establecer medidas que prevengan los EC, facilita la creación de una cultura de seguridad en el centro, implicando directamente a los profesionales sanitarios y órganos directivos, todo ello, dentro de un proceso de mejora continua en la calidad asistencial.

ID: 367

EL PACIENTE Y EL DERECHO A LA INTIMIDAD E INFORMACIÓN SANITARIA

AUTORES: MARÍA MILAGROS VÁZQUEZ RUEDA; EM CRUZ SOSA EVA MARÍA; EL RUBÍN GALLINAR ELVIRA; LA ALONSO CALO LAUREANO
CENTRO DE TRABAJO: HUCA

JUSTIFICACION

El derecho a la información y a la intimidad ha sido permanentemente uno de los principios básicos protegidos en nuestra Constitución.

Según lo dispuesto en:

- La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.
- EL Reglamento de la Unión Europea 2016/679, del Parlamento Europeo y el Consejo, relativo a la Protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos.

El paciente podrá ejercitar los Derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Limitación, Portabilidad y Oposición.

OBJETIVOS

- Actualizar la información al paciente respecto a los nuevos derechos en materia de Protección de Datos.
- Asegurar la difusión de dicha información en todos los dispositivos del Área Sanitaria IV.
- Facilitar a los profesionales el ejercicio de este Derecho mediante la normalización del procedimiento.

MATERIA Y METODOS

Por parte del Á rea de Servicios Jurídicos, se procedió a la actualización del procedimiento previo existente: "El Paciente y el Derecho a la Intimidad e Información sanitaria" NORM INF.01 de septiembre de 2020, de acuerdo a la obligación derivada de la nueva legislación.

Además, teniendo en cuenta la necesidad de asegurar de una forma ágil la difusión de los cambios relevantes en todos los espacios del área, se determinó el diseño de Póster y Dípticos de Información para facilitar el acceso a los nuevos derechos de manera resumida. Incluyendo información concerniente al tratamiento de datos personales relativos a la Salud y protección de datos, sobre:

- El paciente, el hospital y datos personales.
- Tratamiento de datos personales y clínicos.
- Historia clínica y datos relativos a la salud.
- Especial protección de los datos relativos a la salud.
- Información específica para el paciente en relación con estos datos.

RESULTADOS

- Aprobación e implantación del documento: "El paciente y el derecho a la intimidad e información sanitaria". NORM-E1.3 DGE-01. Julio 2020.
- Difusión de información relevante en materia de protección de datos en modelo de Póster y Díptico informativo en todos los espacios del Hospital Universitario Central de Asturias, Hospital Monte Naranco y Centros de Atención Primaria del Área Sanitaria IV.

CONCLUSIONES

- Documento en vigor que facilita el desarrollo y cumplimiento de un requisito legal.
- A nivel organizativo estos folletos permiten normalizar el ejercicio de los Derechos de información a los usuarios.
- Se ha facilitado a los profesionales información respecto a nuevos requisitos sobre aplicación en materia de protección de datos.

ID: 368

DIGITALIZACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN INCAPACIDAD TEMPORAL

AUTORES: Sergio Luna García de Acilu; V García Sánchez; M Echávarri Santos; M Sagra de Diego; R Ventas Olmedo; .
CENTRO DE TRABAJO: Ibermutua, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social

JUSTIFICACION

El pago directo de la incapacidad temporal consiste en que la Mutua abona directamente al trabajador que está de baja médica (baja laboral), ya sea por una contingencia común o una profesional, el pago correspondiente a la prestación económica de incapacidad temporal. El proceso de digitalización del mismo se hace necesario para redundar en la calidad que se ofrece al paciente.

OBJETIVOS

Gestión online del pago directo por incapacidad temporal para los trabajadores protegidos por una mutua que estén de baja médica.

MATERIA Y METODOS

Ibermutua, mutua colaboradora con la Seguridad Social, pensando en la optimización de las gestiones por incapacidad temporal de sus trabajadores protegidos ha creado Ibermutua Digital, puerta de entrada única en internet para los servicios digitales. Ibermutua Digital cuenta con un formulario guiado de la oficina virtual que indica los pasos a seguir y solicita la información necesaria en función de las circunstancias y características personales y del proceso y su correcta cumplimentación.

RESULTADOS

Desde la implantación del nuevo canal de Ibermutua Digital el 3 mayo y hasta el 6 de junio de 2021 se han tramitado 1455 solicitudes, aumentando el porcentaje desde el 11,59% en la primera semana hasta el 39,16% en los últimos 7 días respecto de las solicitudes manuales. La calidad y la comodidad percibida por el paciente junto con estos datos muestran de que es el camino que todos nosotros debemos promover entre los usuarios, dirigiendo a los mismos hacia la gestión digital de las prestaciones o de aquellos otros servicios que se vayan incorporando a esta plataforma, por este motivo la intención de Ibermutua es llegar a que el 100% de las solicitudes se realicen a través del canal digital. Las ventajas que ofrece gestionar online el pago directo por incapacidad temporal son múltiples, desde realizar todo el proceso de solicitud de la prestación de pago directo por incapacidad temporal de forma online, sencilla e inmediata hasta consultar en todo momento el estado de la solicitud y acceder al contacto de la persona de la Mutua que la ha tramitado. De manera cómoda, fácil y segura el paciente cuenta con la información necesaria con todas las garantías de seguridad y confidencialidad de datos desde cualquier dispositivo (ordenador, tablet o Smartphone).

CONCLUSIONES

El paciente protegido, mediante la digitalización del proceso, puede gestionar de forma sencilla y eficiente la incapacidad temporal de su situación de baja laboral desde cualquier dispositivo móvil y con todas las garantías de seguridad y confidencialidad de datos.

ID: 369

MEJORANDO LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

AUTORES: MARIA LUISA CHECA AMARO; S MOYANO DIAZ; FJ ZAZO CARRETERO; MT RODRIGUEZ MUÑOZ; R OVEJA FERNANDEZ; S LORENZO MARTINEZ.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON

JUSTIFICACION

A través de la encuesta de satisfacción de los pacientes, las reclamaciones de atención al usuario y las incidencias internas detectadas por los coordinadores de calidad del sistema de gestión de calidad del hospital, se detectaron ineficiencias en la accesibilidad de los pacientes para ser atendidos, incidencias de citación e información general; y falta de criterios uniformes en la gestión de las solicitudes de los pacientes.

OBJETIVOS

Mejorar la comunicación con el paciente y entre los usuarios de la propia organización

MATERIA Y METODOS

Ámbito: hospital de 401 camas del SERMAS.

Periodo: 2020-2021.

Se ha diseñado un proceso de atención del paciente para gestiones administrativas, que se ha implantado desde 2020. Unificando la gestión administrativa en la historia clínica electrónica, lo que permite visualizar la solicitud de atención y el motivo de la misma a todos los usuarios del área de gestión de pacientes (Atención al Paciente, Información, Admisión).

Las llamadas, solicitudes electrónicas y presenciales se registran en una agenda por motivo. Atención al usuario y Admisión gestionan sus incidencias por motivo y han consensuado las acciones a tomar en todos los casos.

Desde enero de 2021 Información identifica las llamadas de pacientes al hospital y las registra en la citada agenda indicando el motivo.

Se han definido indicadores para monitorizar el plan de mejora

RESULTADOS

Ha aumentado el número de atenciones un 57% y el número de reclamaciones por accesibilidad es 0.

Se ha reducido el número de reclamaciones de citación un 30%

Ha mejorado la comunicación entre los diferentes ámbitos de gestión de pacientes: información, atención al paciente y admisión.

Se ha normalizado la atención a los pacientes en todos los ámbitos del hospital (Admisión, Atención al Paciente e Información).

Ha mejorado la comunicación con el paciente

En el primer trimestre de 2021 el hospital ha reducido el número de reclamaciones un 30%. Y el área de Admisión ha dejado de ser el Servicio con mayor número de reclamaciones del Hospital.

Se han realizado 1140 llamadas que antes no podíamos atender, (57% más que en 2020).

CONCLUSIONES

La normalización de la atención en todos los ámbitos del hospital ha mejorado la comunicación con el paciente y su satisfacción.

ID: 370

NORMALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL EN EL ÁREA SANITARIA IV

AUTORES: EVA MARÍA CRUZ SOSA; MI RUEDA VÁZQUEZ; EL RUBÍN GALLINAR ELVIRA; LA ALONSO CALO LAUREANO; ; .
CENTRO DE TRABAJO: HUCA

JUSTIFICACION

Se evidencia la necesidad de mejorar y unificar el proceso de Gestión Documental en el AS IV, debido a:

- La variabilidad existente, tanto a nivel de hospitales (HUCA y HMN) como entre Atención Primaria y Especializada.
- La dificultad de los diferentes niveles de calidad definidos en nuestro manual y que corresponden a:

Nivel I. Aplicación de Objetivos y estándares de calidad definidos en el Contrato de Gestión en vigor.

Nivel II. Servicios constituidos en Áreas o Unidades de Gestión Clínica.

Nivel III. Unidades /servicios con sistemas de gestión sujetos a certificación o acreditación.

Estos condicionantes hacen necesario aplicar herramientas de mejora en la Gestión Documental, necesario para la Gestión de Procesos Asistenciales cp,p no Asistenciales.

OBJETIVOS

1. Establecer en el ASIV, un sistema para asegurar que la documentación y sus modificaciones estén revisadas, aprobadas, controladas, actualizadas, distribuidas y archivadas correctamente.
2. Definir la estructura, edición, desarrollo, archivo y conservación documental y de registros.

MATERIA Y METODOS

Revisada la documentación existente a nivel de área que regula la gestión documental tanto en hospitales (HUCA y HMN) cómo en Atención Primaria.

Como referencia para la normalización se utilizó el "Procedimiento de Gestión por Procesos y el Inventario de Proceso del Área" definido a partir del Mapa de Procesos del AS IV

La gestión documental se definió como un subproceso del proceso estratégico de la Mejora Continua.

Para asegurar el contenido de información mínima se consideró el procedimiento de Gestión Documental y de Registro de aplicación hasta ahora en servicios certificados según Norma UNE- EN- ISO 9001:2015

En febrero de 2020 se aprobó Procedimiento General de Gestión Documental y de Registros de aplicación en el AS IV, para la gestión de la documentación interna y externa.

RESULTADOS

En el Servicio de Calidad se ha centralizado la gestión documental y de registros del AS IV

Diseñado un registro para control documental por Servicio/Unidad /Área de Gestión Clínica /Tipo de documento

Durante el periodo de Febrero del 2020 a abril 2021 se han revisado y controlado un total de 71 documentos. Documentación elaborada por:

- Gerencia, Dirección de Atención Sanitaria, Dirección Gestión de Cuidados y Enfermería, Dirección Económica y de Profesionales.
- Servicios Clínicos, Áreas de Gestión Clínica, Comisiones, Comités Clínicos y Grupos de Trabajo.

CONCLUSIONES

- Se ha sistematizado la gestión de la documentación en Área Sanitaria IV

- Es necesaria una herramienta informática de apoyo, accesible a toda el área y controlada por el Servicio de Calidad.

ID: 374

VISIBILIDAD DEL SERVICIO DE CALIDAD DEL HUCA

AUTORES: EVA MARÍA CRUZ SOSA; MI RUEDA VÁZQUEZ MILAGROS; EL RUBÍN GALLINAR ELVIRA; LA ALONSO CALO LAUREANO; ; .
CENTRO DE TRABAJO: HUCA

JUSTIFICACION

Inicialmente, el Servicio de Calidad del HUCA a nivel de información a los profesionales en la página web detecto los siguientes problemas:

- No disponía de un acceso directo único, por existir duplicidad de información en diferentes espacios.
- Además, la información disponible no se ajustaba a la real y en vigor, al no existir un adecuado plan para la revisión y actualización de la misma.
- Estructuralmente, no estaba diseñada teniendo en cuenta el mapa de procesos del Servicio donde queda definida la cartera de prestaciones específica del Servicio de Calidad.

Todas estas dificultades evidenciaron la necesidad de mejorar nuestro espacio dentro de la intranet del HUCA.

OBJETIVOS

1. Mejorar la visibilidad del Servicio de calidad del Área Sanitaria IV.
2. Proporcionar a los profesionales la información relacionada con la Gestión Documental, Estrategias de Calidad, Seguridad y Gestión del Riesgo, Comisiones, Comités Clínicos, Sistemas de Gestión y Gestión del Conocimiento.
3. Facilitar el acceso a formularios, formatos, solicitudes y enlaces de interés.

MATERIA Y METODOS

Diseño de una página web en función del Mapa de Procesos del Área Sanitaria IV, de manera que incorporara información estructurada en distintas ubicaciones:

- Pantalla de acceso con Información básica relativa a: Presentación del servicio, ubicación, teléfonos de contacto y correo electrónico. Además se visualiza: La Política y Estrategia del AS IV, Mapa de Procesos, acceso a Gestor Documental (DoQmenta) y al Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos (SiNASP), Tablón de anuncios y Buzón de Sugerencias.
- Segunda pantalla. Acceso a a las áreas de Documentación General AS IV, Estrategia de Calidad, Seguridad y Gestión del Riesgo, Comisiones y Comités Clínicos, Sistemas de Gestión y Gestión del Conocimiento. Cada Área despliega información relativa a documentación en vigor y formularios de aplicación.

RESULTADOS

Con la colaboración del Servicio de Informática, en abril de 2021 se puso a disposición de los profesionales la nueva página web del Servicio a través del acceso ubicado en la Intranet del HUCA en el Área Privada-Servicios- Calidad

CONCLUSIONES

Disponible en la Intranet del HUCA la nueva página web del Servicio de Calidad.

-Herramienta que mejora la visibilidad del servicio y proporciona a los profesionales:

*La información necesaria en el ámbito de la calidad y seguridad del paciente.

*El acceso a las normativas de los diferentes sistemas de gestión existentes en función de los niveles de calidad.

*Acceso formularios, solicitudes y enlaces de interés.

ID: 375

IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2015 EN LA BIBLIOTECA DEL ÁREA SANITARIA IV: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

AUTORES: Carolina Pinín Osorio[1]; S Álvarez Ledo[2]; MJ Fernández Suárez[3]; A Peteiro Montenegro[4]; R Suárez Trapiello[5]; E Correia Álvarez[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Central de Asturias[12346]; Hospital Monte Naranco[5]

JUSTIFICACION

Los profesionales de la información y documentación en Ciencias de la Salud que estamos a cargo de las Bibliotecas sanitarias en Asturias vemos los problemas que surgen en nuestro trabajo diario, referente a la gestión de servicios y recursos. La falta de normalización de procedimientos e instrucciones claras puede llevar a no realizar correctamente el desempeño de nuestro trabajo, en perjuicio de la calidad de la actividad asistencial, docente e investigadora de nuestros usuarios.

OBJETIVOS

Unificar las Bibliotecas del Área Sanitaria IV.

Lograr una planificación general.

Crear un marco para gestionar procesos.

Prevenir malos hábitos.

Conseguir mejorar los servicios mediante la descripción de procedimientos e indicadores.

MATERIA Y METODOS

La implantación de un sistema de gestión de calidad en el Servicio de Biblioteca del Área Sanitaria IV.

Redacción del Manual de Calidad de la Biblioteca del Área Sanitaria IV.

Elaboración del Mapa de procesos.

Definición de indicadores.

Descripción de procedimientos e instrucciones técnicas.

Desarrollo de medidas para eliminar o minimizar errores o riesgos.

Implicación de las partes interesadas que tienen relación con los procesos.

RESULTADOS

Diseño de un sistema de gestión de acuerdo a la norma, con indicadores fiables y cuantificables de la actividad de la Biblioteca.

Mejora de la calidad y capacitación en el desarrollo del trabajo del personal del servicio.

Desarrollo del trabajo en equipo como un punto fuerte del sistema de gestión.

Control del trabajo efectivo del Servicio de la Biblioteca.

Mayor visibilidad entre los usuarios.

El 95% de los usuarios muestran un grado de satisfacción alto o muy alto en encuesta enviada en el 2020.

CONCLUSIONES

Actualmente. somos la única Biblioteca de la Red de Bibliotecas del Sistema Sanitario Público Asturiano que estamos en este proceso de Certificación de la Norma UNE 9001:2015.

Hemos observado que la implantación de un sistema de gestión de calidad nos permite ofrecer un mejor servicio y dar una respuesta más rápida y precisa a las necesidades de información de nuestros usuarios.

Mediante los planes de capacitación y formación del personal se ha mejorado la efectividad del desempeño laboral.

Somos conocedoras de que aún quedan cosas por corregir y de la necesidad del trabajo en equipo para la mejora continua del Servicio.

ID: 376

EQUIPO RESIDENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO.

AUTORES: GEMMA MUÑOZ ALVAREZ[1]; E MARQUES CASASOLA[2]; M ESPAÑOL PONS[3]; L ZURANO DOMINGO[4]; N HERNANDEZ GAUCHIA[5]; P HSU CHUNG[6].

CENTRO DE TRABAJO: CAP LLIBERTAT[1245]; CAP SANT PERE[3]; CAP SANT PERE[6]

JUSTIFICACION

En los últimos años, debido al cambio del perfil clínico del paciente geriátrico institucionalizado, con mayor dependencia y complejidad, pone en evidencia la necesidad de un cambio en el modelo asistencial de las residencias.

OBJETIVOS

Mejorar la atención del paciente geriátrico institucionalizado proporcionando desde primaria una atención integral, continua y de calidad, coordinando los recursos de los centros residenciales con los diferentes dispositivos asistenciales del territorio.

Dar soporte a los profesionales de las residencias para facilitar la continuidad asistencial del paciente crónico.

Revisar y adecuar la prescripción farmacológica del paciente geriátrico.

MATERIA Y METODOS

Programa piloto iniciado en el 2014 con un equipo formado por una médica y una enfermera con dedicación exclusiva, para dar soporte asistencial a las residencias geriátricas de la ciudad. Actualmente el equipo está formado por 2 médicas, 3 enfermeras/os y 2 administrativas/os, que dan asistencia a diez residencias con diferentes características de carga asistencial, complejidad de los usuarios y tipología.

Se realiza la coordinación entre los diferentes proveedores y niveles asistenciales mediante circuitos establecidos y se hace un seguimiento mensual del paciente crónico complejo por un equipo multidisciplinar formado por profesionales de primaria, hospitalaria, trabajo social y salud mental.

Registro de información en la estación clínica de primaria.

Se han implementado puntos de conexión remota para acceder a la historia clínica compartida.

Adhesión a la guía farmacoterapéutica y adecuación del tratamiento del paciente geriátrico mediante reuniones periódicas con la farmacéutica clínica referente.

Soporte a la actividad asistencial diaria de las residencias con visitas presenciales conjuntas.

Se ha dado respuesta a las necesidades formativas de los profesionales de las residencias con cursos y formación continuada de interés.

RESULTADOS

Se actualiza el registro de la estación clínica de primaria de los pacientes institucionalizados y de la prescripción electrónica. 70% puntos de conexión remota establecida

Creación de circuitos para procedimientos habituales: altas/bajas, gestión de material, vacunas, extracciones, control tratamiento anticoagulante, prescripción de medicación, etc.

Se han realizado cursos presenciales y online en ámbitos de interés de las residencias.

Gestión de ingresos directos hospitalarios, evitando en lo posible las derivaciones a urgencias.

Revisiones periódicas de la medicación de los residentes de acuerdo con los criterios de la guía farmacoterapéutica vigente.

CONCLUSIONES

El servicio realizado por el equipo residencias de Atención primaria a los centros geriátricos de la ciudad ha contribuido a mejorar la calidad asistencial de los residentes optimizando los recursos asistenciales disponibles y facilitando la integración de los profesionales de las residencias en el sistema de salud de atención primaria.

ID: 377

MORTALIDAD Y CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN TIEMPO COVID-19

AUTORES: GEMMA MUÑOZ ALVAREZ[1]; E MARQUES CASASOLA[2]; M ESPAÑOL PONS[3]; L ZURANO DOMINGO[4]; N HERNANDEZ GAUCHIA[5]; L AUBI MASIP[6].

CENTRO DE TRABAJO: CAP LLIBERTAT[1245]; CAP SANT PERE[3]; CUAP REUS[6].

JUSTIFICACION

La tasa de mortalidad en el ámbito residencial geriátrico causada por la COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia de una buena infraestructura sanitaria, donde el papel de la Atención Primaria (AP) ha sido fundamental.

El impacto emocional de la muerte de los ancianos institucionalizados afectados por COVID puede resultar difícil de gestionar para familiares y trabajadores dado el rápido deterioro observado en este perfil de usuarios.

Así pues, ha sido relevante el papel del acompañamiento y final de vida que ha realizado el equipo residencias AP en nuestra ciudad.

OBJETIVOS

Evaluar la tasa de contagio y de mortalidad por COVID en las 10 residencias a las que damos apoyo

Prestar soporte asistencial y emocional a residentes COVID positivos en situación de últimos días y a los trabajadores que los asisten.

Consensuar las medidas a adoptar en situación de final de vida con los trabajadores y familiares.

Facilitar la despedida entre el residente y sus familiares.

MATERIA Y METODOS

La recogida de datos se realizó en 10 residencias urbanas.

Des del departamento de salud se nos facilitó protocolo, material y medicación paliativa que fuimos distribuyendo según necesidades por las residencias.

Desde el diagnóstico positivo por COVID y con clínica terminal se realizaron visitas diarias para dar soporte asistencial y emocional a todas aquellas residencias que lo requirieron.

Se realizó formación a los profesionales para preparar la bomba de perfusión con una autonomía de 48 horas.

Se habló directamente con familiares y se facilitaron visitas para poder despedirse de su seres queridos con las medidas de seguridad.

RESULTADOS

Morbimortalidad por residencia:

- RIS: 91 residentes (R), 28 contagiados (C) (20%),10 fallecidos (F) por Covid (35,7%)
- SMI: 136 R, 85 C (62,5%), 40 F (47%)
- RF:19 R,18 C (94%),4 F (22%)
- SJ: 20 R, 1 C (5%), 0 F
- RN: 60 R, 35 C (58%),10 F (28,5%)
- RB: 34 R,12 C (35,29%), 0% F
- RP:38 R, 30 C (78,9%), 4 F (13,3%)
- RLL:80 R, 42 C (52,5%),12 F (22,8%)
- RG:71 R, 22 C (30,9%),1 F (3,2%)

- RH: 26 R, 0 C (0%), 0 F (0%)

Número total de residentes: 575

Tasa de contagiados global: 47,5%

Tasa de fallecidos global: 29,7%

A todas las residencias se les proporcionó kits paliativos con medicación, bombas de perfusión y palomillas, así como material formativo adaptado.

6 de las 10 residencias han necesitado, además, asistencia presencial directa.

CONCLUSIONES

La tasa global de mortalidad de las 10 residencias es similar a la de la bibliografía publicada en este tipo de centros geriátricos.

Es evidente la variabilidad de la tasa de contagios y mortalidad entre las distintas residencias. Este hecho seguramente obedece a múltiples factores (recursos humanos, infraestructura, comorbilidad previa de los residentes...) que pueden ser evaluados en posteriores estudios

Para finalizar, se podría decir que el apoyo que hemos prestado como equipo AP a las distintas residencias ha facilitado que residentes, familiares y trabajadores puedan afrontar la situación de final de vida por COVID con mejores recursos.

MEJORANDO LA GESTIÓN DE CAMAS

AUTORES: MARIA LUISA CHECA AMARO; B GONZALEZ PIÑEIRO; MC MORALES CATALAN; B VAZQUEZ MARTIN; MC NOGUERA QUIJADA; .
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON

JUSTIFICACION

En la encuesta de satisfacción de 2018 realizada por el SERMAS, los usuarios mostraron insatisfacción con el tiempo de tránsito desde la urgencia para ser ingresados. Se realizó un análisis causal, identificándose la dificultad de obtener información fiable sobre las camas libres disponibles, lo que producía llamadas reiteradas a Admisión y a los controles de enfermería.

OBJETIVOS

Visualizar la disponibilidad de camas en el Hospital con un mapa de camas que identificara la reserva de camas y las altas previstas.

MATERIA Y METODOS

Ámbito: hospital de 401 camas del SERMAS.

Periodo: 2019-2021

La información sobre gestión de camas del hospital para cada uno de los grupos que participan en la misma (enfermería de planta, supervisores de enfermería y admisión) era diferente, y el procedimiento de gestión de camas no especificaba las necesidades de todos ellos en la misma.

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, y posteriormente se trasladaron a un procedimiento de trabajo.

RESULTADOS

Se centralizó la gestión de camas en admisión de urgencias, a cargo del supervisor de guardia.

- Se reorganizaron los ámbitos del hospital en el mapa de camas.
- Se creó una opción de ocupación de cama en Hospitalización por cirugía ambulatoria (CMA) de Hospital de Día.
- Se identificó en la orden del ingreso la estancia prevista.
- Se crearon marcas para identificar la situación del paciente.
- Se mejoraron las vistas de camas libres a través de un nuevo mapa de camas.

En 2021 las camas están gestionadas en el 35% de los casos antes de las 15:00 H con la marca de alta física, la reserva de camas de ingresos programados queda identificada antes de las 19:00 H, aunque las altas confirmadas son identificadas en el 25% antes de las 12:00 H, 56% de las altas son confirmadas antes de las 15:00 H.

Un 18% de las alta no tienen ninguna marca que indique su estado.

Los ingresos de los pacientes desde Urgencias hacia el área médica no pueden gestionarse antes de las 19:00 H en un 65%.

El plan estratégico ha establecido como objetivo identificar las altas antes de las 12:00 H, y las prealtas diariamente para poder gestionar los ingresos de la urgencia con menos tiempos de espera.

CONCLUSIONES

El nuevo mapa de camas permite visualizar las necesidades de todos los implicados en la gestión de camas, identificando las camas libres y las camas con pre reserva.

Debido a la situación COVID el plan de mejora y sus indicadores no se han podido cuantificar.

ID: 379

VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPARTIDA REMOTA EN LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS

AUTORES: GEMMA MUÑOZ ALVAREZ[1]; E MARQUES CASASOLA[2]; M ESPAÑOL PONS[3]; LL ZURANO DOMINGO[4]; N HERNANDEZ GAUCHIA[5]; A TORRES CREIXENTI[6].

CENTRO DE TRABAJO: CAP LLIBERTAT[1245]; CAP SANT PERE[3]; CAP HORTS DE MIRO[6].

JUSTIFICACION

Las residencias de ancianos usan paquetes de software propios para el seguimiento clínico de sus residentes. Esto dificulta la tarea de compartir información con los sistemas de sanidad público, por lo que se inició una campaña para implementar en los centros geriátricos un sistema remoto de la historia clínica compartida, de manera que estos centros puedan consultar y registrar en la historia clínica de sus residentes y proponer pautas terapéuticas. Tienen acceso a este sistema los médicos y enfermeras de los centros.

OBJETIVOS

Evaluar la adherencia y el grado de satisfacción por parte de los profesionales de la salud de las residencias al sistema remoto de la historia clínica compartida.

MATERIA Y METODOS

Se ha diseñado y distribuido online entre los profesionales adheridos una encuesta de satisfacción evaluando la percepción de satisfacción de la formación, grado de uso,recomendación y valoración general de la herramienta mediante preguntas de respuesta múltiple con selección única. En la pregunta sobre los campos de uso se ha permitido escoger más de una opción. También se ha animado a aportar propuestas de mejora y comentarios en formato respuesta corta.

RESULTADOS

En el momento actual, se han adscrito 6 de las 10 residencias a las que se sugirió, y se han adherido 16 profesionales. Hemos recibido 15 respuestas de los 16 trabajadores sanitarios (93,75%), tras 2 meses de la implementación del programa. Han respondido 10 DUI y 5 médicos. Sólo 1 DUI no ha contestado la encuesta.

La formación realizada les ha parecido Bien (26,7%), Muy Bien (46,7%) o Perfecta (26,7%). El 26,7% asegura que la herramienta les es muy útil y la usan cada día,

un 13,3% la utiliza casi cada día, 26,7% la utiliza alguna vez, mientras que el 33,3% ve su utilidad aunque no la utiliza. Ninguno dijo que no entiende cómo podría serle útil.

En la pregunta múltiple sobre las tareas para las que se usa, el 73,3% la usa como herramienta de consulta, el 26,6% además aportan registros y el 13,3% proponen medicación. El 26,7% aseguran que no la han empezado a utilizar aún. Un profesional aprovechó los comentarios para manifestar que había tenido problemas de conexión. La valoración global media ha sido de 4,07 ± 0,88 / 5.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos sugieren que la campaña de formación les ha parecido satisfactoria, pese a que aún hay profesionales que aún no han empezado a usar el programa (33,3%). Una solución a este problema podría ser introducir casos prácticos asistenciales. La mayoría de profesionales lo usan como consulta, y pocos aportan datos, por lo que debemos incentivar esta vertiente. La realización de esta encuesta ha servido para hacer una primera valoración de la aceptación del programa y definir futuras estrategias formativas.

ID: 380

EVALUANDO LA CORRECTA ATENCIÓN AL PACIENTE

AUTORES: RAUL OVEJA FERNANDEZ; ML CHECA AMARO; MT RODRIGUEZ MUÑOZ; S LORENZO MARTINEZ; V CASTILLA CASTELLANO; .
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON

JUSTIFICACION

Una de las principales actividades desarrolladas en las consultas externas (CEX) de los hospitales se centra en la atención al paciente. Esta atención directa al paciente engloba, entre otros, elementos tradicionales como la atención telefónica y la atención en ventanilla, así como nuevas formas de comunicación gracias a las nuevas tecnologías, como por ejemplo la atención a través de formularios web, etc...

Definir un sistema de medición facilitando información periódica sobre los tiempos de atención empleados (tanto en la atención en ventanilla como en la atención telefónica), así como tiempos de contestación a las solicitudes recibidas vía web permite monitorizar la correcta atención al paciente y proporciona el soporte operativo para la planificación y estructuración de los diferentes puestos de atención directa al paciente.

OBJETIVOS

Desarrollar cuadro de mando para facilitar el seguimiento de la Atención Directa a los pacientes y la correcta asignación de los recursos necesarios para prestar una atención óptima

MATERIA Y METODOS

Ámbito: hospital de 400 camas del SERMAS. Periodo: 2020-2021.

Se definió en el área de Gestión de Pacientes un cuadro de mando para el seguimiento de la atención directa al paciente, para monitorizar la evolución de los tiempos de atención al paciente y la correcta asignación de recursos para llevar a cabo dicha atención.

El cuadro permite valorar de forma visual los tiempos de atención al paciente en ventanilla y telefónicamente, así como los tiempos de respuesta a las solicitudes recibidas a través del formulario web de atención al paciente. Se usan estos tiempos de atención para llevar a cabo el cálculo de los recursos óptimos necesarios para la optimización de los tiempos de atención, de tal forma que para un determinado número de recursos se calculan las atenciones óptimas y la desviación de las atenciones óptimas frente a las realizadas.

RESULTADOS

El sistema de medición se implantó en febrero de 2021.

En ene-21 la desviación entre las atenciones óptimas y las realizadas era de 25,5%, en feb-21 28,08%. En marzo, se llevaron a cabo una serie de acciones correctivas en la asignación del personal de atención directa en los diferentes tipos de atención, con una desviación de 11,02%.

CONCLUSIONES

El sistema de medición se ha convertido en pieza clave para monitorizar y evaluar la correcta atención directa al paciente. Permite detectar irregularidades y advertir de posibles riesgos de forma prospectiva, suficiente para implementar medidas correctoras. Por ejemplo, aumentar de forma temporal el número de efectivos necesarios para un determinado tipo de atención al paciente (ventanilla, telefónica o vía web).

Es una herramienta de gestión que permiten evaluar de manera cuantitativa y cualitativa la atención al paciente. Proporciona información para la toma de decisiones, permiten fijar objetivos de mejora y es una herramienta de ayuda a la decisión, mediante su introducción en los objetivos del Servicio.

ID: 381

CÓMO PODEMOS MEJORAR LAS COMUNICACIONES QUE SE PRESENTAN A UNAS JORNADAS DE CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: Juan Carlos García Aisa; L Hijós Larraz; J Quintín Gracia; N Enríquez Martín; ; .
CENTRO DE TRABAJO: Servicio Aragonés de Salud

JUSTIFICACION

Las comunicaciones son la razón de ser de las jornadas de calidad en salud que se celebran cada año en nuestra comunidad. A través de ellas se comparten iniciativas de mejora de los servicios sanitarios públicos de todo el territorio.

Desde siempre y en particular desde la celebración de las primeras jornadas en remoto, ha habido interés en la mejora de las comunicaciones por parte del comité científico.

OBJETIVOS

Definir una lista consensuada de ideas para mejorar las comunicaciones que se presentan a las jornadas de calidad en salud

Dinamizar el comité científico y compartir información entre sus componentes sobre la organización de las jornadas.

MATERIA Y METODOS

Proceso de consenso del comité científico basado en la metodología RAND® UCLA. En la 1ª fase se generó, mediante una reunión estructurada realizada en remoto, una lista de acciones para mejorar la calidad científico-técnica de las comunicaciones. En la 2ª fase se recogieron las valoraciones individuales a través de un cuestionario electrónico de consenso que incluyó un apartado de sugerencias. Para el análisis se definieron tres regiones de puntuación y se estableció la existencia de acuerdo cuando al menos un 70% de las puntuaciones coincidían en una región.

RESULTADOS

Se obtuvo una lista de 28 acciones que se clasificaron en tres categorías en función de si la actuación iba dirigida a mejorar la selección de comunicaciones (13 acciones), la presentación (8 acciones) o la interacción y defensa en las mesas (7 acciones).

La tasa de respuesta al cuestionario fue del 70,6 % (se recibieron 24 respuestas). Todos los participantes respondieron a todas las cuestiones planteadas. El 12% de las puntuaciones estuvieron en la región inferior (1-3), el 20% en la región intermedia (4-6) y el 68% en la región superior (7-9).

Hubo acuerdo en hacer 15 de actuaciones. No se alcanzó consenso sobre no hacer actuaciones en ningún caso. Entre las actuaciones recomendadas que ya se han puesto en marcha destacan: incluir un tercer evaluador cuando existen grandes discrepancias en la valoración de comunicaciones, mayor peso al criterio de selección “resultados”, limitar el nº de comunicaciones por mesa, mesas específicas y más visibles sobre metodología, actividades de formación, identificar la fragmentación de trabajos antes de la evaluación y revisar la calidad técnica de las presentaciones locutadas.

CONCLUSIONES

Se obtienen 28 ideas sobre cómo mejorar las comunicaciones presentadas a las jornadas de calidad en salud, 15 ideas alcanzan suficiente nivel de consenso sobre la conveniencia de ser realizadas. Se han implementado las principales acciones recomendadas.

El comité científico está comprometido con la calidad de las jornadas, la participación en el trabajo de consenso ha sido alta. Se han emitido múltiples sugerencias para poner en marcha las recomendaciones. La mayoría de las opiniones del comité son favorables a realizar cambios para la mejora, aunque no se haya alcanzado el criterio de consenso en todas ellas.

ID: 382

ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS DE UN SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

AUTORES: MARÍA FERNÁNDEZ LÓPEZ; J MARTÍNEZ ESPIÑEIRA; P CASADO REY; O SAGASTAGOIA EPELDE; B FERNÁNDEZ SAYA; MA PÉREZ FUERTES.

CENTRO DE TRABAJO: ÁREA SANITARIA DE FERROL

JUSTIFICACION

Los requisitos de la norma UNE EN ISO 9001:2015, llevó a la necesidad de implementar acciones para abordar los riesgos en los procesos de un Servicio de Análisis Clínicos.

OBJETIVOS

- Establecer una sistemática de análisis modal de fallos y efectos
- Asegurar que los procesos pueden alcanzar los resultados previstos.
- Prevenir o reducir los efectos no deseados.

MATERIA Y METODOS

Desarrollo del método AMFE de tratamiento de riesgo que clasifica los riesgos por probabilidad (P) y por consecuencia (G), al que se añade la capacidad de detección del riesgo (D).

- Se identifica el riesgo, descripción de la incidencia.
- Se establecen valores para la clasificación del riesgo según:

Probabilidad de ocurrencia: bajo / raro (1): < 0,0066 // infrecuente improbable (2): 0,02% - 0,0066% // ocasional (3): 0,2% - 0,02% // probable(4): 1% - 0,2% // frecuente / casi cierto (5): > 1%

Gravedad: Insignificante (1): Incidente no llegó al paciente / Tolerable (2): Incidente llegó al paciente pero no le causó daño / Moderado (3): Incidente que causa incomodidad o inconveniente en el paciente / Importante (4): Incidente que causó daño temporal en el paciente / Catastrófico-extremo (5): Incidente que puede causar daño grave en el paciente

Capacidad de detección del riesgo: Elevada muy frecuente (1) el defecto es obvio o fácilmente detectable / Moderado frecuente (2) el defecto es una característica de fácil detección con los controles existentes / Muy escasa (3) el defecto es de difícil detección con los controles existentes

Nivel de riesgo: Calificación de la probabilidad x calificación de la consecuencia x calificación de la capacidad de detección [P*G*D]: R. Aceptable menor igual a 10 puntos, R. Moderado entre 10 y 30 puntos, R. Severo entre 30 y 45 puntos y R. Inaceptable mayor a 45 puntos.

RESULTADOS

Resultados de la matriz de riesgos en el año 2021 es:

4 Riesgos severos: Errores en la identificación del paciente y petición, errores en resultados asociado a fallo mecánico de los autoanalizadores.

7 Riesgos moderados: Riesgos de confidencialidad y disconfort paciente, no completar analítica por errores en la E-petición, errores que induce interpretación errónea del informe.

15 Riesgos aceptables: En mayor medida asociados a incidencias de no completar la analítica del paciente y retrasos en resultados.

CONCLUSIONES

La herramienta se valora como eficaz, con los resultados obtenidos en el nivel de riesgo, se definen indicadores del riesgo con análisis trimestral:

No se extrae tubo que corresponde a la prueba: Contenedor inadecuado, requiere condiciones especiales de extracción, debe pedir cita no HA Marcide, extraer cando veña a CE, mostra non recibida.

Falta la muestra de orina: Incidencia de muestra no recibida en contenedores de orina reciente, orina de 12h y orina de 24h.

Gasometria coagulada: xiringa heparinizada mostra coagulada.

ID: 383

INCIDENCIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ÉPOCA COVID.

AUTORES: VICTÒRIA SABATÉ CINTAS; E BADIA PERICH; S SERRANO FARGAS; A FUENTES ESTELLER; A MARTÍNEZ NEJJEM; .
CENTRO DE TRABAJO: UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.

JUSTIFICACION

La Atención Primaria (AP), nivel asistencial más utilizado por la población, es básica para el buen funcionamiento del resto del sistema sanitario. Durante el año 2020 la AP ha tenido que adaptarse a la pandemia provocada por el Covid-19 y modificar su forma de trabajar. Este cambio organizativo ha influenciado en la gestión de las incidencias relacionadas con la seguridad del paciente, que es básica para poder ofrecer a la población una buena calidad asistencial.

OBJETIVOS

Identificar la incidencias de seguridad del paciente que se derivan de la asistencia en AP y valorar la influencia que ha tenido la pandemia del Covid-19, tanto en el nivel notificación como de la calidad de la misma.

MATERIA Y METODOS

Se evalúa mediante un sistema de notificación y gestión de incidencias interno territorial (5500 profesionales AP que asisten 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 la incidencia 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 todas las incidencias notificadas, los análisis y acciones de mejora propuestas periódicamente. Se comparan los resultados del 2020 con los obtenidos en el 2019 (época pre-pandemia).

RESULTADOS

Incidencias notificadas. 2019: 6800 incidencias (3,8% con daño a paciente) / 2020: 5400 (3,7% con daño a paciente.). Disminución del 20% en el número de notificaciones.

Clasificación. 2019: 25% coordinación asistencial, 18% Gestión de la demanda, 17% farmacia, 11% Laboratorio, 9% atención aguda, 20% otros procesos. 2020: 34% coordinación asistencial, 17% laboratorio, 14% gestión de la demanda, 9% atención aguda, 7% farmacia. 20% otros procesos.

CONCLUSIONES

La frecuencia de incidencias en AP es baja en proporción al número de visitas Predominan incidencias sin daño a paciente. Disminución en el número de notificaciones, pero sigue habiendo una alta participación de profesionales. Durante la época de pandemia se han disparado las incidencias relacionadas con coordinación asistencial debido al colapso de los hospitales y a la paralización de actividades. Han subido exponencialmente las incidencias laboratorio que reflejan el aumento también exponencial de la actividad, especialmente con la gestión de PCR Covid. El resto de procesos se han mantenido bastante similares al año previo. Esto demuestra que la notificación y gestión de incidencias está integrada en la cultura de seguridad de nuestra organización y es un reflejo de lo que realmente sucede en el territorio, ayudando así a identificar los riesgos y a trabajar para la mejora continua.

LA IMPLANTACIÓN DE TICS EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ¿CÓMO LAS VALORAN LOS FACULTATIVOS QUE LAS UTILIZAN?

AUTORES: Coral Rodríguez Fouz; E Díaz López; M Lanza Gándara.
CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

JUSTIFICACION

En el año 2020, coincidiendo con la pandemia por COVID-19 y atendiendo a la necesidad de evitar aglomeraciones en los mostradores de citación de los centros hospitalarios, se implantó la aplicación informática Gestor de Peticiones (XPE) para realizar las solicitudes de interconsultas a otros servicios o de revisiones en el propio servicio. Tras su implantación el Servicio de Admisión y Documentación Clínica ha realizado una encuesta a los usuarios de dicha aplicación.

OBJETIVOS

- Conocer la opinión de los facultativos de Atención Hospitalaria acerca del funcionamiento del XPE.
- Conocer sus sugerencias con el objetivo de mejorar la herramienta.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo de corte transversal mediante encuesta estructurada y anónima a los facultativos de AH entre los días 20 de abril y 6 de mayo de 2021. La encuesta constaba de 4 preguntas referidas al XPE:

- funcionalidad y manejo de la aplicación,
- información facilitada y disponible en la intranet sobre las prestaciones incluidas,
- utilidad de la opción “seleccionar favoritos” y
- posibilidad de consultar las peticiones pendientes del paciente

Por último, una pregunta de texto libre sobre quejas y/o sugerencias.

El análisis de los datos se realizó en Excel.

RESULTADOS

Se repartieron 301 encuestas y se recibieron 173 (tasa de respuesta: 57,5 %).

La valoración de la funcionalidad y el manejo de la aplicación es positiva para un 44,5 % de los encuestados y negativa para un 37,6 %.

Cerca del 40 % no conocen o no utilizan la información sobre las prestaciones disponible en la intranet. Un 26,1 % no conocen o no utilizan la opción de seleccionar favoritos y un 19,1 % no conocen o no utilizan la opción de consultar las peticiones pendientes del paciente.

Entre los que conocen o utilizan la información disponible en la intranet, un 25 % hacen una valoración positiva, aunque las valoraciones negativas son muy superiores (un 44,2).

La utilidad de la opción de seleccionar favoritos es el ítem mejor valorado. El 63,2 % la valoran positivamente, frente al 17,2 % que la valoran negativamente.

En cuanto a la posibilidad de consultar las peticiones pendientes, las valoraciones positivas también superan a las negativas (51,8 % frente al 28,8).

Un 23,1 % de los encuestados señalan alguna queja. La más repetida, que el manejo del XPE es una tarea administrativa, confunde la gestión de peticiones con la gestión de citas. Otra queja es que el XPE enlentece su trabajo o supone una sobrecarga más.

Un 19,1 % anotan alguna o varias sugerencias.

Del análisis realizado han surgido 3 acciones de mejora ya documentadas dentro del SGC del SADC.

CONCLUSIONES

Resulta muy positivo conocer la valoración de los usuarios sobre las herramientas informáticas que se implantan. Teniendo en cuenta que estas aplicaciones informáticas vinieron, en la mayoría de los casos, para quedarse, es obligado analizar su utilidad y sus posibilidades de mejora con aquellos profesionales que las usan a diario en sus labores asistenciales.

ID: 385

ACCIONES DE MEJORA COMO PARTE DE LA MEJORA CONTINUA

AUTORES: MÓNICA GRANERO LÓPEZ; AM FERNÁNDEZ LÓPEZ; I RODRÍGUEZ LEGAZPI; I RODRÍGUEZ PENÍN; ; .
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

JUSTIFICACION

Desde el año 2001 con la primera certificación en la norma UNE-EN-ISO-9002:1994 hasta la actualidad con la UNE-EN-ISO-9001:2015, el Servicio de Farmacia (SF) ha estado comprometido con la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). La Norma establece en el punto 10.1 la necesidad de determinar y seleccionar oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir con los requisitos del cliente y aumentar su satisfacción.

OBJETIVOS

Analizar las acciones de mejora (AM) registradas por el SF durante 5 años.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo de las AM que han sido registradas e implantadas desde 2016 a 2020 en un SF de un hospital de segundo nivel. Se empleó para su registro el documento normalizado de nuestro SGC que incluye: codificación de la AM, alcance, descripción, fecha de apertura, firma del responsable de la propuesta y del responsable del Servicio/ responsable de Calidad en el momento de la apertura, seguimiento/ observaciones, fecha de cierre y las firmas de los anteriores responsables al cerrar la AM. Se clasificaron en función del origen de la AM y del proceso afectado con su implantación.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se abrieron un total de 40 AM, todas ellas cerradas: 5 en 2016; 8 en 2017; 8 en 2018; 10 en 2019 y 9 en 2020. En cuanto al origen, 31 AM (77,5%) partieron directamente del SF, 5 (12,5%) a raíz de notificaciones en el Sistema de Notificación para la Seguridad del Paciente (SINASP), 2 (5%) a través de encuestas de satisfacción y 2 (5%) de la Alta Dirección. En cuanto al proceso involucrado en la AM se clasificaron en: mejora de procesos/organización (principalmente relacionadas con simplificación de circuitos, cambios en las responsabilidades de diferentes funciones, mejoras en la atención farmacéutica a pacientes externos o a pacientes de centros sociosanitarios): 18 (45%); seguridad en el uso de medicamentos [cambios en las presentaciones de sueros con cloruro potásico, mejoras en el programa de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) para evitar errores de medicación, identificación de fármacos fotosensibles o mejoras en el área de elaboración]: 9 (22,5%); comunicación/información (como mejoras en el espacio de la intranet de Farmacia o difusión de información al personal sanitario): 7 (17,5%); implantación de la PEA en diferentes unidades (centros sociosanitarios y hospital de día de Diálisis): 3 (7,5%) y docencia/formación (relacionadas con la organización de la docencia a residentes del SF o la formación a personal de centros sociosanitarios): 3 (7,5%).

CONCLUSIONES

- La mejora de circuitos o los cambios organizativos, así como la seguridad en el uso de los medicamentos y la comunicación y visibilidad, son los puntos donde se han desarrollado un mayor número de AM.
- La implantación de las AM a lo largo de los años pone de manifiesto la importante implicación del SF con su SGC.

COMO HACER QUE LA COMUNICACIÓN NO SOLO BAJE, TAMBIÉN SUBA. PROYECTO DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ASCENDENTE

AUTORES: Moisés David Espejo Maimbé[1]; G Garzón González[2]; S Bermejo Luna[3]; JM Blanco Canseco[4]; C Cedrún Lastra[5]; N Ramos Díaz[6].
CENTRO DE TRABAJO: Dirección Tec. Proc. y Calidad. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[12]; CS Colmenar Viejo N. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[3]; CS Valle Oliva. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[4]; Dirección Asistencial Norte. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[5]; Dirección Tec. Docencia Investigación. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[6].

JUSTIFICACION

La comunicación es una piedra angular en el cual se sustentan todas las acciones institucionales. Comunicarse de forma efectiva es lo que permite un funcionamiento adecuado y un clima laboral positivo. En estos tiempos de cambio, es fundamental la inclusión de la opinión de los profesionales que conforman la organización para así poder gestionar de forma eficiente y en conjunto las líneas de trabajo. En 2019 se realizó una encuesta sobre comunicación interna a todos los profesionales de la organización. Según los resultados obtenidos, su opinión, en general, no es suficientemente escuchada ni tomada en cuenta para la toma de decisiones, a pesar de que sí existirían canales y receptores de la comunicación ascendente.

OBJETIVOS

Identificar acciones de mejora para que los directivos de la organización tengan en cuenta, para la toma de decisiones, la opinión de los profesionales en todos los niveles jerárquicos.

MATERIA Y METODOS

Se conformaron 5 grupos de trabajo con 47 representantes de los distintos niveles de la organización (asistenciales, técnicos y directivos). En una primera fase los equipos identificaron, mediante TGN, factores que estuviesen siendo barreras o dificultades para que su opinión fuese tomada en cuenta y/o les consultaran; además identificaron elementos que funcionan adecuadamente pero que se encuentran en riesgo. Para estas dificultades, priorizadas, los grupos plantearon acciones para evitarlas o mejorar a pesar de ellas, mediante tormenta de ideas. Se priorizaron las de mayor impacto y mayor factibilidad. Las reuniones de trabajo fueron virtuales y se utilizaron formatos de trabajo muy visuales y dinámicos para favorecer la creatividad

RESULTADOS

Se identificaron 40 dificultades prioritarias. Se generaron 17 propuestas de acciones de implantación plausible en corto periodo de tiempo. Entre las propuestas planteadas cabe destacar a modo de ejemplo:

- Reelaborar el organigrama para dar respuesta al profesional que necesita localizar quien es el interlocutor adecuado en lugar de diseñarlo desde la necesidad de visibilidad de los directivos
- Formar a los directivos en gestión del tiempo, delegación y liderazgo para permitir abrir espacios de escucha.
- Crear un departamento/responsable específico de sugerencias/propuestas. Crear una red de informadores clave.
- Evaluar periódicamente a los jefes por sus subordinados, especialmente en relación a la escucha de opiniones.
- Apoyarse en la tecnología para el desarrollo de un “buzón inteligente” que dirija las propuestas a la persona apropiada.

También se identificaron acciones de fondo que requieren un cambio en las formas de manejar la organización colocando a los profesionales como pilar de la institución, siendo estos los primeros en enterarse de las decisiones, funcionando con pocas líneas estratégicas y claras, pilotando con método los proyectos nuevos...

CONCLUSIONES

El trabajo con método de 5 grupos de todas las categorías y niveles generó propuestas factibles para la mejora de la comunicación ascendente

ID: 387

MAGNITUD DE LA PROBLEMÁTICA DE SEGUNDAS VICTIMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

AUTORES: VICTORIA SABATE CINTAS; E BADIA PERICH; S SERRANO FARGAS; A FUENTES ESTELLER; A MARTINEZ NEJJEM; .
CENTRO DE TRABAJO: UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

JUSTIFICACION

En torno al 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados anualmente en algún evento adverso (EA) relacionado con la seguridad del paciente. Estos profesionales son las denominadas segundas víctimas de los EA y pueden presentar consecuencias emocionales, profesionales y familiares. La forma en que la organización, los directivos y los compañeros reaccionan condiciona el impacto emocional sobre el profesional afectado.

OBJETIVOS

Conocer la magnitud de la problemática de las segundas víctimas en nuestro territorio (64 equipo de atención primaria - EAP) para potenciar nuestra guía de intervención orientada a reducir las consecuencias negativas en los profesionales sanitarios.

MATERIA Y METODOS

Para poder comparar los resultados de nuestro territorio con estudios previos, decidimos utilizar el CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES DE PRIMARIA del Proyecto de Investigación Segundas Víctimas (financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias y por Fondos FEDER, por la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana y por la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, Generalitat Valenciana.

El cuestionario está compuesto por 51 preguntas agrupadas en nueve bloques. Se envió en enero del 2020 por correo elecrónico a todos los profesionales de EAP (3200) con enlace de acceso individual. El cuestionario se mantuvo abierto durante 2 semanas. El tiempo estimado para su cumplimentación era de 20 minutos.

RESULTADOS

321 cuestionarios realizados (10%). Sexo: 80% mujeres, 20% hombres. Edad: 45% 31-50 años, 35% 51-70 años, 20% no identificado. Experiencia: 80% < 3 años, 20% < 3 años, Categoría: 35% medicina, 35% enfermería, 30% otros.

80% conocen el sistema de notificación de incidencias. 75% creen que los análisis son correcto, 70% creen que la mayoría de EA son evitables.

70% profesionales se han visto involucrados en un EA a lo largo de su vida profesional. 65% han tenido síntomas de segunda víctima. 60% han recibido apoyo adecuado por el equipo y 40% por la organización. 42% creen que han perdido reputación entre compañeros y 51% entre pacientes. 43% se han planteado dejar la profesión. 18% han requedido baja laboral. 11% han necesitado cambio de servicio. 3% Han abandonado la profesión.

CONCLUSIONES

El grado de respuestas al cuestionario es relativamente bajo, pero suficiente para sacar conclusiones. La mayoría de los profesionales del territorio han estado involucrados en EA de seguridad del paciente y han tenido síntomas de segunda víctima. Un gran número de profesionales se plantean dejar la profesión y solo el 40% reconocen haber recibido un buen apoyo de la organización. El sistema de gestión EA funciona y se realizan buenos análisis, pero es necesadio potenciar el procedimiento de soporte a las segundas víctimas que tenemos en el territorio. Es especialmente importante después la pandemia Del Covid-19, en la que los profesionales han vivido una situación extrema que s ha afectado a su estado emocional.

ID: 388

A CADA PROFESIONAL, LO QUE NECESITA: CONTRATO PROGRAMA INDIVIDUAL, OBJETIVOS PERSONALIZADOS

AUTORES: Aurora Barberá Martin[1]; A Horcas de Frutos[2]; J Jiménez Carramiñana[3]; JE Villares Rodríguez[4]; S Martínez Machuca[5]; N Fernández de Cano[6].

CENTRO DE TRABAJO: Dirección Técnica de Procesos y Calidad.Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud[1]; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Severo Ochoa[2]; Dirección Técnica de Sistemas de Información. Gerencia Adjunta de Procesos Asistenciales. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud[3]; Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud[45]; Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud[6].

JUSTIFICACION

El contrato programa (CP) es una herramienta de gestión para mejorar resultados en los indicadores clave de la organización y ofrecer una mayor calidad asistencial a los pacientes.

El CP individual (CPI) es la evolución de un proyecto consolidado de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP): la evaluación individual de los profesionales, en el que se establecían objetivos adecuados a cada categoría (todas: sanitarias y no sanitarias). Su evaluación anual medía el desempeño personal y la contribución individual a la consecución del resultado global del CP del centro de salud (CS) permitiendo incentivar económicamente a los profesionales.

Hasta 2021 los indicadores eran uniformes en cada categoría y los seleccionaba el equipo directivo de la GAAP según las líneas estratégicas priorizadas, sin negociación previa con los profesionales. Este año 2021 se implanta un nuevo modelo en el que cada categoría tiene un bloque común de objetivos y un bloque negociable. Este nuevo CPI permite individualizar el pacto y compromiso en la mejora de cada profesional, ya que se eligen en cada caso aquellos indicadores con peores resultados en 2020.

OBJETIVOS

Diseñar un nuevo CPI para los profesionales con objetivos negociables que permita adecuar el pacto anual a los resultados personales y la necesidad de mejora individual

MATERIA Y METODOS

Se constituyó un grupo con profesionales de la GAAP para identificar los indicadores aplicables a cada categoría profesional: fijos y negociables.

RESULTADOS

Se han elaborado 18 CPI que abordan el pacto anual de todos los profesionales:

- Del CS: médico de familia, médico de familia y pediatría, pediatra, enfermera de adultos, enfermera de atención infantil, enfermera de familia, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores
- Del Servicio de Atención Rural: médico, enfermera y celador
- De las Unidades de Atención Específica: odontólogos, higienistas dentales, fisioterapeutas, matronas, trabajadores sociales y psicólogos

Se seleccionan objetivos de 4 perspectivas: innovación y mejora organizativa, orientación a personas, procesos asistenciales y sostenibilidad, que engloban 7 dimensiones: formación e investigación, participación, accesibilidad, adecuación, seguridad del paciente, efectividad y eficiencia.

Se eligen indicadores comunes y obligatorios en cada categoría, y un número variable de indicadores a negociar en el ámbito de la adecuación, seguridad, efectividad y eficiencia. El rango de indicadores negociables es de 4 a 11 según la categoría, y suponen entre un 20 y un 40% de los 100 puntos máximos a obtener.

En cuanto a la Cartera de Servicios Estandarizados, no se incluyen todos los servicios de cada categoría sanitaria en el pacto, se eligen 4 según la necesidad de mejora del profesional.

CONCLUSIONES

Se ha diseñado un nuevo CPI adaptado a los resultados y necesidad de mejora individual de cada profesional, que contribuirá al compromiso de los profesionales y a un mayor cumplimiento global de los objetivos de la GAAP.

CAMINANDO POR LA VIDA

AUTORES: LAURA CALLEJO GONZÁLEZ; A MAÍN PÉREZ; E CALLEJO GIMÉNEZ; P TORIBIO HERNÁNDEZ; L AGUILERA GARCÍA; .
CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

JUSTIFICACION

La práctica asistencial siempre ha estado ligada al concepto de humanización, entendiendo que la razón de ser de la medicina es resolver los problemas de salud y aliviar el sufrimiento en el aspecto físico, psíquico y emocional, y no puede olvidar, por tanto, la dimensión humana de las personas. Toda la organización debe implicarse en esta práctica afectiva-efectiva, así como los agentes implicados en la misma poniendo el cuidado de la persona en el centro del sistema. La necesidad de potenciar los procesos de humanización en el ámbito sanitario e incorporarlos de forma trasversal en los planes y estrategias de salud, así como fomentar la cultura de humanización en las organizaciones, está relacionado con el cambio de paradigma pasando de una atención centrada en el cuidado del paciente hacia una atención centrada en el cuidado de la persona, incluyendo en esta consideración no sólo al paciente y a su entorno más cercano (familiares y personas cuidadoras), sino también a los profesionales que lo atienden.

OBJETIVOS

Diseñar una estrategia integral de humanización en un sistema sanitario que aborde la humanización en todas las etapas de la vida y que incluya tanto la atención primaria como hospitalaria.

MATERIA Y METODOS

Se diseñó una estrategia de humanización a nivel de comunidad autónoma partiendo de las experiencias iniciadas en todas las áreas mediante una encuesta. Se llevó a cabo un trabajo de análisis de la encuesta y de planificación estratégica de un programa de humanización basado en el modelo de atención definido por Stewart con cuatro componentes del método: Explorar la salud y la enfermedad, comprender la persona en su totalidad, Encontrar un terreno común y Cuidar la relación profesional sanitario-paciente. Se coordinaron las acciones a nivel de todas las áreas y niveles de atención sanitaria.

RESULTADOS

El plan se ha denominado PERSONA. Incluye proyectos en Atención primaria y hospitalaria de todas las áreas sanitarias. Se estructuró dentro de una estrategia integral que aborda desde la atención antes del parto, hasta el final de la vida, basada en aspectos estructurales, profesionales y del paciente. Afectó a programas en Paritorios, Lactancia, Banco de leche materna, Pediatría y neonatología, Quirófanos, Acogida, acceso al sistema, Oncología, Plan formativo, UCI, Prescripción Social, enfermedades degenerativas y Alzheimer, Salud Mental y Cuidados paliativos y Hospitalización a domicilio.

CONCLUSIONES

La humanización debe formar parte de la estrategia de cualquier sistema de salud. Aunque la atención hospitalaria puede parecer más subsidiaria de programas de humanización, también en atención primaria se deben implementar programas. La humanización debe abordar aspectos relacionados con el paciente, con los profesionales y con la estructura. Nuestro plan de humanización pretende abordar todos los momentos importantes de la vida, desde antes del nacimiento hasta el final de la vida.

ID: 390

IMPACTO DE LA GAMIFICACIÓN EN LA EVALUACIÓN DE UNA JORNADA DE HM

AUTORES: SARA NAVARRO SANTOS; P FERNAN PEREZ; Y CASTILLO GONZALEZ; I PRIETO BARRIO; MA LÁZARO TEBAR; MS MARTIN FRESNEDA.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

Nuestro servicio de emergencias extrahospitalario tiene implantada la estrategia multimodal de la OMS para fomentar la adhesión a la Higiene de Manos, uno de cuyos componentes es "Formación y aprendizaje". Anualmente, con excepción del año 2020, realizamos una jornada el Día Mundial de la Higiene de Manos.

Las actividades formativas habituales transmiten conocimientos siendo más limitada su efectividad en términos de modificación de hábitos, mientras que las que incorporan elementos ligados a las emociones tienen un impacto mayor sobre cambio de actitudes y comportamientos.

La gamificación ha demostrado ser efectiva para incrementar el compromiso de los alumnos en programas online, reforzar la motivación y generar generando actitudes positivas. Por ello está ganando relevancia en educación como herramienta de aprendizaje, tanto para desarrollo de actitudes y comportamientos colaborativos como para estudio autónomo.

En la Jornada de Higiene de Manos (JHM) de 2021 incluimos la gamificación como elemento motivador y transformador de actitudes.

OBJETIVOS

Medir el impacto de la gamificación en la evaluación de la JHM de 2021 y analizar si hubo diferencias significativas en los ítems evaluados con relación a la JHM de 2019.

MATERIA Y METODOS

Para la realización de la jornada 2021, el Grupo Promotor de Higiene de Manos (GPHM) realizó una búsqueda bibliográfica, elección de temas de interés, diseño y elaboración de material didáctico y herramientas de gamificación, e introdujo la figura del moderador de jornada con un hilo conductor.

Tras la actividad formativa se pasó la encuesta de satisfacción habitual cuyos ítems se puntúan de 1 a 10.

Se realizó una comparación de medias (t de student) de los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas al finalizar la jornada gamificada y los resultados de 2019 (jornada tradicional presencial)

RESULTADOS

Se analizaron los resultados de 93 encuestas (64 de 2021 y 29 de 2019).

Se produjeron modificaciones estadísticamente significativas en la puntuación de todos los ítems evaluados,(sig 0,00).Siendo destacables el aumento de puntuación en la valoración de los contenidos teóricos impartidos (0,58), adecuación de la metodología aplicada (0,27), contenido de los casos prácticos (0,36) y valoración global del curso (0,73).Por otra parte disminuyó la valoración que se dio del grado de aprendizaje conseguido (- 0,05) y de la adecuación del horario (-0,11)

CONCLUSIONES

Las diferencias en los respondedores se atribuyen al diferente formato presencial y virtual, siendo el segundo el que genera mayor accesibilidad.

Se evidencia esfuerzo de incorporar la gamificación genera valor al mejorar la percepción positiva de la experiencia, que predispone modificar actitudes y comportamientos hacia una cultura de seguridad.

Nuestro resultado se basa en muestras relativamente pequeñas por lo que seguiremos utilizando la gamificación y la encuesta para ampliar la base de evidencia de nuestros resultados.

ID: 391

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN UN PROCESO DE GESTIÓN DE ALERTAS RÁPIDAS EN SALUD PÚBLICA POR COVID19.

AUTORES: AM Brandini Romersi[1]; P FERNAN PEREZ[2]; R ABEJON MARTIN[3]; S NAVARRO SANTOS[4]; E ARMELA SÁNCHEZ-CRESPO[5]; N GARCIA GARCIA[6].
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La pandemia COVID19 ha generado un cambio de alto impacto a todos los niveles en la atención sanitaria. Desde el punto de vista de la Calidad Asistencial,la pandemia llevó a una modificación en los procesos de atención nuestro servicio de emergencias extrahospitalarias,apareciendo nuevos riesgos y fallos asociados a estos cambios. A fin de ofrecer una atención sanitaria con garantías de calidad y seguridad del paciente, se han identificado y valorado los riesgos asociados a estos cambios en los distintos procesos y su tratamiento.

OBJETIVOS

Identificar, analizar y diseñar estrategias de mejora de los nuevos riesgos asociados al proceso de Alerta de Salud Pública (SP) de nuestra organización a través de un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).

MATERIA Y METODOS

Selección de un grupo profesional multidisciplinar, con experiencia en el proceso y en la organización,orientado por un experto asesor en AMFE.Formación en AMFE.Selección de criterios para impacto, probabilidad, detectabilidad y factibilidad.

RESULTADOS

Se identificaron 3 fases críticas (FC):

1ª FC: Recogida de datos administrativos por el operador

2ª FC: Comunicación al equipo de Salud Pública la alerta.

3ª FC: Regulación enfermera de la alerta.

Se identificaron 5 riesgos asociados con un nivel de riesgo de 60 y 40 para 1ª FC; de 40 para la 2ª FC y de 30 para la 3ª FC.

Fallos críticos: Error en identificación del paciente, y del hospital o centro peticionario, Regulación inadecuada por no identificación de la alerta o desconocimiento del procedimiento y Error en envío de alerta en formato electrónico.

Causas de mayor riesgo: No uso de 2º identificador; confusión por similitud de nombres;falta de información completa/veraz del notificador; y fallo de red central en el sistema.

Acciones priorizadas en base a nivel de riesgo del fallo y factibilidad:

1. Incluir recordatorios sobre la doble identificación en la formación.
2. Verificar identificación y ubicación del incidente (funcionalidades del software).
3. Incorporar recomendaciones para correcta gestión telefónica (algoritmo y entrevista semiestructurada).
4. Toma de conciencia: obtener todos los datos disponibles para la alerta.
5. Elaborar Instrucción Técnica sobre alertas a Salud Pública.
6. Centralizar en Coordinadores de Enfermería del Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) el envío de alertas.
7. Establecer Procedimientos de Contingencia.

CONCLUSIONES

Como se evidencia en nuestros resultados,a través de un sistema de gestión de riesgos, es posible identificar las fases críticas de los procesos, fallos potenciales y sus causas y priorizarlas, así como identificar y priorizar las acciones a acometer.

El enfoque proactivo del riesgo permite llevar a cabo una gestión sanitaria que de respuestas a situaciones adversas que se presentan con frecuencia en los distintos niveles de la atención sanitaria.

Se han implantado las 7 acciones. Este sistema ha sido esencial para dar continuidad a la actividad asistencial de forma segura en un momento de incertidumbre originada por la pandemia.

ID: 392

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN UN PROCESO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA CON PACIENTE COVID19

AUTORES: ZITA QUINTELA GONZÁLEZ; J BRAVO RODRÍGUEZ-BARBERO,; R ABEJÓN MARTÍN; S NAVARRO SANTOS; P FERNAN PEREZ; ML DOMINGUEZ PÉREZ.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La Pandemia COVID19 ha generado un gran impacto en los servicios de salud. Nuestro servicio de emergencias extrahospitalarias recibió 1.456.526llamadas en 2020,un 28,91% más que en 2019, debiendo transformar procesos de trabajo e implantar otros nuevos en un corto período de tiempo para mantener la atención sanitaria

OBJETIVOS

Analizar los nuevos riesgos asociados al proceso de Atención a la demanda de pacientes COVID19 a través de un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) que permita identificar, evaluar, y diseñar estrategias de mejora en dicho proceso.

MATERIA Y METODOS

Selección de grupo multidisciplinar, con experiencia en el proceso a analizar y en la organización, orientados por asesor experto en esta herramienta.

Formación en AMFE. Selección de criterios para impacto, probabilidad, detectabilidad y factibilidad.Desarrollo del análisis y plan de acción.

RESULTADOS

Se identificaron 5 funciones del proceso:

- Codificación motivo de consulta por el operador:paciente con sospecha o confirmación de covid19+.
- Regulación medica:prioridad 0
- Gestión de recursos móviles
- Intervención Soporte Vital Avanzado
- Intervención ambulancia urgente

Modos de fallo más relevantes:

- No codificación correcta.
- Retraso en la entrada de la llamada.
- Activación de recurso no idóneo.
- Retraso en la intervención
- Inadecuada valoración del paciente o/y resolución o/y recomendaciones si el paciente se queda en casa.
- Imposibilidad de transferir al paciente tras la llegada al hospital.
- Variabilidad en la atención por ambulancia.
- Retraso en la atención por sobrecarga.

Se identificaron 11 causas de mayor riesgo, se destaca:

- Falta de datos para poder codificar como Covid+ o–
- Falta de capacitación adecuada del médico regulador.
- Desconocimiento del proceso de traslado de riesgo biológico y descontaminación de vehículos por parte del Técnico Gestor de Recursos.

- Elevada presión de trabajo durante la guardia
- Servicios de Urgencias Hospitalarios saturados.
- Errores en la comunicación por la mayor complejidad y soporte informático no estandarizado.
- Déficit relativo de profesionales y/o recursos en los momentos álgidos de la epidemia.

Se priorizaron 11 acciones según riesgo y factibilidad. Destaca:

- Incluir información sobre COVID en el audio durante el tiempo de espera de la llamada.
- Formar en entrevista telefónica orientada a búsqueda activa de síntomas compatibles.
- Acogidas y cursos exprés, material de apoyo,supervisión por compañeros expertos.
- Facilitar al Técnico de Emergencias gestor de recursos de la situación de los mismos con relación a la desinfección optimizando la operatividad.
- Comunicación proactiva de cambios:INTRANET; envío a emails, incorporación a los debriefings

CONCLUSIONES

El uso de esta herramienta ha sido determinante para identificar los riesgos de un nuevo proceso y priorizar las acciones que añadían más valor, en tiempo record

La configuración del grupo de trabajo ha dado agilidad y confianza en la rapidez y precisión de las propuestas y en su implantación

ID: 393

RESPUESTA DE LA MESA DE ENFERMERAS DE COORDINACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS ANTE LA PANDEMIA COVID19.

AUTORES: Raquel Abejón Martín; A Bermejo Rodriguez; M Martin González; C Cardenete Reyes; C Migueles Guerrero; S Navarro Santos.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

El Servicio Coordinador de Urgencias (SCU), en el que se reciben todas las llamadas de demanda sanitaria a través de las líneas 112 y 061, experimentó durante los primeros meses de pandemia, un incremento exponencial de llamadas de los ciudadanos. Llegando a un máximo histórico en un solo día el 25 de marzo con 9.468 llamadas. El incremento de cargas de trabajo en el ámbito de los cuidados enfermeros propios del centro de coordinación desde el principio puso en evidencia la necesidad de una nueva orientación de gestión y respuestas clínico-asistenciales. Estos hechos impactan en la Seguridad del Paciente desde el punto de vista de la pérdida de oportunidad. Como medida para garantizar la Seguridad del Paciente, se desarrolla e implanta un "Call Center de Enfermería" o Mesa COVID.

OBJETIVOS

Preservar y garantizar la atención sanitaria a pacientes que sufren una emergencia sanitaria y que llaman al 061/112.

Dar respuesta ágil y rápida a los pacientes que llaman por motivo de pandemia COVID19.

Evitar desplazamientos innecesarios de la población.

MATERIA Y METODOS

Creación de un Equipo Gestor del SCU (de Mesa COVID), con apoyo del Servicio de Sistemas de Información.

- Modificación del árbol lógico de llamadas, introduciendo 6 nuevos motivos de consulta de COVID 19.
- Plan formativo para la capacitación de los nuevos enfermeros.
- Creación de una figura de Coordinación de Enfermería.
- Desarrollo de un perfil avanzado de enfermero en el SCU, denominado EPACOOR.

RESULTADOS

- Mesa de Enfermería SCU recibió 19.366 llamadas (20.16%), con un promedio de 625 llamadas al día y una tasa media de llamada abandonada del 4,15%.
  - Los tiempos medios de conversación estuvieron en 3 minutos y 19 segundos (DE ± 18 segundos), con tiempos de gestión posterior entre 2 y 5 min.
- Mesa COVID recibió 76.698 llamadas (79.84%), con un promedio de 2841 llamadas al día y una tasa media de llamada abandonada11 del 45,33%.
  - Los tiempos medios de conversación estuvieron en 4 minutos y 44 segundos (DE ± 12 segundos), con tiempo de gestión posterior (< 1 min)

CONCLUSIONES

El SCU, con un dispositivo para dar atención a un volumen elevado de demanda, es clave para mejorar la efectividad de la atención, la seguridad del paciente y evitar la sobrecarga del sistema sanitario.

Sistema centralizado de información es fundamental para de forma rápida implementar cambios hacia la toma decisiones diarias, minimizar el impacto sobre el paciente e implantar cambios.

La redefinición del árbol lógico de la gestión de la llamada, ha disminuido la demora en la atención al mejorar la capacidad de detección de pacientes NO COVID.

Mesa de COVID-19 ha supuesto una mejora de la calidad asistencial, al poder disponer más tiempo para la atención y así poder resolver las dudas. Puede ser puesta en marcha en cualquier SCU ante situaciones excepcionales, su implantación es ágil, eficiente, segura y minimiza el coste en pérdidas de llamadas y mejora la satisfacción del usuario.

ID: 394

MEJORANDO LA ADAPTACIÓN A LA ISO 9001:2015 DEL SGC DE UN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

AUTORES: Coral Rodríguez Fouz; E Díaz López; M Lanza Gándara; P Mosteyrín Salgado; J Martínez Espiñeira; .
CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

JUSTIFICACION

Nuestro Servicio de Admisión y Documentación Clínica adaptó en 2017 su Sistema de Gestión de la Calidad a los requisitos de la norma ISO 9001:2015. En un principio los esfuerzos de adaptación fueron dirigidos fundamentalmente a la gestión de los riesgos, como cambio más destacado que introducía dicha norma.

Pero la ISO 9001:2015 también incluía como novedades otros dos requisitos: la comprobación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas y la gestión del cambio.

OBJETIVOS

- Describir el proceso seguido por el SADC para mejorar la adaptación de su SGC a la ISO 9001:2015 en lo referido a la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas y a la planificación de cambios.
- La mejora ha ido orientada a:
  - La identificación en un único documento de las partes interesadas y de sus necesidades y expectativas.
  - La elaboración de una plantilla para el registro de la planificación del cambio.

MATERIA Y METODOS

Las partes interesadas se encontraban mencionadas de forma dispersa por los diferentes textos, por lo que decidimos realizar una revisión con el objetivo de identificarlas adecuadamente y de recoger sus necesidades y expectativas y los requisitos que consideramos precisos para cumplirlas. Así mismo, consideramos oportuno elegir un modelo de diseño que nos permitiera reflejar en un único documento, y de una forma clara y visual, toda esa información.

Por otra parte, hasta ahora los cambios a los que se ha ido enfrentando el servicio se iban asumiendo sin dejar registro de las tareas emprendidas o bien elaborando diferentes cronogramas de actuación que no siempre quedaban registrados o archivados. Por ello, decidimos elaborar un diseño de plantilla en el que se puedan registrar de forma sencilla todas las acciones que se planifiquen y que permita además realizar el seguimiento de su implantación.

RESULTADOS

Para las partes interesadas se eligió un diseño que presenta en primer lugar, de una forma muy gráfica, cuáles son esas partes interesadas, y que en segundo lugar añade a cada una de las partes interesadas tres columnas en las que se recogen: las necesidades y expectativas –con referencia a los procesos que nos permiten conocerlas-, los procesos y los requisitos.

Para la planificación del cambio se optó por un diseño en el que se recoge, en la parte superior, información sobre el tipo de cambio, los cambios previstos, las partes interesadas y los procesos afectados, para a continuación detallar en cuatro apartados diferenciados los riesgos, las oportunidades, las acciones a implantar y si han sido o no implantadas.

CONCLUSIONES

Los documentos diseñados permiten visualizar de forma nítida toda la información que queremos recoger cumpliendo de esta manera más eficazmente con los requisitos de la ISO 9001:2015.

Permiten trasmitir y comunicar la información a todos los profesionales del servicio, así como realizar un seguimiento y actualización de la información recogida.

ID: 395

REORIENTACIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO PARA RESPONDER A LAS NUEVAS NECESIDADES DERIVADAS DE LA PANDEMIA COVID19.

AUTORES: ZITA QUINTELA GONZÁLEZ; AM BRANDINI ROMERSI; JA PINGARRÓN LÓPEZ; MD ROBLEDO TIRADOR; J MARTÍNEZ GÓMEZ; MS MARTÍN FRESNEDA.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

Las prestaciones que habitualmente realiza el Transporte Sanitario no Urgente (TSNU) son tratamientos crónicos, consultas, pruebas complementarias, altas hospitalarias, interhospitalarios no asistidos e intercomunitarios no asistidos. El Transporte Sanitario Urgente (TSU) es originado en el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) en relación con las llamadas del 061 y 112. El avance del COVID19 trajo consigo cambios en otros niveles asistenciales que conllevaron la reducción de la actividad de TSNU entre un 50% y 70% y del TSU entre el 12,5% y 17,09%, a la vez se incrementaba la necesidad de traslado sanitario de pacientes COVID que generaban una enorme carga sobre el operativo habitual.

OBJETIVOS

- Garantizar un traslado sanitario seguro en pacientes COVID19 y pacientes que demandan atención por otros problemas de salud.
- Minimizar las posibilidades de contagio cruzado entre los pacientes trasladados y entre profesionales sanitarios.
- Reorganizar el transporte sanitario urgente y programado adaptándolo a los cambios en las necesidades de los pacientes.
-

MATERIA Y METODOS

- Creación de un Equipo Gestor de Transporte
- Optimización de todos los recursos móviles propios disponibles de TSU y TSNU, incorporación de efectivos de SAMUR y de la Unidad Militar de Emergencias.
- Reorganización del TSNU y TSU para trasladar pacientes COVID.

RESULTADOS

Se trasladaron más de 6000 pacientes entre hospitales, se trasladaron un total de 9457 pacientes desde residencias a las Urgencias de los distintos hospitales. Reorganización de la atención urgente del paciente pediátrico, de la atención obstétrica y ginecológica y de psiquiatría centralizándose en los hospitales especializados. Reorientación del servicio de TSNU, con especial atención a los pacientes en diálisis dadas su necesidad de continuar con su tratamiento. Complementar la actividad del TSNU con los traslados interhospitalarios

CONCLUSIONES

La reorientación de la utilización de estos recursos sanitarios es una buena práctica que añade efectividad y seguridad para pacientes y profesionales, certeza a la organización en un momento en el que la preocupación por el colapso del sistema está en el trasfondo de todas las actuaciones y en base a nuestra experiencia, mantiene la calidad del servicio a todos los pacientes y mejora en conjunto la atención sanitaria.

En base a nuestra experiencia, consideramos que en las pandemias los servicios de urgencias extrahospitalarias que atienden la emergencia y gestionan el transporte sanitario son fundamentales como eje vertebrador de la atención sanitaria en el ámbito territorial que se trate.

En situación de Pandemia, es relevante tener un trabajo continuado y colaborativo tanto con proveedores, como de aliados de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios que han resultado fundamentales en la prestación del servicio y en el compromiso de minimizar en lo posible el impacto de la pandemia y el bienestar emocional de nuestros propios profesionales y ciudadanos.

ID: 396

ANALISIS DE LAS PRÁCTICAS DESARROLLADAS DURANTE LA BORRASCA FILOMENA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.

AUTORES: ASUNCION COLOMER ROSAS; A BALBOA MENA; J MARTÍNEZ GÓMEZ; S RAMÍREZ ALONSO; MJ FERNÁNDEZ CAMPOS; P BUSCA OSTOLAZA.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

El 7/1/2021 se produjo la emergencia climática Filomena que generó una gran dificultad para atender las urgencias extrahospitalarias. El Servicio de Urgencias Extrahospitalaria de nuestra comunidad estableció un gabinete de crisis con actuaciones diversas para prestar su servicio. Posteriormente se planteó reflexionar sobre la experiencia utilizando una metodología basada en Lecciones Aprendidas

OBJETIVOS

Identificar prácticas con mayor y menor efectividad en la resolución de los problemas derivados de la borrasca Filomena, identificar las lecciones aprendidas y priorizar cambios a incorporar

MATERIA Y METODOS

Grupo de trabajo: miembros del gabinete de Crisis.

Reunión (R) inicial: Metodología a seguir para elaborar Lecciones Aprendidas.

Entrevista individual sobre cuestiones clave (¿qué se hizo bien? ¿Qué debió hacerse distinto o no hacerse?¿Qué aprendimos?¿Cómo lo haríamos ahora? ¿Señales a captar?¿Cómo evitar los mismos errores?) que exploraron las áreas de interés: trabajo del equipo directivo (TED), gestión de personas (GP), gestión de alianzas (GA), gestión de actividad asistencial (GAS), gestión de nuevas tecnologías, comunicaciones e información (GTIC) y gestión de , infraestructuras y equipamientos (GTIE). Informe preliminar.

Reunión final: consenso y priorización de cambios a incorporar

RESULTADOS

Se hizo bien (prácticas de éxito): Se identificaron 38 actuaciones. Destacan 8 relativas al TED y 8 relativas a la GTIE.

Hacerse distinto (acciones poco efectivas)): Se identifican 34 actuaciones. Destacan 10 relativas a GP.

Dejarse de Hacer (acciones no efectivas): Se identifican 11 actuaciones.

Aprendimos de esto: Se identifican 37 reflexiones, 16 relativas al TED y 9 relativas a GP.

Cómo lo haríamos (cambios a medio plazo): Se identifican 15 propuestas, 4 relativas a GA.

Opciones que tenemos (inmediatez): Se identifican 12 propuestas, 4 relativas a GP.

Señales a captar (estrategia): Se identifican 9 señales, 6 relativas al TED.

Evitar los mismos errores (lecciones aprendidas): Se proponen 35 actuaciones, 10 dirigidas a la GIE y 8 a la GP.

Priorización Actuaciones: Se priorizan las de ejecución directa y Se plantean 5 Líneas de Acción (LA), una por cada Área de Interés para cerrar el ciclo

CONCLUSIONES

El método utilizado nos ha permitido identificar lecciones aprendidas relevantes a incorporar para actuar con mayor agilidad y precisión un complejo contexto y en el día a día. La entrevista da opción a que la acción identificada o propuesta pueda ser concreta o más amplia, por lo que enriquece el conocimiento compartido y facilita en el desarrollo posterior aunar propuestas en líneas de trabajo.

Es necesario finalizar el ciclo de vida e integrar este conocimiento en los procesos y prácticas para que sea efectivo este aprendizaje basado en la propia experiencia. Esta es la fase que se está desarrollando a través de las LA y acciones concretas ya acometidas.

ID: 397

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y VÍA RICA. CIRCUITO PARA CORRECCIÓN DE ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGÍA GÁSTRICA.

AUTORES: B UGARTE SIERRA; M ZUBIAGA BILBAO; S POSTIGO MORALES; RA ABAD ALONSO; R MANIEGA ALBA; FJ IBÁÑEZ AGUIRRE.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GALDAKAO

JUSTIFICACION

La anemia perioperatoria está gravada por un claro aumento de la morbimortalidad en nuestros pacientes. Además, los pacientes con cifras de hemoglobina preoperatoria entre 6-10 gr/dl presentan un alto riesgo trasfusional asociado.

En el contexto de la implementación de la vía RICA en nuestro servicio, se diseñó un circuito intrahospitalario para la optimización de la anemia de aquellos pacientes subsidiarios de cirugía gástrica.

OBJETIVOS

Evaluar el estado inicial de anemia preoperatoria en pacientes pendientes de cirugía gástrica y el porcentaje de corrección de la misma hasta rangos óptimos.

MATERIA Y METODOS

Tras una fase inicial de detección de necesidades y diseño del circuito más adecuado, se procedió a la implementación del mismo.

Se han recogido los datos de hemoglobinas de diagnóstico y postoptimización previa a intervención quirúrgica, clasificando los datos preintervención en 2 niveles.

- Nivel I: ÓPTIMO. Registrando hemoglobinas en hombres por encima de 13mg/dL y mujeres por encima de 12 mg/dL
- Nivel II: se logró optimizar hasta hemoglobinas entre 10-12/13mg/dL.

RESULTADOS

Diseño del circuito:

La valoración inicial se llevó a cabo en la consulta de cirugía esofagogástrica por un cirujano de la unidad mediante una analítica predefinida para comenzar con el proceso de prehabilitación a 4 semanas vista en nuestras consultas. Según los parámetros obtenidos se procederá a pautar dosificaciones de hierro intravenoso que serán administradas en Hospital de Día Médico junto con un control analítico que se extraerá previo a la consulta de preanestesia.

- **Control 1**: Consulta preanestesia derivará si fuera necesario a un subequipo anestesia/anemia para plantear consulta a Hematología y administración de eritropoyetina.
- **Control 2**: Control cirugía: previa a definir el día final de la intervención con /sin ádministrcaión de EPO si no se hubiera hecho en el control 1.

Desde el inicio de la implementación de este circuito hemos incluido en el análisis 24 pacientes. Se han incluido pacientes de cualquier riesgo anestésico ASA, y cualquier tipo de resección gástrica (resección segmentaria, gastrectomía subtotal, total o 95%), con o sin neoadyuvancia y de cirugía tanto programada como preferente por su clínica debut, es decir, pacientes en los que la prehabilitación se vio comprometida por hemorragia o estenosis y/o hubo que realizarla ingresados (subgrupo de pacientes que se ha incrementado en esta última época de pandemia covid19).

Las edades se encontraban en un rango de 51 a 85 años. De los 24 pacientes, 21 fueron varones. El tiempo de prehabilitación se movió en un rango entre 8 y 62 días. 10/24 pacientes requirió ferroterapia intravenosa, 3 pacientes requirieron administración de EPO. El 79,17% de los pacientes obtuvieron un nivel de optimización por encima de 12mg/dl.

CONCLUSIONES

Es mandatorio el diseño de circuitos que optimicen estos pacientes previo a la cirugía.

ID: 398

PÍLDORAS INFORMATIVAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: Laura Garcia Gimeno; A Pocino Campayo; I Azpeitia Lumbreras
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Germans Trias i Pujol

JUSTIFICACION

Para mejorar la seguridad de los pacientes es importante poder hacer extensivas recomendaciones a los profesionales. La Unidad de Calidad ha creado las "píldoras informativas", vídeos informativos cortos disponibles en la intranet del hospital, donde diferentes profesionales nos explican las recomendaciones para evitar eventos adversos en los incidentes notificados recurrentes y evitables.

OBJETIVOS

Detectar los incidentes más recurrentes y evitables.

Conocer el impacto de los vídeos informativos en los profesionales sanitarios.

MATERIA Y METODOS

Para la búsqueda de los incidentes recurrentes y evitables se utilizó el sistema de notificación TPSC Cloud.

Para la difusión de los vídeos informativos se realizó una campaña de comunicación que consistió en:

- Filmación y edición de los vídeos de 2-3min de duración.
- Diseño de una página en la intranet "Píldoras informativa".
- Recopilación de los vídeos en la página creada.
- Redacción de una noticia en la Intranet y en el boletín informativo semanal.
- Envío por correo electrónico del boletín informativo a todos los profesionales.
- Envío por correo electrónico de la noticia y el enlace a la página de la intranet a las direcciones asistenciales, jefes de servicio y supervisoras de enfermería de los servicios implicados en estos incidentes.
- Presentación de las noticias publicadas y de los vídeos elaborados en el comité asistencial.

El impacto se midió a través de las visualizaciones de los vídeos en el canal Youtube del hospital, los clicks a la noticia en el semanario, en la semana en la que se publicó la noticia, y el número de visitas a la página de la intranet.

RESULTADOS

Los incidentes notificados más recurrentes en los últimos 12 meses están relacionados con: Agitación psicomotora, identificación activa, cumplimentación adecuada del informe al alta, administración de medicamentos peligrosos, prevención bacteriemias por catéter.

Durante la primera semana tras su publicación se contabilizaron 67 Clicks en el semanario (tasa de apertura del semanario en el 2020 31,85%), 73 visualizaciones por el canal Youtube y 245 entradas a la página de la intranet "Píldoras informativas".

Por videos se contabilizaron 31 visualizaciones y 27 clicks (6,1%) para el video Recomendaciones del informe al alta, 13 visualizaciones y 25 clicks (2%) para el video Recepción y administración de metrotexate intramuscular, 23 visualizaciones y 15 clicks (1,3%) para el video Prevención de las bacteriemias por catéter y 6 visualizaciones y 14 clicks (1,7%) para el de Identificación Activa.

CONCLUSIONES

A pesar de la campaña de comunicación y la estrategia de difusión elaborada, el impacto de las "Píldoras informativas" es bajo.

El 11,1% de los profesionales que leen el semanario se dirigen a las noticias sobre los videos informativos.

Las píldoras informativas son una buena acción de mejora para evitar incidentes recurrentes evitables, por ellos debemos aumentar el impacto buscando nuevas estrategias de difusión.

ID: 399

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD: ESTUDIO DELPHI

AUTORES: Albert García Casanovas[1]; P Ruiz López[2]; C Varela Rodríguez[3]
CENTRO DE TRABAJO: l'Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques[1]; Instituto de investigación Biomédica del Hospital Universitario 12 de Octubre (IMAS12)[2]; Hospital Universitario [12] de Octubre[3]

JUSTIFICACION

La Asistencia Sanitaria Basada en Valor (ASBV) supone un cambio del paradigma actual de atención sanitaria con una rotación trascendente de los objetivos de las instituciones, así como de los métodos de pago a proveedores. Para generar esta transformación, es esencial incorporar la medición sistemática de los resultados en salud y sus costes por paciente en la práctica clínica habitual, hacerlo de forma normalizada y estandarizada para que permita evaluar comparativamente dicho resultado entre instituciones. Un reto metodológico importante.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio fue identificar, a través del consenso de expertos, las dimensiones, fases y actividades técnicas necesarias para implementar una medición sistemática de resultados en salud que permita realizar ASBV. Los objetivos específicos fueron identificar los factores que determinan la factibilidad y complejidad de un proyecto y, como consecuencia, su dimensionamiento y necesidad de recursos.

MATERIA Y METODOS

Estudio Delphi modificado a dos rondas con un panel de expertos multidisciplinar con trayectoria académica y/o experiencia práctica en proyectos de medición de resultados y coordinado por la Unidad de Calidad. Un total de 38 expertos fueron inicialmente seleccionados, respondiendo 34 de ellos a la primera ronda (febrero 2020) y 24 a la segunda (septiembre 2020). Como criterios de consenso se estableció una mediana igual o superior a 4 y un rango intercuartílico relativo (RIR) igual o inferior al 25%. La herramienta utilizada Google Forms y cada experto cumplimentó el cuestionario de forma individual sin interacción. Los responsables de la elaboración del cuestionario no respondieron.

RESULTADOS

De los 103 ítems evaluados se obtuvo consenso en el 92% de ellos (N = 95). El acuerdo fue completo en las categorías de paquetes técnicos que componen las etapas de un proyecto - (i) adecuación de los datos, (ii) adecuación de las herramientas, (iii) registro de los datos estructurados, (iv) análisis de los datos y (v) innovación e investigación – así como en la propia necesaria gestión del proyecto durante su ejecución. Entre las actividades a realizar en cada una de las categorías, el consenso fue cuasi completo, considerándose el 94% de ellas (N = 43).

Entre los factores que pueden condicionar la factibilidad inicial del proyecto y posteriormente la complejidad técnica de ejecución, se alcanzó un consenso en el 88% de ellos (N= 52).

CONCLUSIONES

Las áreas y actividades con un consenso máximo fueron las relacionadas con la calidad y estandarización de los datos, lo que pone de manifiesto la importancia que el adecuado registro de los datos de salud supone para cualquier evaluación y/o toma de decisiones clínicas; análisis epidemiológico o evaluación del desempeño de una institución o profesional.

El elevado nivel de consenso alcanzado en el amplio panel de expertos sugiere que en existen dimensiones y elementos comunes a cualquier incorporación de innovaciones en la asistencia sanitaria de una organización compleja.

ID: 400

EVALUACIÓN DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

AUTORES: Gerardo Garzón González[1]; A Díaz Holgado[2]; MJ Ruiz Cervigón[3]; F Santolaya Sardinero[4]; M Monleón Just[5]; B Blond Arredondo[6].

CENTRO DE TRABAJO: Dirección Tec. Proc y Calidad. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[1]; Dirección Tec. Sistemas Información. GAPA. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[2]; Dirección Tec. Docencia Investigación. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[3]; CS Cdad. San Pablo. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[4]; ESAPD Legazpi. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[5]; CS Alc. Bartolomé Glez. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[6].

JUSTIFICACION

El Dolor crónico no oncológico (DCNO) es uno de los problemas de salud más importantes en Atención Primaria. En 2019 se puso en marcha un proyecto de mejora de la atención al paciente con DCNO en los 262 Centros de Salud (CS) de la Gerencia. El núcleo del proyecto era un cambio sustancial en el abordaje, pasando de una atención fundamentalmente a demanda, por el médico, centrada en intensidad y farmacológica a una atención proactiva y programada, por la enfermera, centrada en funcionalidad y basada en intervenciones no farmacológicas. También se sensibilizó con la identificación del dolor primario y con la adicción a opioides.

Para implantar este cambio se difundió un Decálogo de atención al DCNO, se modificó el formulario de la Historia Clínica Electrónica (HCE), se realizó un Plan de autoformación "precocinada" para los centros y se realizó un pilotaje en 7 Centros. La implantación se inició en diciembre de 2019.

OBJETIVOS

Evaluar el grado de implantación del proyecto de mejora de la atención al paciente con DCNO.

MATERIA Y METODOS

Se definieron dos grupos de indicadores: de implantación y de contenido clínico.

Se recogieron datos de HCE, de realización de la Autoformación y de participación en el pilotaje.

RESULTADOS

Uso del formulario específico de HCE. Se utilizó la cumplimentación del formulario específico de HCE que recoge la atención al paciente con DCNO, como el indicador indirecto de una atención protocolizada. En el mes de marzo de 2020 hay una caída brusca y casi total en el uso del formulario coincidiendo con el inicio significativo de la pandemia.

El uso del formulario durante el trimestre Dic2019-Feb2020 fue 5 veces más que el que había tenido en años anteriores (514%)

El 71% de los CS habían usado el formulario frente a un 29% que no.

El 70% de los formularios utilizados fueron el nuevo formulario lo que sugiere un cambio hacia el nuevo enfoque.

Acciones de implantación

La utilización del formulario en los centros que realizaron autoformación fue más de 2 veces mayor (250%)

La utilización del formulario en los centros que participaron en el pilotaje fue casi 6 veces mayor (567%)

Había importantes diferencias (de hasta 5 veces más) en función de las personas implicadas en la difusión del proyecto.

Actuaciones clínicas

Solo se midieron en las HCE que tenían cumplimentado el formulario (por ser la única fuente de información disponible). En el 82% de los pacientes se midió funcionalidad. El 14% tenía clasificado el dolor como primario. El 28% tenía realizadas intervenciones no farmacológicas específicas, teniendo el 14% intervenciones sobre el afrontamiento. Se realizó despistaje de adicción en el 14% del total de los pacientes. Todos estos datos sugieren sensibilización con el nuevo enfoque.

CONCLUSIONES

Una estrategia de implantación basada en difusión, autoformación y registro específico tuvo un impacto significativo en la mejora de la atención a pacientes con DCNO.

ID: 401

GESTIÓN DE ALIANZAS DE UN SERVICIO DE URGENCIASEXTRAHOSPITALARIO EN UNA EMERGENCIA CLIMÁTICA:UNA OPORTUNIDAD DE APRENDER

AUTORES: PATRICIA FERNAN PEREZ; E MOHINO SÁEZ; C MENDEZ ALONSO; MA SEMPRÚN GUILLÉN; A VILLAR ARIAS; P BUSCA OSTOLAZA.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La borrasca Filomena generó una enorme dificultad para realizar la atención a las urgencias extrahospitalarias. La colaboración de protecciones civiles (PC), cuerpos y fuerzas de seguridad, voluntarios, entidades y ciudadanos fue clave para mantener los servicios esenciales. Una vez normalizada la situación se realizó un análisis del comportamiento organizacional, siendo una de las cuestiones del análisis el desempeño de esta colaboración y qué mejoras implementar.

OBJETIVOS

Incorporar a nuestra organización el conocimiento generado durante Filomena con relación a la gestión de las alianzas.

MATERIA Y METODOS

Grupo de trabajo: miembros del gabinete de Crisis.

Se elaboran Lecciones Aprendidas a través de entrevistas a los miembros del grupo: se preguntan aspectos de interés sobre el desempeño de la organización durante Filomena. Se aborda el trabajo cooperativo con aliados que resultaron clave para llevar a cabo la atención sanitaria.

Se identifican cambios a incorporar.

RESULTADOS

Aspectos reseñables sobre:

A. Se hizo bien:

La colaboración con:

- Militares: para dotarnos de recursos adecuados (sobre todo dotación de vehículos) para acceder a los pacientes.
- Protecciones Civiles (PC).
- Comercio/hostelería de cercanía a la sede central: para garantizar el avituallamiento del personal.
- Club y Asociaciones de 4x4 con conductor para colaborar en el traslado de profesionales sanitarios y de pacientes de baja complejidad.
- Expertos en gestión y priorización de pacientes en Diálisis: Sociedad Española de Nefrología, asociación de pacientes ALCER y Jefes de Hospital.
- Intensivistas de hospitales para la priorizar traslados de pacientes críticos COVID19.

B. Cómo evitar los mismos errores:

- Convenio/coordinación con corporaciones locales y empresas de mantenimiento para garantizar el acceso de todos los dispositivos asistenciales a sus bases y realizar la atención in situ.
- Comunicación directa con PC. Articular las alianzas con voluntarios para que en futuras situaciones similares se realice una gestión centralizada y más eficiente.
- Colaborar con los Hospitales en la transformación del modelo asistencial que incorpore la telemedicina, videoconferencias, … de forma que la presencialidad se dé cuando sea clínicamente imprescindible.

- Documentar la asignación de responsabilidades y roles, concretamente los interlocutores con agentes externos.

CONCLUSIONES

El método utilizado nos ha permitido poner en valor la importancia de las alianzas externas en los objetivos estratégicos de nuestra organización sobre todo en situaciones de extrema dificultad así como la relevancia de una ágil coordinación con otros niveles asistenciales y agencias/entidades de seguridad, infraestructuras, municipales, etc.

Se está finalizando el ciclo de vida e integrando este conocimiento en algunos de los procesos (diálisis y PC) para que el aprendizaje organizacional sea una realidad que mejore nuestro desempeño.

ID: 402

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME POST- UCI

AUTORES: JULIA TORRES MORALES; MP REGALÓN MARTÍN; B LOBO VALBUENA; F GORDO VIDAL; MD SÁNCHEZ ROCA; .
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES

JUSTIFICACION

En el contexto de una intervención multidisciplinar, la enfermera de Continuidad Asistencial al alta de paciente de UCI, realiza seguimiento a paciente y cuidador durante su hospitalización, para prevención del Riesgo del Síndrome post- cuidados intensivos. La identificación de diagnósticos de enfermería relacionados con la aparición del Síndrome, permite realizar seguimiento de cuidados y planificación al alta conjuntamente con la enfermera de hospitalización. Orientamos las intervenciones en los aspectos de afrontamiento a la nueva situación de salud, detección de posibles alteraciones emocionales y entrenamiento en cuidados que favorezcan su adaptación a la vida familiar y social. La situación vivida con la pandemia, con estancias más prolongadas ha incrementado la identificación de diagnósticos enfermeros en estos pacientes/familiares, temor, baja autoestima situacional, afrontamiento inefectivo, cansancio del rol cuidador etc.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer a los cuatro meses, situación del paciente y/o cuidador, comparándola con la situación al alta hospitalaria.

Objetivos Específicos:

- Favorecer la transición asistencial estableciendo coordinación y continuidad de cuidados.
- Identificar alertas que puedan orientar a una posible aparición del Síndrome.
- Establecer/iniciar intervenciones precoces que mitiguen las consecuencias del Síndrome.

MATERIA Y METODOS

- Interconsulta médico intensivista a enfermería de continuidad asistencial
- Captación de paciente en Unidad de hospitalización y seguimiento hasta alta hospitalaria.
- Registro Formulario específico.
- Comunicación alta a enfermera de Atención Primaria
- A los cuatro meses del alta, realizamos encuesta telefónica en la que incorporamos valoración con las siguientes Escalas: Barthel , Escala de Fragilidad, Escala de Zarit si procede.
- Registro y comparación de resultados.

RESULTADOS

Pendientes

CONCLUSIONES

Consideramos por lo referido en la bibliografía, que la implementación del seguimiento en del paciente/familia mejora la calidad de vida atendiendo el lado más humano de los cuidados e incrementando la satisfacción de los usuarios. Los resultados del estudio, nos orientarán en la mejora de líneas de actuación. Estas intervenciones ponen en valor la calidad asistencial, transmitiendo a los usuarios seguridad y confianza.

ID: 403

QUIERO SABER TODO LO NECESARIO PERO SÓLO LO SUFICIENTE. PROYECTO DE ABORDAJE DE LA INFOXICACIÓN

AUTORES: Moisés David Espejo Maimbé[1]; G Garzón González[2]; I Méndez Arrieta[3]; M Ortas González[4]; I Manjarres González[5]; A Garriz Aguirre[6].

CENTRO DE TRABAJO: Dirección Tec. Proc. y Calidad. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[12]; CS Mques Valdavia. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[3]; CS Alameda Osuna. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[4]; CS María Montessori. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[5]; CS Sector III. Gerencia As. Atención Primaria. SERMAS[6].

JUSTIFICACION

En 2019 se realizó una encuesta sobre comunicación interna en una Gerencia de Atención Primaria y se identificó el exceso de información innecesaria (Infoxicación) como uno de los problemas.

En una autoevaluación EFQM realizada poco antes también se identificó y priorizó esta oportunidad de mejora.

Se focalizó el problema en la infoxicación en los correos de los Equipos Directivos (ED) de los Centros de Salud (CS) por ser donde más impacto negativo tenía.

OBJETIVOS

Mejorar la Infoxicación en los correos de los ED de los CS

MATERIA Y METODOS

Se trabajó en dos grupos de 10 profesionales de los ED de los CS cada uno.

En cada CS existe un correo genérico del centro (buzgen) y un correo genérico del director de centro (buzdir). Se identificaron y priorizaron los problemas de Infoxicación en estos correos, las causas de éstos y se generaron propuestas de acciones para abordarlas. Se utilizaron herramientas sencillas (TGN, brainstorming, multivoting...)

Los problemas y causas que se identificaron fueron:

- Correos generados automáticamente por algunas aplicaciones que envían uno con cada paso del proceso
- Envío de correos simultáneamente al genérico del centro y del director
- Envío sistemático de correos en temas que se consultan cotidianamente y por tanto innecesarios
- Noticias, informaciones genéricas, etc. poco útiles y de origen externo a la institución
- Contenidos de correos que complican: destinatario no claro, asunto extenso, contenido no seleccionado
- Gestión inadecuada de los correos genéricos por falta de procedimiento y/o de formación
- Envío al director de centro de correos con información no estratégica

RESULTADOS

Las acciones que se propusieron y se están llevando a cabo son:

- Contactar con fuentes de correos automáticos, de temas cotidianos o con contenidos mejorables
- Limitar la entrada de correos del exterior (tipo "correo no deseado")
- Procedimiento estandarizado y formación en la gestión de los correos genéricos
- Difusión del uso adecuado de correos genéricos (nunca a ambos, al director solo estratégico)

En Otoño se evaluará el impacto de las medidas.

CONCLUSIONES

La infoxicación es un problema multifactorial que precisa de un abordaje múltiple para su mejora.

ID: 404

EMERGENCIA CLIMATICA FILOMENA: UNA OPORTUNIDAD DE APRENDIZAJE DIRECTIVO.

AUTORES: ASUNCIÓN COLOMER ROSAS; P MUÑOZ SAHAGUN; J SÁNCHEZ PEREA; JL PEREZ OLMO; F GUTIÉRREZ SÁNCHEZ; P BUSCA OSTOLAZA.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

En enero de 2021 tuvo lugar la emergencia climática Filomena,en medio de la Pandemia COVID19 y los cambios ad hoc implantados en nuestro servicio de extrahospitalarios.

La necesidad de atender las emergencias domiciliarias, facilitar a profesionales la incorporación al trabajo, mantener la accesibilidad de las bases de unidades asistenciales o proveer de equipamientos y vehículos, en el marco de Pandemia COVID19, fue afrontada por un Gabinete de Crisis (GC) que fue tomando decisiones dando prioridad las situaciones críticas. ¿Se pudo hacer mejor?

OBJETIVOS

Identificar las mejores prácticas directivas que hicieron posible mantener la atención a la urgencia extrahospitalaria e incorporar a nuestra organización las lecciones aprendidas sobre las prácticas de menor efectividad

MATERIA Y METODOS

Grupo de trabajo: miembros del GC.

Reunión inicial:introducción a la metodología para elaborar Lecciones Aprendidas.

Se realizan entrevistas a los miembros del grupo que indagan sobre el desempeño del trabajo del Equipo Directivo durante Filomena. Se identifican las actuaciones que dieron resultado, las que fueron menos efectivas, los cambios que se introducirían si se repitiera la situación y el aprendizaje obtenido.

Se elabora informe preliminar que se analiza en una segunda reunión y se establecen los cambios a incorporar.

RESULTADOS

Buenas prácticas directivas:

- Rapidez en constituir el GC.
- Coordinación y continua comunicación a través de reuniones on line, que facilitó una ágil planificación e implantación de medidas en tiempo real.
- Incorporación en la sede central de miembros del GC que pudieron acudir que infundió apoyo a profesionales.
- El trabajo “codo con codo” del Equipo Directivo con los mandos intermedios y estos con los coordinadores del SCU.
- Coordinación de las áreas de soporte para facilitar la continuidad de la prestación del servicio, parque móvil, gestión de flota, suministros y servicios generales.
- Rápida elaboración del Plan de necesidades urgentes.
- Participación del Jefe de Prensa en el GC para tener información directa y atender a los medos de comunicación a tiempo y con datos fiables.
- Difusión de videos (Helicóptero, vacunación, traslado de vacunas en 4x4,..) que dieron una imagen tranquilizadora y positiva.

Prácticas mejorables:

- Considerar con anticipación las alertas meteorológicas para implantar plan de contingencia.
- Incorporar el Departamento de Catástrofes al GC.

- Incorporar a los Responsables de Unidades Funcionales desde el principio, aportándoles información e incluirlos en el apoyo a la trasmisión de la misma
- La comunicación con algunos departamentos
- Replegar al inicio del temporal los recursos móviles no imprescindibles para disponer de personal extra para las unidades de soporte

CONCLUSIONES

El método utilizado permite identificar y analizar de forma participativa las decisiones directivas en un complejo contexto desde la perspectiva de su efectividad para resolver la situación. Genera toma de conciencia y que se corrijan en plan de contingencia.

ID: 413

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE VÍDEOGUÍAS PARA PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE ICTUS

AUTORES: María Isabel Tercero Navarro; I Díaz De Cerio Muzquiz; A Auré Villalba; C Catalán Sánchez; B Hernández Fregenal; P Sacristán López.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet

JUSTIFICACION

Uno de los problemas que pueden derivar en errores de enfermería en la atención hospitalaria son la falta de introducción al puesto y de capacitación o actualización de conocimientos, tal como se recoge en un estudio publicado en la Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social del año 2011.

Esta situación afecta sobre todo al personal de nueva incorporación a un servicio determinado con protocolos específicos, así como a aquellos profesionales que deben cambiar a un servicio en el que se requiere experiencia o aprendizajes específicos.

Para prevenir el error en la Unidad del Ictus del Hospital Universitario Miguel Servet, vamos a desarrollar una serie de vídeos explicativos para mejorar la formación continua y homogeneizar los procesos de trabajo según las mejores prácticas asistenciales.

El objetivo final es mejorar la seguridad del paciente neurológico en la fase aguda del Ictus.

OBJETIVOS

- Facilitar la incorporación a la Unidad de Ictus del Servicio de Neurología a profesionales de Enfermería.
- Proporcionar una herramienta de fácil acceso que permita conocer las intervenciones más específicas de la Unidad.
- Mejorar la seguridad del paciente neurológico en la fase aguda del Ictus.

MATERIA Y METODOS

Desarrollar un canal que incluye la grabación de vídeos explicativos con las intervenciones específicas en el cuidado de estos pacientes. Los vídeos estarán disponibles desde la intranet del Hospital Universitario Miguel Servet tanto en formato continuo como en cada uno de los temas que incluye.

Las personas de nueva incorporación podrán visualizarlos antes y durante la jornada de trabajo, lo que favorece la aplicación práctica de los mismos y no supone una sobrecarga para los profesionales del servicio.

A la semana de la incorporación de los profesionales a la Unidad del Ictus se les pasará una encuesta para conocer el grado de satisfacción de la herramienta, el número de visualizaciones de los vídeos, la utilidad de cada uno de ellos y la necesidad de disponer de nuevas grabaciones que faciliten la asistencia.

RESULTADOS

Los vídeos creados:

- Escala Canadiense. Mide la disfunción neurológica en pacientes con ictus agudo.
- Método de exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V).Se utiliza para la detección de disfagia.
- Monitorización de constantes principales.
- Movilización de pacientes. Para evitar complicaciones precoces relacionadas con la inmovilización como la trombosis venosa profunda y las sobreinfecciones respiratorias.

El vídeo estará accesible para todo tipo de dispositivos (ordenadores, móviles, tabletas) para favorecer la accesibilidad del mismo e incorporar el uso de la tecnología a la práctica asistencial.

CONCLUSIONES

Con estos recursos se pretende:

- Ayudar a mejorar la seguridad del paciente ya que se homogeneizan los procesos y protocolos de actuación.
- Impulsar la autonomía de dichos profesionales.
- Minimizar el riesgo de error en sus actuaciones.

Además son herramientas de fácil consulta, directas y accesibles en cualquier momento.

ID: 414

MAPA DE RIESGOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO: MINIMIZAR EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID19

AUTORES: PATRICIA FERNAN PEREZ[1]; AM PEREZ ALONSO[2]; J BRAVO RODRÍGUEZ-BARBERO[3]; I RABANAQUE VEGA[4]; MJ SALDAÑA MARTINEZ[5]; T ALONSO ARES[6].
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La Pandemia COVID19 ha determinado cambios en los procesos asistenciales de nuestro servicio de urgencias extrahospitalaria que implican personas, procedimientos y aplicaciones informáticas. Desde hace años se viene desplegando una estrategia de gestión de riesgos integrada en la gestión de cambios de los procesos cuyo propósito es minimizar los riesgos evitables en la atención sanitaria. Se plantea elaborar un Mapa de Riesgo que permita integrar la información relevante, implantar acciones y realizar seguimiento, control y reevaluación del riesgo

OBJETIVOS

Realizar un diagnóstico de riesgos en los procesos y áreas de mayor exposición, incluyendo los nuevos riesgos derivados de la situación de Pandemia COVID19. Elaborar el Mapa de Riesgos

MATERIA Y METODOS

Configuración de grupo de trabajo con un asesor externo.

Formación en Mapas de Riesgos.

Fuentes de información: Memoria COVID19 hasta 31 diciembre. Sistema de Notificación de Incidentes de Riesgo. Mapa de Procesos. Procedimientos operativos implantados entre marzo y diciembre. Memoria del Departamento de Informática relativo a las aplicaciones diseñadas e implantadas relacionadas con el COVID19. Memoria del Departamento de Formación. Información de Recursos Humanos sobre adaptaciones, reorganización y nuevas contrataciones.

Selección de los procesos clave afectados de mayores cambios para adaptarse a la nueva situación.

Configuración de 4 subgrupos para realizar AMFE yl Mapa de Riesgo de 4 procesos priorizados y la definición de los Planes de acciones de tratamiento de riesgo crítico según capacidad

RESULTADOS

Recibieron formación 26 profesionales. Se seleccionaron 4 subprocesos: se identificaron y priorizaron riesgos y causas; se priorizaron planes de acción según factibilidad:

- Gestión Alertas Rápidas en Salud Pública por COVID19. Se identificaron 5 riesgos altos y priorizaron 7 acciones.
- Atención a la demanda sanitaria de paciente con sospecha/confirmación de COVID19. Se priorizaron 11 riesgos y 11 acciones.
- Atención a la demanda de profesional sanitario de otro nivel asistencial. Se priorizaron 10 riesgos y 5 acciones.
- Traslado Interhospitalario en el escenario de la Pandemia COVID19. Se priorizaron 11 riesgos y 7 acciones.

Se elaboró un Mapa de Riesgo con los de mayor nivel y acciones asociadas. Se asignó un responsable de cada acción, cronograma y criterios/indicadores de cumplimiento.

En Fase de implantación de acciones. Prevista la reevaluación a los 6 meses

CONCLUSIONES

El Mapa de Riesgos nos ha proporcionado una información integrada y actualizada sobre la exposición global de los pacientes y nuestro servicio derivado de su propia actividad y del impacto de la Pandemia COVID19, facilitando el seguimiento de las acciones priorizadas para su reducción y la reevaluación del riesgo.

Anticipar el riesgo, incluyendo el derivado de la transformación de procesos que impactan a los pacientes y profesionales, es fundamental para que se pueda conseguir el objetivo estratégico de proveer una atención sanitaria segura y de calidad.

ID: 415

NUEVOS RIESGOS, NUEVAS OPORTUNIDADES: ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PANDEMIA DE COVID-19

AUTORES: Mª Dolores Martínez Patiño[1]; A Cañada Dorado[2]; M García Bergón[3]; C Giesen[4]; I Mediavilla Herrera[5]; S Martínez Machuca[6].
CENTRO DE TRABAJO: Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud[12]; Sham España[3]; Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Infanta Leonor. Servicio Madrileño de Salud[4]; Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud[5]; Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud[6].

JUSTIFICACION

La COVID-19 originó cambios organizativos y en la actividad de los centros de salud (CS) tanto en los nuevos procesos por la pandemia como en los habituales. La rapidez de los cambios y de la toma de decisiones hacen necesario un análisis de la seguridad del paciente (SP) y de la gestión de los nuevos riesgos

OBJETIVOS

Elaborar un nuevo Mapa de Riesgos (MP) de AP y recomendaciones de seguridad (RS) que ayuden a los profesionales a minimizar los riesgos en los procesos actuales

MATERIA Y METODOS

Se identifican los procesos de riesgo y se les aplica un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Se priorizan los modos de fallo (MF) por su gravedad y la factibilidad de abordaje de sus causas. Procesos seleccionados para el análisis de riesgos:

- Nueva gestión del acceso
- Atención (At.) por consulta telefónica
- At. por consulta telemática
- At. en consulta presencial a pacientes (pac.) COVID/pac. No COVID
- At. domiciliaria a pac. COVID/pac. No COVID

Se realizan 11 AMFE, ya que en algunos procesos se separa enfermería y medicina por considerarse sus MF diferentes

RESULTADOS

Se identificaron más de 300 posibles MF en los 11 AMFE, muchos comunes a varios procesos. No se identifican MF muy graves. Se priorizaron 147 MF.

En los MF priorizados se seleccionaron 110 causas por su frecuencia y factibilidad de implantación de acciones de mejora. Interrupciones, sobrecarga asistencial y olvidos fueron causas frecuentes en todos los procesos, así como el desconocimiento de protocolos, y aspectos relacionados con la COVID-19 como falta de sistemática ante nuevos procesos.

En la At. no presencial se priorizan el no despistaje de urgentes, pérdida de seguimiento de crónicos, no detección de reagudizaciones y revisión incorrecta del tratamiento.

En la At. presencial a COVID, los MF se relacionan con la inadecuada limpieza del material utilizado y de zonas en contacto con el pac., y con la gestión de residuos.

En la At. en domicilio en general, los MF están en el registro en la historia clínica (HC), la información al paciente y la planificación previa de material y medicamentos. En la At. COVID se han priorizado MF en la etapa de valoración del riesgo y la preparación del material.

Entre las RS destacan para todos los procesos: elaboración de protocolos, mejorar su difusión, cartelería para los CS, alertas emergentes en HC y doble verificación en casos de alto riesgo. Para las interrupciones se diseñan buenas prácticas que incluye un protocolo del CS que recoja qué interrupciones se admiten y

sus canales de comunicación.

En la At. no presencial: checklist con síntomas de alarma en crónicos incorporado a la HC, familiar de referencia en pac. vulnerables, prescripción e información al pac. con feed back de comprensión.

En la At. en domicilio: tablet para la visita que permita la seguridad del registro. En At. COVID: checklist de preparación de la visita.

CONCLUSIONES

La priorización de nuevos riesgos e implantación de las RS difundidas a los CS contribuirán a mejorar la SP atendido en el nuevo escenario sanitario.

ID: 416

PROYECTO DE MEJORA EN EL ABORDAJE DE LA VIA DIFICIL CON TÉCNICA ECOGUIADA

AUTORES: BELEN FERNANDEZ TORRON; RA CORREDOR CAZCARRO; AR MARTIN LOPEZ; LU GALLEGO GALINDO; SU FERNANDEZ GARCIA; EV CARNICERO VIÑALS.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

JUSTIFICACION

En el servicio de urgencias de paciente adulto, de un hospital de tercer nivel, se atienden aproximadamente unas 300 visitas diarias. Un 72'23% de estos pacientes precisan de algún tipo de acceso venoso.

El uso de la técnica de eco guiada para la canalización de la vía periférica tiene una alta tasa de éxito, las complicaciones son raras y el tiempo utilizado es similar al de la técnica tradicional.Se necesita una curva de aprendizaje en la técnica de eco guiada, la formación continuada es imprescindible.

OBJETIVOS

Explicar la implantación del programa de punción de la técnica eco guiada para pacientes con acceso venoso difícil en el servicio de urgencias.

MATERIA Y METODOS

Fase I. Capacitación de enfermeras en la canalización periférica eco guiada

Duración: 1er trimestre 2021

Se elaboró un plan formativo que constaba de una: formación teórico práctica, además de un acompañamiento presencial por parte de una enfermera experta de la unidad de accesos venosos. Se seleccionaron 4 enfermeras del servicio de dos turnos.

Curso teórico práctico: uso de material didáctico además de la práctica en un modelo de punción biológico y phanton. Integración de las recomendaciones de evidencia científica siguiendo indicaciones flebitis 0, tanto en la inserción, como en el mantenimiento y retirada de los catéteres venosos.

Taller práctico: acompañamiento presencial de una enfermera de la unidad de accesos venosos del hospital (24- 72 horas).

Fase II. Referentes de Urgencias responsables de la Capacitación.

Duración: 2º trimestre 2021

La formación teórico práctica estuvo a cargo de las enfermeras de la unidad de accesos venosos. Las enfermeras de urgencias formadas se convirtieron en referentes y fueron las responsables del acompañamiento presencial y capacitación de 12 enfermeras del servicio de los 6 turnos restantes.

RESULTADOS

Consolidación de 4 enfermeras referentes en colocación de catéter venoso periférico con técnica eco guiada. En el primer trimestre, una vez formadas las enfermeras, se pincharon 62 pacientes con técnica de eco guiada. Estos pacientes fueron seleccionados tras haber recibido más de dos pinchazos de la manera tradicional, de los cuales 49 fueron pinchados en el primer intento y 13 en el segundo intento con un promedio de tiempo de inserción de 15 minutos mediante la técnica eco guiado.

Se formaron 12 enfermeras de 6 turnos diferentes.

CONCLUSIONES

El plan formativo utilizado para la capacitación de los enfermeros ha sido efectivo. Se ha consolidado el modelo y se ha capacitado un total de 16 enfermeras de urgencias referentes en colocación de catéteres venosos periféricos eco guiado. Esto ha permitido que, ante un paciente con accesos venosos difíciles, un enfermero, formado en la técnica, sea quien coloque el catéter venoso periférico.

El siguiente paso será la elaboración del algoritmo de decisión en el abordaje de la vía difícil y continuar con la capacitación de más enfermeros del servicio.

ID: 417

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE RETINOPATIA DIABÉTICA

AUTORES: Griselda González Zobl; MB Vilanova Fillat; A Garriga Badia; P Torrellardona Cantera; C Bascompte Jorba; M Bertran Rodríguez.
CENTRO DE TRABAJO: CAP IGUALADA NORD

JUSTIFICACION

La Retinopatía Diabética (RD) es una complicación frecuente de la Diabetes Mellitus y una de las causas de ceguera en nuestro entorno. La detección precoz de RD se realiza mediante pruebas de cribado con cámara digital no midriática. En nuestro centro de salud, este cribado se ha visto interrumpido debido a problemas técnicos y ausencias de profesionales. Todo ello implicó dificultad para acceder al cribado, desigualdad para quien no pudo ir a servicios privados y incumplimiento de estándares de calidad asistencial.

OBJETIVOS

Mejorar la accesibilidad al cribado de RD y mejorar los estándares de calidad asistencial. Velar por la equidad sanitaria de la población asignada. Evaluar el cribado de RD antes, después y durante la pandemia de COVID19.

MATERIA Y METODOS

Realización DAFO para redefinir circuito de cribado de RD. Identificación, priorización y selección de propuestas de mejora. Planificación del proyecto. Definición e implementación de actividades. Evaluación del proyecto.

RESULTADOS

En 2017 se redefinió el circuito de cribado de RD que incluía el estudio de fondo de ojo en ópticas. Éstas, realizan la prueba de forma gratuita. Los resultados de fondo de ojo se envían al centro de salud mediante correo electrónico encriptado. Una auxiliar administrativa introduce los resultados en la historia clínica del paciente y referentes formados hacen la valoración al paciente. Este proyecto fue aprobado por el comité ético de nuestra institución. En 2018 se implantó.

Se incorporaron tres ópticas. En dos años, se incrementaron pacientes con cribado RD en un 50% (más de 263 personas). Sólo se realizan valoraciones de resultados facilitados des de las ópticas colaboradoras. Durante el periodo de pandemia no se realizaron controles.

CONCLUSIONES

Es posible realizar cribados de RD de manera gratuita y accesible a la población en momentos de incertidumbre con la colaboración de las ópticas. Este proyecto ha permitido mejorar la accesibilidad y eficiencia del cribado de RD.

ID: 418

TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL PROCESO DE TRANSPORTE INTERCOMUNITARIO ASISTIDO: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

AUTORES: ZITA QUINTELA GONZÁLEZ; J MARTINEZ GOMEZ; MD ROBLEDO TIRADOR; JA PINGARRÓN LÓPEZ; MS MARTÍN FRESNEDA; MJ FERNÁNDEZ CAMPOS.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

El transporte Intercomunitario(TI) consiste en trasladar a los pacientes con un ingreso de urgencia fuera su comunidad autónoma (CA)de retorno a la misma. Se realiza a petición del centro de origen, tras ser aceptado el paciente por el centro de referencia de su CA.No se dispone de herramientas informáticas compartidas entre CCAA que garanticen la trazabilidad y calidad del proceso.En nuestra CA se realiza por empresas externas lo que precisa de un control sobre los estándares de calidad y eficiencia establecidos. En nuestra CA se realizan anualmente más de 500 traslados. Se evidenció la necesidad de transformación tecnológica y de gestión del proceso

OBJETIVOS

Mejorar el TI en nuestra CA a través de la transformación digital del proceso.Mejorar trazabilidad y comunicación a población y otras CA

MATERIA Y METODOS

Grupo de trabajo:profesionales expertos en el proceso y del dpto de informática.Identificación y análisis de fallos y rediseño del proceso.Identificación de barreras para la transformación digital,priorización de cambios y selección de herramientas informáticas:Web de solicitud de transporte,aplicación de contact-center y de gestión de los traslados,yTEAMS.Desarrollo e implantación.

RESULTADOS

Modificaciones

1. En la WEB propia:
   - Información para la población del servicio de TI y para las CCAA para la solicitud de los traslados
   - Modelo normalizado de Solicitud de Traslado para cumplimentar incluyendo consentimiento informado y condiciones específicas del paciente y de Solicitud de Cama al hospital de destino
2. TEAMS:
   - Canal interno de comunicación con los profesionales del proceso para el registro de todas las condiciones necesarias para la solicitud de traslado(solicitud de traslado, consentimiento informado,-tarjeta sanitaria,resultado PCR COVID19 y autorización por la dirección del traslado con las necesidades en ruta:técnico,enfermero o médico y enfermero.
   - Canal externo de comunicación con las empresas para comunicación de las incidencias o dudas que puedan surgir antes o durante el traslado.
3. Gestión de los traslados
   - Sistema de Información de gestión del transporte :
     - Implementación de los servicios de integración con las aplicaciones informáticas de las empresas de la información de los traslados,con posibilidad de adjuntar documentos como historia clínica o consentimiento informado.Recepción por la misma vía de la dotación y de la ambulancia de traslado
     - Implementación de algoritmo de la estimación kilométrica de la ruta.
     - Recepción en tiempo real de los datos relativos al traslado(hora de llegada al origen,recogida del paciente,llegada al destino y finalización)

- Factura automática con los Kms de cada servicio y coste de los mismos. Para revisión de la factura presentada por las empresas.

CONCLUSIONES

El cambio tecnológico ha supuesto una transformación del proceso y de la relación entre las partes interesadas. Ha mejorado:la comunicación a población,CCAA y empresas;la gestión y trazabilidad del proceso y los tiempos de respuesta a los centros solicitantes de TI

ID: 419

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN PROCESO DE DEMANDA DE SANITARIO DE OTRO NIVEL ASISTENCIAL

AUTORES: ALBERTO VALLEJO PLAZA; ML DOMINGUEZ PEREZ; G IZQUIERDO GONZALEZ; A LOPEZ PENALVA; MI MARISCAL MARTIN; A COLOMER ROSAS.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La pandemia de COVID19 ha generado un gran impacto en los servicios de salud. Nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias(SUE) recibió 1.456.526 llamadas en 2020, un 28,91% más que en 2019. El importante aumento de actividad y la necesidad de identificar pacientes en aislamiento supuso una necesidad de transformación de procesos e implantación de nuevos en un corto periodo de tiempo

OBJETIVOS

Analizar los riesgos asociados al proceso de demanda de sanitario de otro nivel asistencial que permita identificar, evaluar, y diseñar estrategias de mejora

MATERIA Y METODOS

Se seleccionó un grupo multidisciplinar, con experiencia en el proceso a analizar y en la organización, orientados por un asesor experto en la herramienta de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).Se realizó formación. Se seleccionaron los criterios para considerar el impacto, probabilidad,detectabilidad y factibilidad de diferentes posibles causas. Finalmente, se desarrolló el análisis y plan de acción

RESULTADOS

Se identificaron 5 funciones del proceso:

- Recepción de llamada procedente de personal sanitario ajeno al SUE en el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU)
- Codificación del motivo de la consulta por el Operador
- Solicitud de recursos a través de Tablet PC al Locutor.
- Gestión para envío de recurso a domicilio.
- Regulación médica de la demanda

Los modos de fallo más relevantes fueron:

- Activación de un recurso no idóneo
- Regulación inadecuada de la llamada
- No se produce recepción de la solicitud de recursos en la pantalla de los Gestores de Recursos
- No se realiza asignación de recurso
- Se produce un retraso en la entrada de la llamada

Se identificaron 10 causas de mayor riesgo, entre los que destacan los siguientes:

- Desconocimiento de recursos específicos COVID-19 y sus procesos y funcionalidades.
- Incorporación de personal sanitario ajeno al SCU (con menor conocimiento)
- Solicitud de recursos a través del instrumento incorrecto.
- Causas atribuibles a recursos humanos (locutor): distracciones, sobrecarga, etc.
- Fallos en la comunicación entre el médico regulador y el sanitario no SUMMA 112
- Falta de capacitación adecuada en los perfiles reguladores

Se priorizaron acciones según riesgo y factibilidad, incluyendo:

- Tutorización de sanitarios incorporados al SCU

- Envío de información del proceso de petición de recursos a través de correo corporativo
- Realización de pausas visuales (locutores) para disminuir sobrecargas
- Solicitud de información más precisa (patología del paciente, tipo de recurso) al sanitario demandante no perteneciente al SUE.
- Proyecto de mejora de la comunicación entre los equipos de coordinación

CONCLUSIONES

El uso de esta herramienta y la configuración de un grupo de trabajo multidisciplinar ha facilitado identificar los riesgos de un proceso que ha sufrido numerosos cambios a consecuencia de la pandemia. Con ello, se han podido priorizar e implantar con agilidad y precisión las acciones que añaden más valor al proceso y generar confianza y sinergias en la atención sanitaria

ID: 420

GESTIÓN DEL RIESGO RELATIVO A LA PANDEMIA COVID19 EN EL TRASLADO INTERHOSPITALARIO.

AUTORES: ALBERTO VALLEJO PLAZA; Z QUINTELA GONZÁLEZ; MP SÁEZ GONZÁLEZ; E CLAUDIO ROMO; CE POLO PORTES; L FALCÓN VERGARAY.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La pandemia de COVID19 ha generado un gran impacto en los servicios de salud.El traslado interhospitalario (TIH) ha tenido que afrontar el riesgo añadido de transmisión entre pacientes,con sanitarios y entre centros sanitarios,siendo crítico su control y crucial la realización de TIH por la saturación de los hospitales.Se presentan las actuaciones realizadas para identificar, valorar y reducir el riesgo en el TIH

OBJETIVOS

Identificar y analizar los riesgos asociados al TIH en contexto COVID19 para priorizar e implantar acciones de reducción del riesgo de infección y contribuir a que los pacientes fuesen atendidos en el centro idóneo

MATERIA Y METODOS

Selección de grupo multidisciplinar, con experiencia en TIH y en la organización, guiados por un experto. Se utilizó la herramienta de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Se realizó formación y selección de criterios para valorar impacto, probabilidad, detectabilidad y factibilidad de las posibles causas. Finalmente, se desarrolló el análisis y plan de acción

RESULTADOS

Mediante la metodología descrita, se identificaron 7 pasos:

- Recepción de demanda de TIH
- Recogida de datos administrativos
- Codificación COVID del TIH
- Regulación de demanda
- Gestión de recursos
- Intervención de recurso
- Transferencia

Modos de fallo más relevantes:

- Retraso en transferencia del hospital emisor
- Retraso en transferencia al hospital receptor
- Codificación o regulación COVID incorrecta
- Retraso en tiempo de regulación
- Confusión entre recursos COVID y no COVID

Se identificaron 11 causas de mayor riesgo, destacando:

- Información del paciente mal transferida o desconocida
- Desconocimiento por parte del hospital emisor de los criterios de clasificación COVID
- Error en las direcciones de recepción o destino
- El paciente o su documentación no están preparados
- No regulación de un traslado (COVID o no COVID)
- Falta de experiencia en la gestión telefónica

Se priorizaron acciones según riesgo y factibilidad, entre los que se destaca:

- Confirmación por parte de enfermería del hospital emisor que el paciente y su documentación están preparados
- Marca identificadora de los pacientes COVID en la aplicación
- Al asignar recurso COVID, feedback por parte de la aplicación preguntando si el paciente es COVID
- Señalización en hospitales receptores de la zona de recepción de traslados
- Incluir elementos de obligada cumplimentación en la entrevista telefónica de codificación COVID que permita validar su situación
- Formación periódica del personal encargado de la transferencia de pacientes, incluyendo cursos de simulación y/o escucha ciega periódic

CONCLUSIONES

El uso de esta herramienta y la configuración de un grupo de trabajo multidisciplinar ha facilitado identificar los riesgos de un proceso que ha sufrido numerosos cambios como consecuencia de la pandemia. De esta manera, se han podido priorizar e implantar con gran agilidad actuaciones que minimizan el riesgo de infección y garantizan la optimización de las camas hospitalarias en un momento crítico.

ID: 421

LECCIONES APRENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA A PROPÓSITO DE LA EMERGENCIA CLIMÁTICA FILOMENA

AUTORES: ASUNCION COLOMER ROSAS; Z QUINTELA GONZÁLEZ; MS MARTÍN FRESNEDA; C CARDENETE REYES; C MIGUELES GUERRERO; P BUSCA OSTOLAZA.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La Pandemia COVID19 determinó en nuestro Servicio de Urgencias extrahospitalaria la transformación de sus procesos, incorporado nuevas prestaciones, y de profesionales, equipamientos y recursos. En este contexto, la tormenta FILOMENA, añadió la dificultad de atender a pacientes con una emergencia en el domicilio o donde se encuentre. Se estableció un gabinete de crisis, cuyo desempeño posteriormente se planteó incorporar al conocimiento de la organización a través de un método no prescriptivo basada en Lecciones Aprendidas

OBJETIVOS

Identificar las mejores prácticas que hicieron posible mantener la atención a la urgencia extrahospitalaria e incorporar a nuestra organización las lecciones aprendidas sobre las de menor efectividad

MATERIA Y METODOS

Grupo de trabajo: Gabinete de Crisis. Se les informó del método a seguir e hizo entrevista individual que abordaba 5 áreas de interés (trabajo directivo, gestión de: personas, alianzas, actividad asistencial, tecnologías y equipamientos e infraestructuras). Se recabó información sobre lo que se hizo bien, se debió hacer distinto, se aprendió, como se realizaría ahora, y como evitar los mismos errores. Se elaboró un informe del que se priorizaron acciones a incorporar

RESULTADOS

Se obtuvieron resultados de las 5 áreas de interés con relación a las cuestiones clave planteadas. Se describen algunos resultados sobre lo que A) Se hizo bien y B) Cómo evitar los mismos errores:

A) Rápida creación de Gabinete de Crisis; comunicación continua con mandos intermedios; planificación urgente de necesidades, prioridades sanitarias y medios; gestión de personas que garantizó la atención sanitaria; alianzas con organizaciones que aportaron equipos para nieve, personal y capacidad logística; reorientación de la actividad asistencial; reprogramación escalada de la prestación de servicios; ágil incorporación de nuevas tecnologías que permitió el teletrabajo; verificación rápida del estado de infraestructuras, equipos y vehículos.

B) Plan de Contingencia propio con despliegue operativo. Sistema de envío de información masiva sobre recursos que pueda activarse ágilmente. Incorporar al Plan de Formación la conducción en condiciones extremas y prácticas tuteladas en uso de VPN (teletrabajo). Mejorar aspectos específicos de coordinación con otras organizaciones garantizando comunicación directa y con Hospitales para priorizar la actividad esencial.

Implantar canal alternativo de comunicación que incluya a todos los profesionales. Disponer de provisión de TETRAS de canal para instalar en cualquier vehículo posibilitando su control. Garantizar la accesibilidad a teletrabajo (VPN y formación).

Adaptar la flota de vehículo y equipamientos de bases y centros

CONCLUSIONES

Las crisis generan conocimiento proveniente de la experiencia adquirida de los que participan en su resolución. Reflexionar y documentar este conocimiento posibilita que se incorpore al conocimiento y aprendizaje de nuestro servicio, siendo además necesario que las mejoras detectadas se implanten.

ID: 422

ACCESO A DATOS PARA ESTUDIOS Y GESTIÓN DE AUDITORÍAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

AUTORES: NURIA MARIA RODRIGUEZ RODIL; J MARTÍNEZ GÓMEZ; P LLOPIS LÓPEZ; JA PAJUELO AYUSO; E MARTINEZ VELASCO; R SOLANO LÓPEZ.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

Con la aparición del Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD) (2016), así como su posterior transposición a la legislación española a finales del año 2018, surge, en el contexto de un servicio de urgencias extrahospitalarias, la necesidad de seguir dando respuesta a los diferentes procesos de investigación y auditoria, adaptándoloS al nuevo marco legislativo.

OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta informatizada que permita sistematizar al máximo todos los procesos y las acciones a realizar por todos sus intervinientes de cara a realizar una revisión de Historias Clínicas, ya sea desde la perspectiva de la investigación o bien por criterios calidad, manteniendo anonimizada la información que contiene datos personales.

MATERIA Y METODOS

Se crea un grupo multidisciplinar con personal de los departamentos de Sistemas de Información y calidad así como componentes de la comisión de investigación. Se identifican las necesidades de los diferentes intervinientes en el proceso de investigación y auditoría. Se rediseña con la nuevas funcionalidades.

RESULTADOS

Se crean dos perfiles principales: de administrador para automatizar todos los procesos relacionados con la configuración y contenidos del estudio; de usuario para la revisión de objetos del estudio.

De manera segundaria se crea un perfil de resultados más frecuentes.

Además se configuran los accesos a todos los objetos que tienen información clínica manteniendo anonimizada la identidad de paciente, como indica el propio reglamento.

A finales de 2019 se implanta una herramienta constituida por módulos bien diseñados correspondiente a cada una de las partes de configuración y realización del estudio:

- **Administrador**: Permite definir, editar, modificar, aleatorizar, indica la posibilidad de revisión por pares,etc.
- **Gform**: Permite al administrador crear el formulario de recogida de datos para el investigador.
- **Gquery**: Permite al administrador la parametrización de las consultas realizadas para la extracción de casos de cada estudio.
- **Adega**: Permite al usuario la revisión de los casos. Si hay un grupo de usuarios se permite configurar la revisión por pares calculando también el grado de concordancia.
- **Gresults**: Se crea un módulo de resultados con los resultados de los estadísticos más frecuentes, teniendo en cuenta las variables del formulario.

Desde su implantación se han configurado 37 Auditorias diferentes con un total de 88 ediciones

CONCLUSIONES

La estructura modular de ADEGA dotó de mucha versatilidad al programa permitiendo la creación de distintas ediciones del mismo estudio de manera inmediata, manteniendo la homogeneidad de los criterios.

Las herramientas modulares Gquery y Gform pasaron a ser herramientas para el propio Servicio de Informatica del SUMMA112. La percepción en los usuarios fue muy buena respecto de herramientas anteriores.

ID: 423

LA DIGILITALIZACIÓN: UNA OPORTUNIDAD DE TRANSFORMACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN.

AUTORES: GONZALO BAYO MARTÍNEZ; J MARTINEZ GÓMEZ; MJ MEDRANO MARTÍNEZ; E MARTÍNEZ VELASCO; NM RODRIGUEZ RODIL; R SOLANO LÓPEZ.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La competencia de las personas es un pilar fundamental para el desempeño de cualquier organización sanitaria que debe garantizarla promoviendo la formación adecuada.

En nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias, con el aumento de los últimos años tanto de profesionales como de la oferta formativa de cursos, se hacía necesario mejorar el sistema que utilizaba el departamento de Formación para los procesos de publicación de cursos e inscripción, así como para la propia gestión del curso y emisión de certificados, tanto para evitar la realización de tareas burocráticas que no añaden valor al proceso como para facilitar el acceso a la formación a los profesionales.

OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta informatizada que cubriese todo el proceso y las acciones a realizar para que el departamento de formación pudiera mejorar la gestión de las Actividades Formativas

MATERIA Y METODOS

Se realizaron varias tandas de reuniones entre los departamentos de Formación e Informática, en las que se describió el proceso, identificando los pasos que no añadían valor y aumentaban la carga de trabajo. Se rediseñó el proceso, recogiendo los requisitos operativos, funcionales y de seguridad que se debían cubrir.

RESULTADOS

Se desarrolla la aplicación con dos perfiles de usuario:

- Perfil de Profesional que desea inscribirse y consultar su acción formativa y,
- Perfil de Gestor de Actividades Formativas, reservado para el personal del departamento de Formación.

Generación de valor:

- Publicación en internet dela aplicación para el perfil de los profesionales para poder ser accedida desde cualquier dispositivo en desde cualquier lugar.
- Los profesionales, además de poder consultar en todo momento el estado de sus solicitudes, se les envia por correo electrónico cualquier notificación desde el departamento de Formación.

La aplicación fue implantada en 2019. Al comienzo hubo profesionales reticentes a utilizarla que querían seguir comunicándose por teléfono. Si embargo, poco a poco han visto las mejoras, sobre todo en agilidad y disponibilidad. Además de la propia informatización necesaria para integrar todas las tareas, se han observado otras mejoras:

- La información de publicación de cursos llega a todos los destinatarios, mejorando la respuesta de estos.
- La confirmación de cursos está automatizada, llegando de forma inmediata, eliminando las llamadas de teléfono en ambos sentidos.
- Transparencia en la consulta de información por parte de los profesionales, sabiendo en todo momento el estado de su solicitud. Consulta de histórico de cursos y descarga de certificados emitidos.

CONCLUSIONES

Se evidencia el valor añadido de la transformación digital en este caso del proceso de gestión de la formación y la necesaria alianza entre el propietario del proceso y el experto informático.

La aplicación de la herramienta ha supuesto una mejora significativa en la gestión de los cursos para todas las partes interesadas. Se siguen realizando mejoras y desarrollando nuevas funcionalidades.

ID: 424

PROYECTO EBRECRONICS: DISEÑO DE UN PLAN PROACTIVO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: Maria Ferré Ferraté[1]; E Gavaldà Espelta[2]; J Lucas Noll[3]; E Navasquillo Calderón[4]; J Baucells Lluís[5]; C Aguilar Martín[6].
CENTRO DE TRABAJO: DAP Terres de l'Ebre. Institut Català de la Salut. ICS[12346]; Gerencia Territorial Terres de l'Ebre. ICS[5]

JUSTIFICACION

Una de las tendencias demográficas más significativas a nivel mundial es el envejecimiento de la población, con cronicidad creciente.Es un reto para la Atención Primaria asumir esta nueva realidad. En la actividad clínica y asistencial hay prácticas que aportan escaso o ningún valor.El proyecto desarrolla un nuevo plan proactivo de atención al paciente crónico con enfermedades altamente prevalentes en atención primaria (Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA), Dislipemia (DLP), Insuficiencia Cardíaca (IC), Cardiopatia isquémica (CI) y Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC), que pretende mejorar la accesibilidad así como la resolución más eficiente de los procesos crónicos, reorganizando funciones y roles profesionales.

OBJETIVOS

Diseñar un nuevo plan proactivo de gestión asistencial para un abordaje eficiente y equitativo de las enfermedades crónicas en Atención Primaria, con la participación de profesionales sanitarios, administrativos y pacientes.

Objetivos específicos:

- Asegurar la continuidad asistencial en atención a procesos crónicos prevalentes
- Potenciar la autonomía y la responsabilidad de los usuarios a través de la educación sanitaria en temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Favorecer la innovación a través de la implementación de nuevas tecnologías.
- Garantizar la calidad en la atención.
- Implementar un cambio proactivo del modelo de atención.

MATERIA Y METODOS

- Se han realizado una fichas de seguimiento de profesionales con las recomendaciones para los controles asistenciales de 6 procesos crónicos prevalentes.
- Se han creado unas fichas de recomendaciones para los usuarios de los mismos procesos prevalentes,
- Para llevar a cabo este seguimiento se ha creado el rol del Administrativo gestor de la cronicidad (GECO).
- Para que el administrativo pueda estar integrado en el proceso, se ha creado una aplicación informática para mejorar la organización y gestión de las visitas.

RESULTADOS

Se está desarrollando una primera fase piloto en 3 centros de salud, por lo que no se dispone en el momento de los resultados. Indicadores que se valoran en el proyecto según ámbitos:

1. Para garantizar la calidad en la atención
2. Para garantizar la continuidad asistencial por su equipo de referencia
3. Para implementar un cambio de modelo proactivo
4. Favorecer el uso de las nuevas tecnologías

CONCLUSIONES

Esta pandemia nos ha hecho reflexionar como podemos volver a ordenar la demanda en nuestras consultas, encontrando oportunidades de cambio. Los profesionales y los usuarios merecen que las visitas presenciales en sus consultas sean visitas de valor y atendidas por el profesional más idóneo para su demanda. Debemos definir nuevos roles profesionales en el seguimiento de las patologías crónicas, es un proyecto que se fomenta en el trabajo en equipo. El proyecto pretende hacer un cambio en la atención y pasar de un modelo reactivo a un modelo proactivo, respetando la longitudinalidad en la atención.

ID: 425

HERRAMIENTA DE COLABORACIÓN DE ENFERMERÍA: LA TECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: MARIA JOSE MEDRANO MARTÍNEZ; J MARTINEZ GÓMEZ; R CASTILLO RUBIO; JA PAJUELO AYUSO; E MARTÍNEZ VELASCO; A VALLEJO PLAZA.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

El nuevo RD 836/2012, de 25 de mayo, establece las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, posibilitando la creación de nuevos recursos asistenciales, en los que la asistencia in situ se hace de manera colaborativa, con la dotación sanitaria compuesta por enfermera y dos técnicos en emergencias sanitarias in situ y la asistencia remota de un médico desde el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU).

Para hacer efectivo el diseño de este nuevo proceso se identificó la necesidad de desarrollar una herramienta que permita el trabajo colaborativo para contribuir la Seguridad del Paciente

OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta informática para garantizar la asistencia de forma conjunta en remoto en un servicio de emergencias extrahospitalarios.

MATERIA Y METODOS

Se constituye un equipo multidisciplinar para analizar las necesidades que precisa la herramienta. Se llevan a cabo 5 reuniones, en las que se elabora un AMFE para identificar los riesgos asociados al proceso

RESULTADOS

Se desarrolla una aplicación "Herramientas de Colaboración de Enfermería", sobre el Framework de .Net. Desarrollada con JavaScript y HTML5, CSS3. El diseño es Responsive, para poder ser utilizada tanto desde equipos de sobremesa del SCU como en la Tablet del Recurso de Enfermería.

Esta aplicación cuenta con 2 perfiles de usuario:

- Perfil médico, para que consulte de entre las asistencias en curso la que está atendiendo el dispositivo de enfermería con el que está hablando y realice o bien la prescripción farmacológica, o revise el electrocardiograma que se realizado para poder interpretarlo y realizar las anotaciones que estime necesarias.
- Perfil de enfermera, que podrá consultar la información que ha escrito el médico sobre el paciente que está atendiendo. Accederá a la prescripción para poder realizar la dispensación.

Una vez concluida la asistencia, la información queda almacenada por si fuera necesario consultarla, pero no podrá ser accedida de nuevo desde ninguno de los dos perfiles, en cumplimiento de la Ley de Protección de datos, por la que solo pueden acceder a la información de los pacientes que están siendo atendidos en ese momento

CONCLUSIONES

Desde junio de 2018, y dada la falta de médicos entre los profesionales, la aplicación ha demostrado ser una herramienta potente de consulta que facilita la colaboración entre perfiles, pudiendo realizar una asistencia con todas las garantías y calidad necesarias. La agilidad para la localización del paciente y modo de compartir la información hace que no existan prácticamente demoras que afecten a la asistencia. Toda la información queda registrada para su consulta, pudiendo hacerse una trazabilidad temporal. Este modo de colaboración abre la puerta a nuevas funcionalidades tanto entre dispositivos de enfermería con médicos de atención telefónica, como entre cualquier dispositivo asistencial y el SCU, agregando valor a la asistencia.

ID: 426

INNOVACIÓN EN LA DIGITALIZACIÓN DE LA HOJA DE RELEVO: MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: MARIA JOSE MEDRANO MARTÍNEZ; NM RODRÍGUEZ RODIL; R SOLANO LÓPEZ; I BARQUILLA FERNÁNDEZ; R CASTILLO RUBIO; MV HERNÁNDEZ JARAS.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La utilización de Listados de Verificación (LV) es una de las Prácticas Seguras que mayor impacto tienen en la Seguridad del Paciente. Nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias implantó un LV para la revisión del material embarcado en dispositivos móviles.

Esta revisión, programada en los cambios de turno, se realizaba con una aplicación diseñada en 2011. Se hacía necesario modernizar la tecnología y la operativa, dotándola de más funcionalidad y menos rigidez.

OBJETIVOS

Desarrollar una nueva aplicación de Hoja de Relevo para la revisión del material de los dispositivos móviles más ágil, versátil y se pueda ir adaptando a los nuevos dispositivos y turnos.

MATERIA Y METODOS

Se revisaron las funcionalidades previas y definieron los nuevos requisitos:

- Requerimiento clave: versatilidad y adaptabilidad a los cambios que pueden ir surgiendo en los dispositivos.
- Visualización por los profesionales de la información introducida por otros turnos.

RESULTADOS

Se desarrolla una aplicación "Hoja de Relevo", sobre el Framework de .Net. Desarrollada con JavaScript y HTML5, CSS3. El diseño es Responsive, para que se pueda utilizar desde cualquier dispositivo de la red sanitaria.

Para dotarla de versatilidad y adaptabilidad se definieron unas tablas de configuración donde se recoge y se puede ajustar en cualquier momento los tipos de recursos, horarios, quién revisa que material... dejando por parámetros los ajustes de cómo va a trabajar cada tipo de recurso e incluso recursos concretos que tengan diferente material o dotación.

Se realizó una ampliación de funcionalidad que los profesionales demandaban, mostrándoles la información introducida por otros turnos incluyendo material especial y temperaturas de neveras durante 7 días.

La aplicación fue implantada en el verano de 2020 realizándose formación y ajustes sobre todo de parametrización, mejorando el aspecto y agilizado el tiempo de uso de aplicación.

La versatilidad también ha permitido incluir cambios en un corto espacio de tiempo y nuevos perfiles:

- Se han incorporado nuevos tipos de dispositivos tan solo configurando los parámetros y materiales a revisar.
- Se ha realizado un cambio de flota de UVI'S, adaptando también por configuración y en tiempos mínimos los nuevos materiales y ubicaciones.
- Se ha mejorado la consulta de revisiones por parte del departamento de logística, disponiendo de la información de forma más estructurada.
- Se ha integrado el perfil de Responsable de Unidad Funcional, que pueden ver las revisiones de los dispositivos de su Unidad

CONCLUSIONES

Mejoras en las aplicaciones que hacen más fácil el uso de LV son necesarias para que el profesional incorpore a su desempeño esta práctica segura.

Además de una renovación de tecnología y aspecto, se ha comprobado empíricamente lo sencillo que es adaptar nuevos recursos y materiales sin tener que reprogramar nada de código.

Se puede consultar toda la información de forma más estructurada, existiendo dos perfiles de consulta (Logística y Responsable de Unidad Funcional)

ID: 427

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

AUTORES: PABLO LLOPIS LÓPEZ; R CASTILLO RUBIO; J MARTÍNEZ GOMEZ; NM RODRIGUEZ RODIL; MJ MEDRANO MARTÍNEZ; D AGÜERO MOY.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La Pandemia COVID19 ha determinado restricciones a la movilidad de las personas. En este contexto se evidencia en nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias la necesidad de contribuir a evitar los desplazamientos innecesarios de los pacientes y aminorar los trámites que requieran su presencialidad.

En este contexto se propone el acceso integrado a la Historia Farmacológica Única del Paciente en todas las aplicaciones asistenciales del SUMMA112 permitiendo crear nuevas prescripciones o modificar tratamientos activos.

OBJETIVOS

Implantar desde el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU), los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios y las Unidades Asistenciales Móviles la prescripción de medicamentos que estarían disponibles en las farmacias mediante receta electrónica.

Como objetivos secundarios se establecen que se pueda consultar la medicación activa y las reacciones adversas a los medicamentos del paciente.

MATERIA Y METODOS

La plan de desarrollo de estas nuevas funcionalidades se basó en las metodologías ágiles que habitualmente usa el Servicio de Informática por las que el servicio colabora con los roles implicados acordando las funcionalidades a desarrollar. Se compone de tres partes diferenciadas:

- Un visor de la Hoja de medicación, donde por medio de un servicio web, se nos muestre un documento en PDF de la hoja de medicación del paciente.
- Acceso al Módulo Único de Prescripción (MUP), para consulta y Registro mediante la URL de MUP
- Servicio web, para recuperar la información introducida, relacionada con el incidente. Este servicio web, servirá de pasarela, para poder recuperar los medicamentos introducidos en el MUP por los profesionales relacionados con el episodio

RESULTADOS

Se desarrolla un servicio web, para la integración de MUP y las aplicaciones de SUMMA, sobre el Framework de .Net. Este servicio web necesita de un certificado digital, para validar las acciones sobre MUP

La integración con MUP lleva funcionando desde principios del año 2019. Hasta mayo de 2021 se habían prescrito un total de 101.532 medicamentos por nuestro servicio.

Su implantación ha aportado ventajas tanto para el paciente que puede disponer de su medicación recetada por nuestro servicio, como al profesional prescriptor ya que le permite comprobar la medicación del paciente, las contraindicaciones de la posible prescripción y además se incluye la firma del informe asistencial en movilidad mediante certificado digital en red.

CONCLUSIONES

La situación de Pandemia COVID19 ha determinado la priorización en la implantación de funcionalidades orientadas a acercar el servicio, en este caso la prestación farmacéutica, a donde está el paciente contribuyendo a minimizar su desplazamiento.

La implantación del MUP en nuestro servicio evidencia la transformación cultural que conlleva la digitalización.

Se evidencia el beneficio, tanto para el paciente, como para el profesional y desde su implantación, se ha convertido en una herramienta muy bien valorada e indispensable para los médicos de nuestro servicio.

ID: 428

MEJORA DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MEDIANTE METODOLOGÍA SCRUM Y LEAN HEALTHCARE

AUTORES: Diego Javier García Luna[1]; V Torres López[2]; C Varela Rodríguez[3]
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Metropolitano 'Dr. Bernardo Sepúlveda'[1]; Hospital General de Montemorelos[2]; Hospital Universitario 12 de Octubre[3]

JUSTIFICACION

El aumento generalizado en el número de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de un hospital rural de segundo nivel se ha visto acompañado de una alta variabilidad en los tiempos de atención independientemente de la gravedad del evento, en ocasiones las esperas son de más de dos horas. Esto provocó un gran aumento en el número de quejas de los pacientes y una atención sanitaria subóptima. También ha sido una causa raíz de tres eventos centinela notificados durante un periodo de 2 meses.

OBJETIVOS

Disminuir en 30% el tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta que se brinda un tratamiento/intervención en el área de urgencias en el turno matutino, en un periodo de 2 meses.

MATERIA Y METODOS

Se utilizó la metodología Scrum para la gestión del proyecto y la herramienta Value Stream Map para realizar el seguimiento y evaluar los resultados. Se realizó un diagnóstico inicial del proceso de atención al paciente en urgencias, desde que llega hasta que recibe un tratamiento/intervención. Después se formó el equipo de trabajo multidisciplinario. Se estableció un programa de trabajo de 3 ciclos de sprint, cada uno de una semana de duración. El primero se trabajó con el personal de admisión para mejorar los tiempos de registro del paciente y hubo mejoras secundarias. Durante el segundo se trabajó con el personal de Triage para disminuir los tiempos de espera. En el tercero se trabajó en conjunto con los médicos de urgencias y enfermería para disminuir los tiempos de espera de atención y de tratamiento/intervención del paciente.

RESULTADOS

El tiempo promedio inicial del proceso fue de 129.5 minutos. Después del primer sprint hubo una disminución del 37.1%. Después del segundo sprint, disminuyó un 48.7% respecto al tiempo inicial. El tiempo promedio al final del proyecto fue de 36 minutos, lo cual representa una disminución total del 72.3% respecto al tiempo inicial.

CONCLUSIONES

La gestión de proyectos convencional no permite responder con rapidez ante los cambios vividos diariamente en el Servicio de Urgencias. La metodología Scrum permite una mayor flexibilidad y adaptabilidad; además, el trabajo mediante sprints hace que el personal se enfoque en resolver elementos individuales en un periodo de tiempo razonable, en lugar de visualizar la problemática como un gran proyecto que requiere de mucho tiempo y esfuerzo para ser completado. Ver resultados positivos al finalizar cada sprint provocan que exista en el siguiente ciclo una mayor motivación y un aumento en el desempeño, por lo que los objetivos del siguiente sprint se alcanzan más fácilmente. Se recomienda la utilización combinada de Metodologías Ágiles con elementos de Lean Healthcare para realizar proyectos de mejora en el área de la salud, ya que: la gestión será más dinámica para el líder, el equipo de trabajo verá mejoras de manera continua y percibirá un mayor grado de avance y satisfacción y, al mismo tiempo se eliminarán los desperdicios en el proceso y se aumentará la eficiencia.

ID: 429

EVALUACIÓN QUALITATIVA DE LOS PLANES DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALES I COMPARTIDOS PIIC.

AUTORES: Jorgina Lucas Noll; E Gavaldà Espelta; M Ferré Ferraté; E Navasquillo Calderón; C Curto Romeu; C Aguilar Martín.
CENTRO DE TRABAJO: DAP Terres de l'Ebre. Institut Català de la Salut. ICS

JUSTIFICACION

El PIIC (Plan de Intervención Individualizado y compartido) es un documento dinámico que está en la historia clínica y recopila los datos sociales y de salud más importantes de una persona identificada como un paciente crónico complejo(PCC) o como una persona con enfermedad crónica avanzada(MACA), y está compartido en un entorno de intercambio de información (HC3).

El PIIC representa un acto de comunicación entre los profesionales que mejor conocen a la persona para sintetizar y ofrecer la información más relevante del caso.

El PIIC debe contar siempre con la participación del usuario o su representante en caso de discapacidad y debe estar dirigido a todos aquellos profesionales o equipos de salud que puedan atenderlo. Cuando la persona es atendida por profesionales no referentes, gracias al PIIC podemos tener la información esencial del caso, lo que facilita mejores decisiones.

OBJETIVOS

Evaluar la calidad de los PIIC realizados en PCC y MACA.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo observacional mediante auditoría, realizado en enero de 2019, con información al 31 de diciembre de 2018.

Área de estudio y población: población adulta (> 18 años) de las Terres de l'Ebre con médico adscrito al sistema sanitario público, que utiliza historia clínica informatizada.

RESULTADOS

Fueron evaluados 1119 PIIC, por 22 evaluadores.

72,16% se actualizaron durante 2018.

El 52% ha especificado dónde quiere ser tratado y ha justificado el motivo.

El 57,2% del PIIC tiene la calidad requerida.

CONCLUSIONES

El PIIC debe ser elaborado por los profesionales de referencia del paciente con una visión interdisciplinaria.

Necesitamos mejorar en la realización de los PIIC para brindar la mejor atención a nuestros pacientes crónicos complejos en caso de descompensación.

ID: 430

DISEÑO Y DESARROLLO DEL PORTAL DE INFORMÁTICA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS ALTAMENTE DIGITALIZADO.

AUTORES: Daniel Agüero Moy; J Martínez Gómez; R Castillo Rubio; MJ Medrano Martínez; JA Pajuelo Ayuso; I Barquilla Fernández.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La transformación digital que se está produciendo en todos los sectores incluido el sanitario determina la relevancia de los Servicios de Informática proveedores de información y de la automatización de procesos que facilitan el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Su propio desarrollo organizacional está en evolución continua para adaptarse a los requerimientos de las organizaciones a las que dan soporte.

Nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias (SUE) está altamente digitalizado en sus procesos, avanzando en la transformación digital lo que precisa un Servicio de Informática en continuo desarrollo.

Los procesos del Servicio de Informática de nuestro SUE se basan en la adaptación del conjunto de buenas prácticas ITIL. Estos son bastante complejos, motivo por el cual se simplificaron los procesos de gestión de incidencias, de problemas, de cambios, de versiones, de continuidad del servicio y también de la gestión de la configuración. Pero se pone de manifiesto la necesidad de dar una visión global y de fácil acceso a cada una de las partes que integran la gestión

OBJETIVOS

Desarrollar una web que englobe las herramientas de gestión diarias (Incidencias, Tareas periódicas, Gestión de Versiones...) y las provistas para situaciones de urgencias (Gestión mantenimiento, árbol de resolución, alertas de situaciones anómalas ...)

MATERIA Y METODOS

En diferentes reuniones de trabajo se establecen las necesidades a corto y medio plazo.

En base a ello se determina el conjunto de herramientas y sus prioridades.

Así mismo, a través de un ciclo de mejora, se proponen cambios y nuevas herramientas para incorporar en una aplicación web que proporciona una visión de conjunto facilitando el acceso a instrucciones, aplicaciones y documentación de interés.

Se realiza el diseño y desarrollo de la nueva web teniendo en cuenta todas las fases del proceso para garantizar el cumplimento de los requisitos establecidos.

RESULTADOS

Las principales características de la web son:

- Programación de tareas de revisiones periódicas.
- Acceso a las herramientas que dan soporte a la gestión del servicio (incidencias, cambios, versiones, etc.)
- Acceso rápido a instrucciones de aplicación en situaciones de emergencia.
- Cuadros de situación del servicio.

CONCLUSIONES

La herramienta ha resultado de gran utilidad, destacando su poder en la prevención poniendo de manifiesto situaciones que pueden comprometer la continuidad del servicio mediante algoritmos de rastreo.

Un aspecto relevante es el recordatorio de tareas periódicas que se muestran según un calendario preestablecido. La herramienta posibilita la reevaluación de los sistemas de información dentro de un proceso de mejora continua.

La innovación y calidad de los procesos de los Servicios de Informática constituye un aspecto poco conocido pero fundamental para dar apoyo a la transformación digital de la gestión y de los procesos de cualquier organización, sobre todo, como ocurre en nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias, cuando está altamente digitalizado.

ID: 431

HERRAMIENTA DE REGISTRO Y CONSULTA DE ALUMNOS EN PRÁCTICAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

AUTORES: Ignacio Barquilla Fernández; J Martínez Gómez; R Castillo Rubio; JA Pajuelo Ayuso; D Agüero Moy; R Solano López.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

La docencia en las organizaciones sanitarias responde a su Responsabilidad Social, siendo la que se imparte a los profesionales sanitarios en proceso de formación un objetivo estratégico. Identificar y aplicar mejoras en este proceso para alcanzar los objetivos docentes es una necesidad ética y forma parte de la misión de nuestra organización. Derivado de la fuerte capilarización de un servicio de urgencias extrahospitalarias, se evidencia el problema de la identificación y el control de los alumnos en prácticas en las diferentes unidades asistenciales, así como, la alta rotación de los profesionales con diferentes turnos que dificultan el conocimiento de quien es el tutor de cada alumno en cada momento

OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta, para facilitar el registro, control y consulta por parte de los usuarios del departamento de Formación sobre el proceso de rotación de Alumnos en Prácticas.

MATERIA Y METODOS

Reuniones entre Departamento de Formación e Informática para analizar el proceso, identificar fallos en la ejecución, información y posibilidades de control de la rotación y del tutor. Rediseño conjunto. Desarrollo por parte de Informática. Concluido el desarrollo se realizan las pruebas pertinentes en un entorno de certificación. Finalmente se despliega en producción.

RESULTADOS

Se desarrolla una aplicación, sobre el Framework de .Net utilizando una arquitectura por capas. El lenguaje de programación utilizado es JavaScript. Para la capa de presentación, se han utilizado HTML5 y CSS3 utilizando un diseño Responsive para facilitar su uso desde equipos de sobremesa y en las Tablet de las unidades.

La aplicación cuenta con partes diferenciadas:

- 1ª El registro de alumnos desde las Tablet del servicio, enlazado desde las aplicaciones asistencias.
- 2ª donde se pueden consultar los tutores, añadirlos, y ver las fechas de sus tutorías; también ofrece la posibilidad de poder ver en un calendario interactivo los alumnos, mostrando por código de colores, si el alumno acude a las prácticas.

El proceso de verificación y validación evidenció que se habían alcanzado los resultados previsto relativos a las características de la herramienta; se enumeran las principales:

1. Facilidad para el registro, consulta y control de Tutores y Alumnos.
2. Posibilidad de registrar alumnos desde el recurso móvil.
3. Agrupación de Tutores y Alumnos para visualización.
4. Consulta de la información históricas.
5. Visualización de los datos mediante calendarios, gestionable mediante parámetros en base de datos.

CONCLUSIONES

Desde su lanzamiento en 2021, se ha podido hacer un seguimiento de todos los tutores, alumnos con los que cuenta el SUMMA112.Permitiendo dar una respuesta fácil al registro de alumnos y de los tutores de esos alumnos. Además, facilita la visualización de datos, ya que los muestra en un calendario con diferentes colores, dependiendo del tipo de usuario y del estado de dicho usuario. La herramienta aplicada ha permitido una mejora en el seguimiento y control de un objetivo clave en nuestro servicio.

ID: 432

PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN UN SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

AUTORES: RICARDO CASTILLO RUBIO; NM RODRIGUEZ RODIL; J MARTÍNEZ GÓMEZ; P LLOPIS LÓPEZ; D AGÜERO MOY; I BARQUILLA FDEZ.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

JUSTIFICACION

En el año 2018 se crea en nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias un servicio propio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) que despliega los objetivos de humanización y de cuidado del profesional en nuestra organización. En el contexto de la creación del SPRL se identifica la necesidad de desarrollar herramientas que faciliten el ejercicio de sus funciones.

OBJETIVOS

Diseñar, desarrollar e implantar una herramienta informatizada que permita automatizar todos los procesos del SPRL, así como su integración en el portal de profesional.

MATERIA Y METODOS

Se crea un grupo multidisciplinar con personal de los departamentos de Sistemas de Información, Calidad y SPRL. Se identifica y dibuja el Mapa de Procesos de SPRL. Se describe cada proceso y se identifican las necesidades y los puntos críticos de control. Se determinan dos funcionalidades:

1ª Por una parte se aborda la informatización de todos los procesos desde la citación hasta el registro de los resultados de la cita.

2ª Después se procede a desarrollar formularios específicos para acciones concretas como:

- Situaciones especiales embarazo y lactancia
- Adaptación del puesto de trabajo
- Enfermedad profesional
- Estudio de contactos (SARS – COV2)

RESULTADOS

- En abril de 2019 se implanta una herramienta que permite tanto la citación del profesional como el registro de los resultados y acciones propuestas por el servicio de prevención.
- A finales del mismo año se añade la posibilidad de pedir cita con el SPRL desde el portal del profesional, lo que genera la posibilidad de comunicación bidireccional.
- A finales de 2019 se desarrolla un formulario específico para acciones concretas de Servicio de prevención relacionadas con el (SARS – COV2), como destacable el estudio de contactos.
- Desde su implantación hasta el día de hoy se han tratado más 5000 episodios de profesionales de nuestra organización.
- Las actuaciones sobre los profesionales durante la pandemia fueron las siguientes:
- PCR totales realizadas en el año 2020: 2051
    - Registros CASO Covid en el año 2020: 471
    - Estudio CONTACTOS Covid en año 2020: 790
    - Test Seroprevalencia: 1186

CONCLUSIONES

El desarrollo propio permitió dar cabida a la informatización de formularios propios de la organización de manera rápida. La aparición de la petición de citación en el portal del profesional dio visibilidad de recién creado SPRL al conjunto de los profesionales de nuestra organización. La integración con otras aplicaciones ha facilitado también el seguimiento de los profesionales en los estudios de contacto del SARS-COV2. Se evidencia como la transformación digital de los servicios, además de mejorar la gestión de lo cotidiano, prepara al mismo para una ágil adaptación a nuevos requerimientos y entornos como ha sido la Pandemia COVID19, optimizando los recursos y alcanzando los objetivos incluso en un entorno de elevada complejidad.

ID: 433

CIRUGÍA ORAL EN PANDEMIA: UN RETO SUPERADO

AUTORES: José Luis Cebrian Carretero; B Martinez de Miguel; YF Villán Villán; A Quintás Viqueira; C Hernández Gancedo; .
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario La Paz

JUSTIFICACION

La cirugía de la cavidad oral se encuentra entre los procedimientos que con mayor frecuencia generan aerosoles que portan virus de tipo respiratorio como el SARS-CoV-2.

En el contexto de la pandemia, la reanudación de la actividad quirúrgica ha exigido un gran esfuerzo de creación de protocolos que se han ido adaptando de forma ordenada a la situación en cada momento.

OBJETIVOS

1. Planificar y establecer las medidas oportunas para la reanudación de la actividad quirúrgica en consultas durante la pandemia de COVID-19 y su adaptación a las diferentes etapas de la epidemia.
2. Evaluar la efectividad de las acciones sobre los contagios nosocomiales y de personal.
3. Evaluar el impacto en el número de cirugía realizadas

MATERIA Y METODOS

El protocolo de actuación sufrió dos actualizaciones durante el periodo de estudio. En un primer momento se consideró a todos los pacientes como Covid-19 positivo. Se delimitaron las responsabilidades y se planificó la reanudación priorizando las cirugías. En el momento de la citación se realizaba un triaje telefónico mediante check-list validado. Se establecieron los circuitos en consultas y salas de espera y medidas de atención en gabinete Covid-19 y no Covid-19. Se realizaron los protocolos de desinfección de material e instrumental y de protección personal con la colaboración de los Servicios de Medicina Preventiva y PRL.

En el mes de julio ser realizo actualización del protocolo en el que se incluye:

1. Un facultativo fijo para realizar triaje y selección de pacientes en los que la cirugía es prioritaria de acuerdo a datos clínicos y radiológicos
2. PCR a todos los pacientes
3. Programar las cirugías en pacientes COVID, si las hubiese, en último lugar
4. Filtros EPA en las consultas

RESULTADOS

La cirugía oral se suspendió el 18 de marzo. Tras la realización del protocolo se reanudaron el 14 de mayo realizando un total de 13.062 intervenciones en 2020, frente a las 15.750 de 2019. La disminución en el número de intervenciones entre 2019-2020 fue del 17%

Se han intervenido 12 pacientes Covid-19 positivos puesto que se consideraron cirugías urgentes y se suspendieron 93 pacientes por PCR positiva o indeterminada. 7 desarrollaron Covid-19 en la primera semana tras la cirugía, infecciones que fueron clasificadas como comunitarias después del estudio epidemiológico.

No hubo contagios de personal o pacientes documentados.

CONCLUSIONES

En el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital La Paz con el apoyo de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Laboral así como de los responsables de Calidad y Seguridad del paciente, hemos conseguido reanudar y mantener una actividad quirúrgica prácticamente normal con elevados estándares de seguridad en cada momento, de manera que no se han documentado contagios nosocomiales tanto en el personal asistencial como en los pacientes.

Consideramos que nuestro protocolo flexible y adaptable ha resultado crucial en el mantenimiento de la actividad quirúrgica en consultas por encima de la actividad en quirófanos.

ID: 434

PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA PARA LA EVOLUCIÓN DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ESTUDIO DAFO

AUTORES: David Martín de la Mota Sanz[1]; AM Brandini Romersi[2]; N Rosillo Ramirez[3]; C Escobar Manero[4]; J Isla Gómez[5]; C Varela Rodríguez[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Gregorio Marañón[1]; Hospital Universitario 12 de Octubre[236]; Plataforma de Organizaciones de Pacientes[4]; Federación Europea de Síndrome de Dravet[5]

JUSTIFICACION

Las crisis son buenos identificadores de puntos críticos de los sistemas y suponen puntos de inflexión hacia su mejora o hacia la desintegración o decadencia. Los avances tecnológicos y la globalización actuales suponen una ventana de oportunidad para afrontar estas amenazas. Convertir una crisis en una oportunidad supone una reflexión profunda, racional y emocional del contexto y de las posibilidades. En relación a la crisis de salud pública de COVID-19 la fragmentación del SNS y la necesidad de integración de los sistemas de información y de la atención de los pacientes ha sido un riesgo con consecuencias negativas, este aprendizaje puede transformarse en una oportunidad.

OBJETIVOS

Identificar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (análisis DAFO) las principales necesidades y atributos del SNS en relación a los sistemas de información y la atención al paciente.

MATERIA Y METODOS

Análisis DAFO realizado mediante plantilla online colaborativa y reuniones telemáticas de discusión y consenso del panel de expertos con distintas áreas de conocimiento, Sistemas de Información Sanitaria (SIS), Salud pública, medicina preventiva, conocimientos clínicos asistenciales en atención primaria, atención especializada y sociosanitaria, conocimientos tecnológicos y gestión sanitaria

RESULTADOS

Respondieron de manera independiente 10 expertos, que cubrían todas las áreas de conocimiento consideradas esenciales, a la plantilla, y en tres reuniones de discusión con el panel completo de expertos (n = 24) se identificaron: 19 debilidades agrupadas en competencias digitales, organización y planificación de los SIS, relación con las empresas de software y uso primario y secundario de los datos; 3 amenazas agrupadas en fascinación tecnológica, injerencia política en la toma de decisiones, organización y legitimación ciudadana del SNS, organización y planificación de los SIS; 14 fortalezas agrupadas en crisis de salud pública como disparador de las implementaciones, existencias de infraestructuras y aplicaciones, lecciones aprendidas, implicación activa de los actores (stakeholders), y organización y legitimación ciudadana del SNS; y finalmente, 24 oportunidades agrupadas en asistencia sanitaria centrada en el paciente, compromiso medioambiental, crisis de salud pública como disparador de implementaciones, motivación e implicación de los profesionales, nuevas tecnologías, relación de los sistemas regionales de salud, nuevas tecnologías.

CONCLUSIONES

El objetivo de la integración de los SIS y digitalización en la atención de los pacientes del SNS, puede ser abordado la creación de una "Agencia para la Digitalización de la Sanidad" (estándares, seguridad, privacidad, bioética, transparencia), para dar cohesión al sistema sanitario. Esta agencia debería tener un estatuto independiente e incorporar a todas las partes interesadas, incluyendo a las sociedades científicas, pacientes y al sector privado.

ID: 436

TRAS VIVIR UN AÑO EN PANDEMIA: ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN EMOCIONAL DEL EQUIPO DE SALUD?

AUTORES: Maria Cristina Ferrari[1]; J Rodriguez[2]; C Gomez Prieto[3]; C Oyenard[4]; R Kevorkian[5]
CENTRO DE TRABAJO: Pontificia Universidad Católica Argentina.

JUSTIFICACION

La pandemia que vivimos genera innumerables problemas que pueden afectar significativamente la vida de los integrantes del equipo de salud. El bienestar de las personas no solo está amenazado por la pandemia, sino que también se ve afectado por medidas adoptadas para contenerla: el confinamiento y otras restricciones. Existen graves consecuencias sociales y económicas que se derivan del segundo año de pandemia.

OBJETIVOS

Evaluar la repercusión emocional en los integrantes del equipo de salud y comparar los resultados con la encuesta 2020.

MATERIA Y METODOS

Se realizó una encuesta semiestructurada, descriptiva, con respuestas cerradas con múltiples opciones (22) y una respuesta abierta en personal de salud. Modalidad autoadministrada, a través de la plataforma de Google forms, comunicada por medio de la WEB (mail).

RESULTADOS

De las 854 respuestas recibidas se observa:

Edad promedio: 49 años (rango de 25 a 83 años), 68% de género femenino. El 82% tiene pareja y el 75% hijos. El 74% padecieron covid19 (encuestado o entorno). El 92% se encuentra vacunado.

Según la profesión: el 58% son médicos, 6% enfermeras, 19% bioquímicos.

El 51% trabaja en sector privado, el 17% en público y el 32% en ambos. Desarrollan su actividad en consultorios externos el 34%, en internación el 11% y en UTI el 10%. Forma presencial el 70%, por telemedicina el 4% y ambos el 26%.

El ingreso económico se mantuvo en el 41% de los casos y disminuyó en el 31% de los encuestados.

El 37% de los profesionales notaron cambios en el trato con sus pacientes, mayor empatía, pero también menor tolerancia y menor contacto. El trato recibido por sus familiares y amigos no varió en el 62%; el 89,2% de los encuestados refiere afectación emocional.

Presentaron ansiedad el 60%, insomnio y miedo el 58%, angustia el 55%, desgano el 50%, irritabilidad el 46% e intolerancia el 39%.

En necesidades emocionales expresadas: el 54% realizar una actividad gratificante, el 52% encontrar aspectos positivos, 30% estar ocupados y recibir apoyo emocional.

Las respuestas a la pregunta abierta ¿qué enseñanza le dejo la pandemia? jerarquizaron la solidaridad, empatía, resiliencia, la revalorización de las cosas simples, la salud y la libertad, los vínculos genuinos tanto laborales/familiares. Asimismo, la necesidad de mejorar el cuidado de la salud mental de los trabajadores de la salud y el fortalecimiento del sistema de salud.

CONCLUSIONES

Se evidenció un alto porcentaje de integrantes con afectación emocional, significativamente superior al encontrado en encuesta realizada hace un año: 89,2% vs 70,2%. Las necesidades de gratificación o apoyo emocional también se incrementaron: 54% vs 18% y encontrar aspectos positivos (52% vs 19%) y recibir apoyo emocional (30% vs 15%). La mayor sensibilización observada en respuestas abiertas y necesidad de apoyo manifestada deberían ser consideradas condiciones de riesgo prioritarias para el personal de salud a la hora de robustecer el sistema sanitario.

ID: 437

ESTUDIO RETROSPECTIVO CON DATOS DE VIDA REAL DEL IMPACTO Y SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS DE PACIENTES COVID-19 ALCHÓLICOS

AUTORES: Carolina Varela Rodríguez[1]; F Arias Horcajadas[2]; C Martín-Arriscado Arroba[3]; L Sánchez Rodríguez[4]; A Cadenas Manceñido[5]; G Rubio Valladolid[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre[12356]; Hospital General de Talavera[4]

JUSTIFICACION

Los pacientes con trastornos por abuso de alcohol, presentan ciertas caractarísticas médicas y ciertos determinantes sociales de la salud que sugieren una mayor vulnerabilidad a la infección por SARS-CoV-2, y, cuando enferman, una evolución peor de la enfermedad. Durante la primera fase epidémica de COVID-19, la mayoría de los países describieron un aumento significativo del consumo de alcohol, sin embargo los estudios sobre su impacto en el riesgo de infección por SARS-CoV-2 son escasos y poco concluyentes.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio fue identificar usando datos de historia clínica electrónica (HCE) los síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes con COVID-19 y dependencia alcohólica. Como objetivo específico se estudió la calidad del registro de antecedentes personales sobre hábitos tóxicos en la HCE y el impacto en la evolución de la COVID-19 de la dependencia alcohólica.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional descriptivo de cohortes históricas con datos de la vida real obtenidos desde los registros de la HCE. Los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 en su HCE y con o sin dependencia alcohólica registrada, hospitalizados en el hospital durante la primera fase epidémica de COVID-19. Las variables de estudio fueron los síntomas neuropsiquiátricos, se hizo un ajuste al riesgo por variables demográficas y comorbilidades, y se hizo una comparación 2:1 entre pacientes no alcohólicos y los alcohólicos para aumentar la potencia estadística

RESULTADOS

Tras una búsqueda semiautomatizada de alguna notación sobre el consumo de alcohol en la HCE se identificaron 847 pacientes con al menos una notación de abuso de alcohol de los 14.708 estudiados (1,17%). En los pacientes con historia de abuso de alcohol hubo un 8% más de probabilidad de tener al menos un día más de estancia hospitalaria ([CI95% = 1.04-1.12]), un 15% de extender su estancia en UCI ([CI95% = 1.01-1.30]). Así mismo, tenia 5.47 veces más probabilidad de requerir admision en UCI ([CI95% = 1.61-18.57]) y 3.54 veces ([CI95% = 1.51-8.30]) más riesgo de necesitar respirador. En cuanto a los síntomas de la COVID-19 los pacientes con historia personal de abuso de alcohol eran un 91% más propensos a sufrir disnea ([CI95% = 1.03-3.55]), y tenían tenían 3.15 veces más probabilidad de tener algún síntoma neuropsiquiátrico a lo largo de la enfermedad ([CI95% = 1.61-6.17]). El número de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes alcohólicos era mayor y las diferencias fueron significativas (p menor que 0,005).

CONCLUSIONES

Debe advertirse a profesionales y ciudadanos de las consecuencias negativas del consume de alcohol también en la infección por SARS-CoV-2. Por ello, es importante que se recoja en la historia clínica de los pacientes sus hábitos tóxicos de forma sistemática, especialmente aquellos que acuden por sospecha de COVID-19. Esta información debería ser accesible a todo el SNS y al servicio de Salud Pública para poder.

ID: 438

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL CENTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

AUTORES: Rosa Soledad Díaz García[1]; A González Herrera[2]; A Vallejo Plaza[3]; A Garzón Sánchez[4]; D Puente Gonzalez[5]; N Nieves López Fresneña[6].

CENTRO DE TRABAJO: HGU Gregorio Marañón[1456]; Escuela Nacional de Sanidad-ISCIII[2]; HU Puerta de Hierro[3]

JUSTIFICACION

El dolor es un síntoma muy común en los pacientes hospitalizados, no siempre controlado adecuadamente en la práctica diaria a pesar de las herramientas para combatirlo. La atención a los pacientes con dolor debe ser un objetivo de los profesionales sanitarios con un abordaje y tratamiento multidisciplinar, abarcando la mayoría de especialidades y procesos.

OBJETIVOS

- Conocer cómo ser realiza la valoración y el tratamiento del dolor en pacientes hospitalizados.
- Describir las escalas utilizadas, las pautas de evaluación y el tratamiento analgésico pautado.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un estudio observacional transversal en un corte temporal de una semana de duración en noviembre 2020. Se incluyeron todos los pacientes ingresados durante más de 24 horas en Hospital Materno-Infantil, Cuidados Paliativos y Geriatría.

A partir de su historia clínica se analizó la presencia de valoración y registro del dolor con una escala validada (EVA, Llanto...), último valor de intensidad del dolor registrado y, en caso de dolor, si trató y reevaluó. Se registró el tratamiento analgésico pautado o de rescate administrado en las últimas 24 horas. Además, se recogieron variables sociodemográficas y clínicas.

Se realizó un análisis descriptivo mediante medias, medianas y rangos, en variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes en las cualitativas.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 256 pacientes, con edad media de 37 años (mediana 32; RIC 6-68) y el 60,9% (n=156) mujeres. Las patologías más frecuentes fueron ginecológicas (58%) y oncológicas (57%).

En el 84,4% de los casos existía un registro de la intensidad del dolor por escala validada. La más utilizada fue EVA (79,6%), seguida de Llanto (11,6%). En el 91,7% la escala era la adecuada para la edad y características del paciente.

El 59,3% de los pacientes no tenía dolor. En los que sí, en el 83% era leve. El dolor moderado-intenso (53,3%; n=15) fue más frecuente en pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente (53,8%) y principalmente correspondían a ingresos en obstetricia (73,3%).

La pauta analgésica era fija en el 55,5% (n=143) de los pacientes y de rescate, en el 57,4% (n=147). Los analgésicos más prescritos fueron paracetamol (41,9% pauta fija; 39,4% rescate) y metamizol (12,2% pauta fija; 21,5% rescate). La principal vía de administración, intravenosa (50,7% pauta fija; 54,6% rescate) seguida de oral (34,1% pauta fija; 37,1% rescate). En 10,5% (n=27) de los pacientes se utilizó bomba PCA: el analgésico más utilizado fue el fentanilo (42,9%) y la vía más usada la epidural (59,3%). En los pacientes con dolor moderado o intenso en las últimas 48 horas (n=38) se administró analgesia de rescate en el 73,3%.

CONCLUSIONES

Se muestra un elevado registro y adecuación de la evaluación del dolor. Aunque un porcentaje bajo de pacientes presentó dolor moderado-severo todos tenían prescritos analgésicos y la mitad, analgesia pautada y rescate. Aun así, especialmente en las pacientes con patología obstétrica, existe margen de mejora en el tratamiento del dolor.

ID: 439

PROYECTO DE IMPLICACIÓN DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO EN LA GESTIÓN DE LA DEMANDA

AUTORES: JUAN ÁNGEL INFANTES RODRÍGUEZ[1]; GE GARZÓN GONZÁLEZ[2]; MD ESPEJO MAMBIÉ[3]; PU MAGÁN TAPIA[4]; MD CONEJOS MIQUEL[5]; ME ROMÁN MUÑOZ[6].

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN ASISTENCIAL SURESTE[1]; GERENCIA AP[2345]; DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE[6].

JUSTIFICACION

Gestionar adecuadamente las demandas de los ciudadanos es una preocupación de los sistemas sanitarios. De forma especial en el ámbito de la Atención Primaria, en la que una de sus características principales es la accesibilidad. Cuatro proyectos que han abordado aspectos relacionados con la gestión de las demandas de los ciudadanos coinciden en la relevancia de canalizarlas a profesionales o modelos de cita que permitan la gestión más eficiente. Y ponen de manifiesto la relevancia de las Unidades Administrativas, denominadas Unidades de Atención al Usuario (UAU) como gestores de las necesidades de los ciudadanos a la hora de convertir en no presenciales mucho de los trámites que antes se hacían de forma presencial

OBJETIVOS

- Definir el modelo de clasificación de demanda por la UAU
- Identificar qué demandas de los ciudadanos son reorientables
- Definir el procedimiento para abordarlas
- Implantar el proyecto en todas las UAU

MATERIA Y METODOS

Se definió el procedimiento de identificación de los motivos de demanda mediante pregunta abierta

Se tipificaron los motivos de consulta reorientables, se clasificaron en tablas y se describió, para cada uno, el procedimiento de gestión a realizar por la UAU

Las demandas tipificadas y los procedimientos para abordarlas son de varios tipos

- Gestiones y trámites que clásicamente han sido resueltos por la UAU, ahora abordados de forma no presencial
- Citas directas con profesionales distintos del solicitado (enfermeras, unidades de atención específica)
- Resolución con información, en la UAU, de demandas burocráticas que no necesitan cita con el clínico
- Cita en la agenda correcta en los temas relacionados con COVID (casos, contactos, seguimientos)
- Demandas que pueden ser resueltas por el clínico con la información que recoge la UAU sin tener que contactar con el paciente

Se diseñan herramientas de ayuda: Guía de Demandas para las UAU, se elaboran contenidos de un curso de autoformación

Se propone un despliegue paulatino: cada centro de salud pondrá en marcha inicialmente 20 de los procedimientos descritos. Se secuencian las actuaciones a realizar

RESULTADOS

Nº de motivos de consulta definidos: 73

Curso: elaborado

Presentación a Equipos Directivos de los CS: 100%

Reuniones con responsable de UAU: 100%

Resultados de la implantación:

CS que han seleccionado sus 20 procedimientos: 227 de 262 (86%)

Curso realizado por el 30% de los CS (78 CS de 262)

Se han definido indicadores (pendientes de explotación) para evaluar:

- el número de consultas de los ciudadanos que son gestionadas según el nuevo procedimiento
- el número de profesionales implicados en esta gestión de la demanda

CONCLUSIONES

Aunque la implicación de las UAU en la gestión de demandas no es nueva, este proyecto pretende dar un impulso a esta situación y potenciar el rol de los profesionales de la UAU. El principal cambio que ha supuesto es pasar del modelo en el que el ciudadano solicita cita con un profesional a otro en el que la UAU identifica el motivo de la demanda y, en base a él, gestiona la cita más eficiente

ID: 440

¿CONOCER EL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE TUMORES REDUNDA EN UNA MEJORA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO?

AUTORES: MARTA EVA GONZALEZ PEREZ; JS SALAS VALIEN; A GARCIA PALOMO; FJ RAMOS ORTEGA; MM RIO SANTOS; .
CENTRO DE TRABAJO: CAULE

JUSTIFICACION

El proceso oncológico es muy complejo y cada paciente requiere respuestas y estrategias tera-péuticas individuales. Esta concepción integral del proceso garantiza no sólo un trato mucho más humanizado sino un índice de eficacia mayor a lo largo del proceso de cada paciente. El intercambio de información entre los especialistas del hospital en relación a un mismo paciente, el funcionamiento de los Comités de Tumores formados por equipos multidisciplinares de ex-pertos en cada especialidad, y la coordinación entre las diferentes unidades médicas, optimizan el seguimiento del paciente durante todas las etapas de su enfermedad.

Será el equipo médico y los diferentes Comités de Tumores formados por un equipo multidisci-plinar de profesionales de todas las especialidades, quienes estudien las distintas estrategias te-rapéuticas y decidan entre todos los tratamientos el óptimo o la combinación más eficaz, de una forma personalizada para cada paciente.

La COMISION CENTRAL DE TUMORES se encarga de velar por el correcto funcionamiento de todos los aspectos relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

OBJETIVOS

Conocer la sistemática de funcionamiento de los comités de tumores del hospital y favorecer una cultura cooperativa entre estos y la Comisión de Tumores que ayude a la mejora de los pro-cesos de decisión.

MATERIA Y METODOS

La Comisión de Tumores del hospital diseña un cuestionario y lo pasa a cada uno de los comités de tumores. Éste consta de 13 preguntas sobre: funcionamiento (periodicidad de las reuniones, lugar, existencia de orden del día y acta), flujo de pacientes (identificación de puerta de entrada, modo de selección de los casos), vinculación de las decisiones, evaluación de resultados, multi-profesionalidad de los comités, reconocimiento del tiempo dedicado y una pregunta abierta. Pos-teriormente se analizan los cuestionarios y se toman decisiones que favorecerán una mejor ges-tión de los casos.

RESULTADOS

Se han recibido 13 cuestionarios, de 16 enviados (81,25%).

Los comités tienen una buena representación de las especialidades implicadas. Periodicidad de reuniones semanal (46%). Suelen tener un orden del día (77%), 69% realizan actas, pero sin modelo definido. En general, la puerta de entrada de los pacientes no está definida, los suelen llevar los miembros del comité. No se suelen discutir los casos previamente. Las decisiones son vinculantes en casi todos (85%). No existe un sistema de evaluación de resultados. Ninguno es multiprofesional y no cuentan con línea administrativa. No está formalizada la composición de los comités ni el reconocimiento a los profesionales.

CONCLUSIONES

Conocer la sistemática de funcionamiento de los diferentes comités de tumores nos permite ho-mogenizar su funcionamiento haciéndolos más eficaces.

Definir la selección de casos a tratar, así como, documentar y hacer vinculantes las decisiones de los comités de tumores redunda en la equidad, calidad y seguridad del paciente oncológico.

ID: 441

ANALISIS DE MORTALIDAD DURANTE LA PANDEMIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: MARTA EVA GONZALEZ PEREZ; A SANCHEZ VALLEJO; MB CURIEL IGLESIAS; CJ MARTINEZ MARTINEZ; A RODRIGUEZ SANCHEZ; D CARRIEDO ULE.
CENTRO DE TRABAJO: CAULE

JUSTIFICACION

La pandemia por COVID-19 ha condicionado notablemente la actividad de los hospitales durante 2020. Durante las dos oleadas en que se ha desplegado la pandemia en 2020 la actividad hospitalaria se ha visto polarizada hacia la atención a los pacientes COVID por su afluencia masiva concentrada en cortos espacios de tiempo.

Fruto de ello, en nuestro centro, un hospital de tercer nivel, se ha producido un incremento de la mortalidad, y una reducción de las altas totales, que ha condicionado el incremento de la tasa de mortalidad.

Es importante el análisis de los datos de morbi- mortalidad para poder implementar medidas de mejora en la calidad asistencial que ofrecemos.

OBJETIVOS

Describir la tasa de mortalidad en el año 2020 y compararla con los resultados de 2019, tanto en pacientes con diagnóstico de COVID-19 como en el resto de patologías y su impacto sobre la mortalidad general.

MATERIA Y METODOS

La Comisión de Tejidos y Mortalidad ha realizado un análisis de la mortalidad en los pacientes hospitalizados. Se realiza un estudio descriptivo de prevalencia de los datos de mortalidad en el hospital durante 2020. Se analizan las siguientes variables: género, edad, tiempo de estancia desde el ingreso hospitalario hasta el fallecimiento, y distribución de la mortalidad por Áreas Clínicas y/o Servicios.

RESULTADOS

Los exitus por COVID-19 fueron 631 (1ª ola 268 y 2ª ola 363) con una tasa de mortalidad por esta enfermedad del 25,26%, similar en ambas olas. La enfermedad por COVID fue responsable del 27,06% de todos los éxitus del año (631/2332).

La tasa general de mortalidad fue del 8,04% en 2020, 3,02 puntos superior a la de 2019 y que suponen un incremento interanual de esta tasa del 60,13%. Esta tasa se multiplicó por dos y hasta por tres, respecto al año 2019, durante los picos de la pandemia (marzo-abril y octubre-noviembre). Esos meses acumularon el 42,54% (992/2332) de la mortalidad anual global.

Excluyendo los paciente COVID 19, la mortalidad cruda habría disminuido un 3.5%, (1701 vs 1763) aunque la tasa interanual habría aumentado un 25,2% (6.29 vs 5.02), debido a la disminución de altas hospitalarias y un número indefinido de éxitus provocados por las dificultades para la atención a los pacientes no COVID durante los momentos de mayor sobrecarga asistencial hospitalaria.

CONCLUSIONES

El análisis de la mortalidad es uno de los parámetros de calidad asistencial más utilizados desde siempre; la cuantificación de las defunciones hospitalarias, el conocimiento de las causas y su evaluación permiten tomar medidas encaminadas a mejorar la calidad de la asistencia. También sería interesante conocer la experiencia de otros centros hospitalarios.

ID: 442

UNIDAD DE DISFAGIA: GESTION DE PROCESOS EN PANDEMIA

AUTORES: Raquel Cutillas Ruiz; C Garcia Fernandez; M Seijas Sanchez Romo; M Benavides Gabernet; C Blazquez Peccis; M Rodriguez Osorio Campos.
CENTRO DE TRABAJO: Fundacion Jimenez Diaz

JUSTIFICACION

La disfagia orofaríngea es una alteración en las fases oral y/o faríngea de la deglución que altera la calidad de vida de los pacientes y asocia mayor morbimortalidad y aumento de costes de la atención médica. La incidencia en el ultimo año ha aumentado por la infeccion por Covid-19, en casos severos, que requieren ingresos en UVI, secundaria a la intubación, ventilación mecánica, trauma laríngeo, debilidad muscular, disminución de la sensibilidad laríngea, alteración sensorial y patología neurológica asociada (polineuropatía, miopatía del paciente crítico y complicaciones como el accidente cerebrovascular, encefalitis y el síndrome de Guillain-Barré)

Los pacientes son dados de alta en ocasiones con aislamiento domiciliario y con dudas respecto al tratamiento de la deglución, manejo de sonda nasogastrica, dieta pautada, adaptacion de líquidos... Ante esta incertidumbre exponemos vias de comunicación y de acceso de información a pacientes y sanitarios que permite seguir el proceso y resolver las dudas que surjan en sus domicilios

OBJETIVOS

Describir vías de valoración, seguimiento y comunicación desarrolladas para atender a pacientes diagnosticados de disfagia que están en domicilio, y requieren seguimiento en el Servicio de Rehabilitación.

MATERIA Y METODOS

Se exponen modelos de accesibilidad al Servicio de Rehabilitación, para dar cobertura a los pacientes con disfagia y sus familias, con el objetivo de abordar dudas e inquietudes, disminuyendo desplazamientos hospitalarios y realizando seguimiento del proceso .

RESULTADOS

Ante la incertidumbre de la evolución de la pandemia, se ha desarrollado desde la Unidad de disfagia en rehabilitación vias de comunicación para pacientes y familiares que permiten un contacto con los profesionales para seguimiento.

Las líneas de actuación se han desarrollado a través “Portal del paciente”, que es un servicio on line, mediante el cual los pacientes acceden a pruebas diagnósticas, informes médicos y citas entre otras funcionalidades.Este portal permite mantener comunicación bidireccional entre los pacientes, sus cuidadores y los sanitarios

Las estrategias para realizar el seguimiento a través de actividades no presenciales mediante el portal son: envío de formularios predeterminados para revisiones (incluyen anamnesis, registros dietéticos,nutrición, signos de alarma y percepción de salud), envío de ejercicios y pautas para domicilio, comunicación mediante dialogo web, para solucionar dudas, realizar seguimiento y modificar pautas. Está en desarrollo un chatbot que permite a los pacientes encontrar respuesta a las inquietudes y dudas más frecuentes

CONCLUSIONES

La gestión de procesos y las unidades en momentos de incertidumbre sanitaria ha llevado a desarrollar vias de valoración, seguimiento y comunicación con pacientes y sus familias que les permita sentirse atendidos y a los profesionales realizar seguimiento y modificaciones en el tratamiento según evolución.

ID: 443

LA CODIFICACIÓN, UNA HERRAMIENTA MÁS EN FISIOTERAPIA EN PELVIPERINEOLOGÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: BEGOÑA VALLE MARTÍN[1]; AI DE LA LLAVE RINCÓN[2]; F ALVARADO GOMEZ[3]; G OSCOZ MUÑOA[4]; JJ MÁRQUEZ CABEZA[5]
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN RAMON JIMÉNEZ[1345]; UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS[2]

JUSTIFICACION

Normalizar diagnósticos y técnicas por un sistema de codificación es la herramienta para unificar lenguaje natural utilizado en los ámbitos de Salud. Actualmente existe una falta de uniformidad y gran ambigüedad en la terminología técnica utilizada en fisioterapia en disfunciones de suelo pélvico (SP). Luego, existe la necesidad de diseñar dicho instrumento en línea con Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y Clasificación Internacional del Funcionamiento CIF enriquecido con terminología estandarizada de Sociedades y Asociaciones.

OBJETIVOS

Realizar una revisión bibliográfica de los instrumentos estandarizados para Fisioterapia en las Disfunciones de SP, con el fin de desarrollar un instrumento que estandarice y unifique la información existente.

MATERIA Y METODOS

Búsqueda bibliográfica en bases de datos MEDLINE, EMBASE, PEDRO y LISTA, motor de búsqueda PUBMED para cualquier artículo relevante relacionado con la taxonomía, terminología, codificación y su consenso, en diagnósticos fisioterápicos y técnicas de tratamiento para disfunciones de SP arrojando 50 referencias. Se seleccionó 45 publicaciones por su relevancia. Debido a la naturaleza de la materia se incluyó el papel de consenso de Opinión de expertos y algún libro. Los filtros utilizados fueron: idiomas inglés y castellano y el rango de tiempo, últimos 20 años aunque se escogió alguna referencia anterior por su valor. Se descartó aquellos artículos que no aportaban información relevante sobre la materia de estudio.

RESULTADOS

No existe un instrumento estandarizado para fisioterapia en las disfunciones de SP. Se utiliza de forma limitada la CIF para la elaboración del diagnóstico fisioterapéutico desde perspectiva corporal, individual y social. Existencia de terminología y estandarización consensuada por parte de Asociaciones (IUGA Asociación Internacional Uroginecológica) y Sociedades (ICS Sociedad Internacional de Continencia) referentes en disfunciones de SP: síntomas y disfunciones del tracto inferior urinario en hombre, tratamiento conservador y no farmacológico en disfunciones de SP, prolapso y salud sexual en mujeres, complicaciones tras colocación de prótesis pero con lagunas presentes utilizada por colectivos de fisioterapeutas para sus descripciones. Glosarios de términos utilizados en Fisioterapia por la WCPT (Word Confederation for Physical Therapy) y su adaptación al español como referencia para el lenguaje común de este grupo profesional. La CIE-10 no recoge diagnósticos fisioterápicos y aporta pocos procedimientos de fisioterapia en disfunciones de SP para su utilización.

CONCLUSIONES

Existe la necesidad del desarrollo de un instrumento que estandarice y unifique la información existente en Fisioterapia en disfunciones de SP y sobre todo en intervención conservadora: técnicas y procedimientos de tratamientos así como una mayor inclusión de la CIF como marco teórico adecuado para el desarrollo de taxonomías de diagnósticos estandarizadas en Fisioterapia. Objetivo planteado como línea de investigación futura.

ID: 444

REUNIÓN DIARIA DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: Aroa López Martín[1]; B Fernandez Torron[2]; J Salvador Lodosa[3]; G Zariquiey i Esteva[4]
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Vall d'Hebron[123]; Enaltis[4]

JUSTIFICACION

En 2019 se implantó una reunión diaria de 5 minutos en una zona del Servicio, con un panel de gestión visual con profesionales del turno saliente y entrante. La reunión consistía en leer los incidentes de Seguridad de Paciente notificados y dar respuesta a los notificados días anteriores.

En 2020 se replicó el modelo en otra zona del Servicio. Los profesionales formados en Seguridad y en su aplicativo(el TPSCloud© en Cataluña) fueron los líderes Las reuniones se realizan delante de un panel magnético donde se muestran los incidentes.

Uno de los dos paneles clasificaba la gravedad del incidente con el mismo código de colores del aplicativo y el alcance del incidente para separar los que podían ser resueltos dentro del mismo Servicio de los que debían escalarse para gestionarlos en colaboración con otros servicios implicados.

Confeccionamos imanes con pictogramas visuales para facilitar la gestión de los paneles según la tipología del incidente. Dado que se coloca en el panel un imán por cada incidente,a simple vista se identifican cúantos incidentes y de qué tipo.

OBJETIVOS

Aumentar la cultura de Seguridad del Paciente en el Servicio y el número de incidentes de Seguridad notificados y resueltos.

MATERIA Y METODOS

Se utilizó la metodología PDCA, o ciclo Planificación–Ejecución –Evaluación –Actuación (Plan-Do-Check-Act) como secuencia cíclica para conducir la mejora y revertir los problemas de Seguridad identificados.

RESULTADOS

De 1 de enero a 21 de abril del 2021: se notificaron 60 incidentes (5 de riesgo muy bajo, 31 de riesgo bajo, 19 de riesgo moderado, 3 de riesgo alto y 2 de riesgo extremo). Por categoría de incidente: 23 fueron de gestión clínica y procedimientos, 8 de documentación analógica y digital, 8 de gestión clínico-administrativa, 5 de dispositivos o equipos asistenciales, 4 de medicación, 1 de infraestructuras, 1 de oxígeno y 1 de productos sanguíneos. Durante el 2020 se reportaron un total de 205 incidentes, siendo la mayoría de riesgo bajo (104) y moderado (78). Las categorías más prevalentes fueron las de gestión clínica y procedimientos (80), dispositivos (31)

CONCLUSIONES

Con las reuniones y los paneles de gestión visual implantados se incrementó el número de notificaciones respecto del mismo periodo del año anterior. En el 2018 se reportaron 31 notificaciones; en el 2019 fueron 392; en el 2020 un total de 205, y en el 2021 (hasta el 21 de abril) se notificaron 60 incidentes.

Las reuniones de 5 minutos invitan al análisis, reflexión y difusión de todo aquello relacionado con la Seguridad de Paciente, llegando a identificar potenciales problemas. Los resultados demuestran que se ha consolidado la cultura de Seguridad.

Los profesionales valoran positivamente esta intervención y prueba de ello es que la retomaron después de que la pandemia la hubiera dejado en segundo plano. La difusión de los incidentes y acciones de mejora no sólo mejoran la Seguridad, también crean un entorno de cultura justa que favorece la notificación y el camino hacia la mejora de la calidad asistencial.

ID: 445

MAPA DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

AUTORES: VICTORIA SABATE CINTAS; E BADIA PERICH; S SERRANO FARGAS; A FUENTES ESTELLER; A MARTINEZ NEJJEM; .
CENTRO DE TRABAJO: UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

JUSTIFICACION

La cultura de seguridad implantada a lo largo de estos últimos años ha sido clave durante la Pandemia. Hemos garantizado la continuidad en la notificación de los eventos adversos, situación que nos ha permitido definir el mapa de riesgos

OBJETIVOS

Definir un mapa de riesgos en atención primaria (AP), en situación extrema para la atención sanitaria, que permita identificar de forma proactiva los riesgos más frecuentes, analizar sus causas e identificar puntos débiles para implantar acciones de mejora

MATERIA Y METODOS

Nuestra gerencia de AP está formada por 5500 profesionales, distribuidos en más de 65 equipos, que asisten a 1.500.000 de usuarios. Tenemos implantado un sistema interno de notificación y gestión de eventos adversos des de hace 10 años, accesible a cualquier profesional del territorio.

La gestión de los eventos adversos internos se realiza en los equipos, a través de comisiones de calidad lideradas por un responsable en seguridad del paciente. Los eventos relacionados con servicios centrales los gestionan los responsables de servicio. Los eventos de coordinación asistencial se gestionan a través de las unidades transversales de seguridad del paciente con el hospital correspondiente. La unidad de calidad territorial realiza la evaluación de los eventos adversos para detectar riesgos y trabajar de forma proactiva con la implantación de acciones de mejora. Anualmente se evalúan les eventos notificados y se les asigna una puntuación entre 1 y 5 a cada evento adverso según su nivel de riesgo, gravedad y probabilidad de recurrencia. Se multiplican las tres puntuaciones y con el resultado se agrupan en: riego bajo â‰¤ 40, moderado 41-63 y grave â‰¥ 64 puntos. Se analizan en profundidad los eventos adversos identificados como graves y se definen acciones de mejora a implantar de forma transversal en el territorio.

RESULTADOS

Evolutivo eventos adversos notificados: 2017 (75), 2018 (166), 2019 (262), 2020 (203). Clasificación final del riesgo año 2020: 140 riesgo bajo, 45 riesgo moderado, 18 riesgo grave. Riesgos detectados. Proceso atención aguda: error diagnóstico en evaluación telefónica en época Covid, aplicación incorrecta código ictus/IAM, dificultad de coordinación con el SEM. Proceso farmacia: dificultad en la conciliación de la medicación entre niveles. Proceso coordinación entre niveles asistenciales: retraso diagnóstico de neoplasias malignas, descoordinación atención al final de vida, coordinación deficitaria en cirugía vascular. Se han creado grupos de trabajo multidisciplinarios para trabajar estos riesgos y decidir planes de acción transversales.

CONCLUSIONES

En pandemia se ha mantenido la notificación. Realizar un análisis de los eventos adversos con criterios objetivos de priorización nos permite identificar los puntos débiles de la organización y actuar de forma proactiva para mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial. En un territorio tan amplio como el nuestro es primordial identificar los riesgos para poder focalizar las acciones a implantar.

ID: 446

A PROPÓSITO DE UN BROTE DE ASPERGILLUS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL; LA IMPORTANCIA DE 'LA FAMILIA'

AUTORES: JOSE LUIS CARRETERO ARES[1]; A García Fernández[2]; T Peláez García de la Rasilla[3]; B Rivaya Sánchez[4]; A Álvarez Díaz[5]; M Martínez Súarez, M[6].

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Medicina Preventiva. HUCA[1256]; Servicio de Microbiología[34];

JUSTIFICACION

Los brotes de Aspergillus en los hospitales constituyen un grave problema para la seguridad del paciente. Plantear cerrar en época de crisis pandémica determinadas unidades de servicios claves (UCI-REA) puede producir un grave problema en la gestión y el manejo de pacientes críticos, teniendo que planificar y reestructurar su ubicación en otras plantas o servicios hospitalarios externos con todos los problemas asociados que conllevan. Presentamos una asociación de casos de Aspergilosis en Octubre- Noviembre de 2020 que se produjeron en la UCI- REA de un Hospital de 3º nivel, y el manejo que se realizó de ellos desde M. Preventiva (SMP)

OBJETIVOS

Analizar 14 casos de Aspergilosis pulmonar aparecidos en pacientes críticos de la UCI y REA de un hospital de 3º nivel.

Valorar su relación con 28 muestras ambientales tomadas en los distintos boxes donde aparecieron los hongos.

Establecer unas pautas de actuación con Microbiología en relación a la situación de pandemia.

MATERIA Y METODOS

Muestras aisladas por Microbiología, y procesadas por el departamento de Micología sobre lavados broncoalveolares (BAL) de pacientes ingresados en distintas habitaciones de varias UCIs y REA. Se notifica doblemente por medio del aplicativo Gestlab, insertado en la historia clínica electrónica (HCE), y por correo electrónico, encontrando una incidencia anormalmente elevada en un período de tiempo de dos meses, frente a años anteriores. Se determina posteriormente realización de muestras ambientales, en zona de extracción y centro, en las habitaciones de los pacientes con aspergilosis.

RESULTADOS

Durante los meses de Octubre y Noviembre de 2020 se observaron 14 casos de Aspergilosis en muestras preliminares de BAL; en 8 pacientes se aisló Aspergillus fumigatus (57,14%), en 4 Aspergillus niger (28,57%), en uno A. terreus, y un último en el que no se confirmó la aspergilosis. Por localización se encontraron: 3 en UCI-1 (23,07%), 3 en UCI-3, 3 en REA-1, 3 en REA-2 y uno en UCI-5. Se encontraron asociaciones de familias de Aspergillus en UCI 1 (2 A. fumigatus), UCI 3 (3 A.fumigatus), REA 1 (2 A. niger). Se realizan muestras ambientales dobles el día 29/10/2020 en zona de extracción y centro, siendo todas ellas negativas. Posteriormente se enviaron todas las cepas aisladas de Aspergillus al Centro Nacional de Referencia (ISCIII) para realizar su genotipado, sin que hubiera correlación entre los distintos tipos analizados.

CONCLUSIONES

Las aspergilosis broncopulmonares/invasivas obtenidas en muestras de BAL de 13 paciente no se correlacionaron con las muestras ambientales obtenidas. Así mismo, no coincidió ningún genotipo de Aspergillus en los distintos pacientes.

Los sistemas de genotipado ayudan a descartar posibles brotes de origen nosocomial, y sugieren aspergilosis comunitarias.

La gestión del manejo de los casos fue multidisciplinar entre los servicios implicados.

El trabajo conjunto Microbiología/SMP es imprescindible, y puede mejorar la calidad de la atención y de la seguridad del paciente.

ID: 449

CORRELACIÓN INVERSA ENTRE HOSPITALIZACIÓN POR COVID-19 Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: Alicia Cuadra Calahorra; AJ Marín-Caballos; S Martín Sastre; M Mendoza-Prieto; JM Dominguez-Roldan; .
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío

JUSTIFICACION

En el año de 2020, se han producido varias oleadas de notable incremento de la hospitalización por COVID-19 en áreas de Cuidados intensivos y otras áreas de hospitalización. Se ha observado en estos periodos, un significativo descenso de las notificaciones de incidentes y eventos adversos en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital, habiéndose realizado un total de 293 notificaciones en 2020, lo que supone un 38,5% de las registradas en el año anterior pre pandemia

OBJETIVOS

Analizar si existe correlación entre el incremento de la atención a pacientes ingresados por COVID-19 en hospitalización y áreas Cuidados Intensivos en una comunidad autónoma en el año 2020 y la tasa de incidentes y eventos adversos notificados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de esta comunidad

MATERIA Y METODOS

Se estudió la relación entre las variables, tasa mensual de casos confirmados de infección activa en hospitalización y en UCI por COVID-19 en una comunidad autónoma desde 1 enero a 31 de diciembre de 2020, y tasa mensual de notificaciones de incidentes y eventos adversos en UCI de un hospital de comunidad. Se comprobó la normalidad de las distribuciones de datos mediante el test de Shapiro-Wilk y se estudio la relación entre variables con el coeficiente de correlación de Spearman, Ïµ (rho)

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se han registrado 21856 casos confirmados de infección activa por COVID-19 hospitalizados en una comunidad autónoma con 2490 casos confirmados en Cuidados Intensivos, y se han notificado 293 incidentes y eventos adversos en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de la citada comunidad. Se ha constatado una estrecha correlación inversa entre la tasa mensual de casos de infección activa en hospitalización por COVID-19 registrados en la comunidad autónoma, y la tasa mensual de notificaciones de incidentes y eventos adversos reportados en esta Unidad de Cuidados Intensivos (Ïµ (rho) = -0,79, p = 0,002). Así mismo, también se ha observado una estrecha correlación inversa entre la tasa mensual de casos de infección activa en Cuidados Intensivos por COVID-19 registrados en esta comunidad, y la tasa mensual de notificaciones de incidentes y eventos adversos reportados en dicha Unidad de Cuidados Intensivos (Ïµ (rho) = -0,69, p = 0,013)

CONCLUSIONES

El incremento de la actividad asistencial a pacientes ingresados por COVID-19 en hospitalización y áreas de Cuidados intensivos que se ha producido en el año de 2020 se ha correlacionado estrecha e inversamente con la notificación de incidentes y eventos adversos registrados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de una comunidad autónoma, lo que sugiere que la sobrecarga asistencial soportada durante la pandemia por COVID-19 ha podido repercutir en una probable marcada infranotificación de incidentes y eventos adversos en áreas de Cuidados Intensivos.

ID: 450

MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE SU EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL

AUTORES: Rosa Soledad Díaz García; A Garzón Sánchez; A Rodríguez Quirós; A Rapela Freire; D Rodríguez Campelo; A Díaz Redondo.
CENTRO DE TRABAJO: HGU Gregorio Marañón

JUSTIFICACION

Los sistemas que evalúan la experiencia del paciente en el momento de la prestación sanitaria suponen un cambio de paradigma respecto a la evaluación retrospectiva tradicional ya que permiten realizar preguntas específicas para cada área, recibir las respuestas en tiempo real y ofrecer soluciones de forma rápida. Al obtener una muestra de pacientes tan amplia como se desee, mejoran la validez de los resultados optimizando recursos.

OBJETIVOS

Evaluar la experiencia y detectar áreas de mejora de los pacientes atendidos en las principales áreas de un hospital.

Implantar las mejoras detectadas y consolidar el sistema en nuevas áreas del hospital tras el pilotaje del sistema de evaluación.

MATERIA Y METODOS

Durante 3 meses de 2020 se realizó un estudio piloto mediante la elaboración de cuestionarios adaptados a las distintas modalidades asistenciales disponibles a través de tótems con pantalla táctil en las salidas de áreas seleccionadas (consultas externas o 'CCEE', urgencias...) y SMS enviados tras alta hospitalaria y consulta telefónica. Se incluyó la pregunta de recomendación "En caso de necesidad, ¿con qué probabilidad recomendarías el servicio a un amigo o familiar?" puntuable 0-10 (0="Muy improbable"; 10="Altamente probable"). Con la pregunta de recomendación se calculó el "Net Promoter Score" (NPS): % respuestas >=9 ("promotores") - % respuestas

RESULTADOS

Se registraron 8812 respuestas, 3782 en 2020 y 5030 en 2021; en 6388 de ellas se respondió a la pregunta necesaria para calcular el NPS.

En hospitalización el resultado NPS global (n=683) fue 71 (62 en 2020; 74 en 2021), varió de 49 en Medicina Interna a 84 en Ginecología y Obstetricia. En urgencias (n=2139) fue 47 (tanto en 2020 como en 2021), de 38 en Ginecología y Obstetricia a 82 en Pediatría. En CCEE (n=1799) fue 56 (59 en 2020 y; 54 en 2021), de 85 en Hospital de día de Dermatología a 49 en Ginecología.

El aspecto mejor valorado en las 3 áreas fue el trato y la amabilidad del personal y, en urgencias y CCEE, también la capacidad de los profesionales para resolver los problemas y la claridad de las explicaciones médicas. El peor valorado fue el tiempo de espera.

CONCLUSIONES

El pilotaje del sistema ha permitido realizar mejoras que han consolidado esta modalidad de evaluación de la experiencia del paciente. A pesar de la participación variable en función del área y servicio, se observa un incremento de la participación en 2021. El sistema aporta información en tiempo real, que ha permitido implementar soluciones de forma inmediata y que en algunos ámbitos como hospitalización, se refleja en una mejora de la puntuación NPS. Se continuará valorando el sistema y su impacto al final de año.

ID: 451

LA ATENCIÓN A LA FRAGILIDAD, NUEVO PARADIGMA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: Marta Arias Guillén; S Guerrero Carreño; E Gomá Freixes; A Alicarte Gracia; B Bayés Genís; M Quintela Martinez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clinic

JUSTIFICACION

Según la OMS, el control de las enfermedades no transmisibles de evolución crónica es uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios, prevaleciendo todavía más un modelo curativo que preventivo. La enfermedad renal crónica (ERC) representa un importante problema de salud pública acentuado por el envejecimiento y un incremento progresivo de la fragilidad, siendo ésta un fuerte predictor de aparición de eventos adversos. Todo ello requiere un cambio asistencial en la atención de estas personas para adecuar los cuidados y minimizar riesgos.

OBJETIVOS

Analizar los resultados de un programa de valoración de la fragilidad con el fin de prestar una atención centrada en la persona en función de las necesidades detectadas.

MATERIA Y METODOS

Estudio prospectivo durante 18 meses en 135 pacientes con ERC en hemodiálisis. Se utilizaron los criterios Fried para valorar fragilidad, además de los siguientes tests:

- **Evaluación funcional**: SPPB (Short Physical Performance Battery), Barthel y Downton (riesgo de caídas).
- **Estado nutricional**: MIS (Test de Desnutrición-Inflamación) y Valoración Global Subjetiva (VGS). Se calculó el grado de desgaste proteico-energético (PEW).
- **Evaluación cognitiva**: Pfeiffer y escala de actividades instrumentales de la vida diaria (Lawnton).

RESULTADOS

Un 25% de los pacientes presentaba criterios Fried de fragilidad y 46.1% de pre-fragilidad. Baja capacidad funcional (SPPB menor que 8) el 32% basal y 41% final, con grado de dependencia moderado-severo el 29.8% (Barthel) y riesgo de caídas elevado el 12%. Nutricionalmente presentaron puntación mayor o igual que 8 en el MIS el 35.5% basal y el 23.8% final, con una mejoría significativa de PEW. A nivel cognitivo se detectó algún grado de deterioro en el 16% y dependencia moderada-severa (Lawnton) del 21.6%.

CONCLUSIONES

Ante los resultados obtenidos se optimizó la gestión de la unidad de diálisis:

- Aumentando la presencia de la nutricionista para ofrecer mayor intervención nutricional en los pacientes con PEW con mayor frecuencia de registros dietéticos, enriquecimiento proteico-energético y administración de suplementos orales o nutrición parenteral intradiálisis.
- Consolidando la participación de un fisioterapeuta para afianzar un programa de ejercicio físico.
- Incorporando un psicólogo clínico a tiempo parcial.
- Analizando las cargas de trabajo de enfermería y ampliando horarios para adaptarlos a las necesidades reales de los pacientes.
- Valorando la idoneidad de disminuir la ratio paciente/enfermera existente.

Nuestro paradigma de la calidad asistencial al paciente con ERC ha cambiado, siendo necesarios modelos que incluyan evaluación de fragilidad en la práctica clínica diaria y proporcionen suficientes recursos para gestionar eficientemente las necesidades de salud de este tipo de pacientes pasando de un enfoque segmentado por patologías, a la visión holística e integral, teniendo en cuenta la situación social, psicoafectiva, la experiencia del paciente ante su enfermedad y su contexto familiar, requiriendo una atención que aporte valor a los cuidados.

ID: 453

CERTIFICACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO: UN RETO ASISTENCIAL

AUTORES: Ismael Noah Melián Mora; MG González Cruz Macarena; CM Martínez Faci Cristina
CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospital Universitario de Canarias[1]

JUSTIFICACION

La estandarización de la atención sanitaria es un reto al cual nos enfrentamos los profesionales de la salud. Aunque existen múltiples acciones para su desarrollo, los sistemas de gestión de calidad se han postulado con fuerza en la sanidad pública en los últimos años, es por ello que su desarrollo, instauración y evaluación debe ser potenciados por la administración.

La Atención al Paciente Oncohematológico Pediátrico supone un desafío para los sanitarios, debido a la alta cualificación que deben desarrollar para cada situación específica, haciendo que un abordaje eficiente por todos y todas no sea fácil. Debido a esto, hemos realizado la creación e instauración de una vía clínica para la atención de estos pacientes en nuestro hospital, siendo la Unidad de Pediatría referente en su atención, situándonos como pioneros en esta labor. Esta vía clínica, (SGC_OHP) ha sido certificada por AENOR en 2019 y renovada anualmente hasta la actualidad. La piedra angular sobre la que hemos erigido nuestra proceso ha sido la colaboración multidisciplinar, especialmente entre las enfermera y medicas, poniendo en valor el trabajo en equipo y demostrando la importancia de la participación de todas las partes involucradas en la atención del paciente para conseguir una atención eficiente y equitativa.

OBJETIVOS

- Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la estandarización de la asistencia, base de la calidad asistencial.
- Mostrar las fases que hemos atravesado para instaurar el SGC_OHP y las diferentes dificultades que hemos enfrentado, asi como su resolución.
- Reflexionar sobre los nuevos retos sanitarios en los sistemas de gestión de calidad y su abordaje en la sanidad pública.

MATERIA Y METODOS

Nuestra propuestas consta de una exposición breve sobre cómo hemos llevado a cabo la certificación de la vía clínica y los retos a los que nos enfrentamos en un futuro próximo.

RESULTADOS

Certificación de SGC_OHP en 2019 por AENOR y renovación de la certificación anualmente hasta la actualidad.

CONCLUSIONES

Los profesionales sanitarios debemos reflexionar sobre la importancia de la aplicación de los sistemas de gestión de calidad, asentando la base futura para una atención sanitaria basada, entre otras, en la seguridad del paciente, la reducción de la variabilidad clínica, la eficiencia y la equidad.

ID: 455

ANÁLISIS DE LOS AGRADECIMIENTOS RECIBIDOS EN EL AÑO DE LA PANDEMIA

AUTORES: Javier Ángel Canelas Fernández; V Flor Morales; AM Ruiz Ruiz; MM Fuentes García; M Cagigas Fernández; MC Fariñas Álvarez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

JUSTIFICACION

Para conocer la satisfacción de los usuarios con la asistencia sanitaria, una de las herramientas que se utilizó fue el análisis de las reclamaciones. Con el fin de no centrarnos solo en lo negativo y conocer cuáles fueron nuestros puntos fuertes según los usuarios, se decidió estudiar los agradecimientos recibidos en nuestro centro.

OBJETIVOS

Registrar, analizar y difundir los agradecimientos realizados por los pacientes del Hospital de tercer nivel durante el año 2020.

MATERIA Y METODOS

El SAU fue el encargado de recoger y registrar las hojas de agradecimientos que entregaron los pacientes. Para ello, este año se adaptó el Gestor de Reclamaciones de los Centros Públicos del Sistema Sanitario de Cantabria (JIRA) para registrar los agradecimientos recibidos. De cada uno de ellos se analizaron dos variables a partir de los datos extraídos del JIRA:

- Servicio implicado.
- Motivo del agradecimiento: utilizando los mismos códigos que en las reclamaciones.

Se analizaron los datos, se elaboró un informe que se transmite a la unidad o servicio correspondiente y se difundió en la intranet del hospital.

RESULTADOS

Durante el año 2020, el número total de agradecimientos alcanzó los 535 y la media de agradecimientos al mes fue de 45. El servicio que recibió el mayor porcentaje de agradecimientos fue el Servicio de Obstetricia con el 66% de los mismos (355 agradecimientos), uno de los motivos que podría justificarlo es que durante la pandemia fue el único servicio que entregaba la hoja de agradecimientos junto con los papeles de registro a los padres. Los siguientes servicios en número de agradecimientos fueron Ginecología y la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria. De los más de 50 servicios y unidades hospitalarias, 41 recibieron, al menos, un agradecimiento.

Más del 80% de los agradecimientos se concentraron en 2 motivos principales: la dedicación / motivación de los profesionales sanitarios (319) y la profesionalidad del personal sanitario (157).

CONCLUSIONES

La mayor parte de los agradecimientos fueron recibidos por el Servicio de Obstetricia, por ser un hecho disfrutado por los padres. Un porcentaje muy elevado de los mismos hizo referencia a la buena percepción que tienen los usuarios del trabajo realizado por los profesionales.

Se propone realizar el seguimiento de los agradecimientos durante los próximos años para conocer si el apoyo social a los sanitarios consecuencia de la pandemia influyó en que la dedicación sea el primer motivo de agradecimiento, y si la entrega de las hojas de agradecimientos a los usuarios contribuyó al mayor número de agradecimientos.

ID: 456

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEDICIÓN DE RESULTADOS DE SALUD (MEDICINA BASADA EN VALOR)

AUTORES: Carolina Varela Rodríguez[1]; A García Casanovas[2]; P Ruiz López[3]
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre[1]; l'Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques[2]; Asociación Madrileña de Calidad Asistencial[3]

JUSTIFICACION

La asistencia sanitaria basada en el valor (ASBV) supone un cambio del paradigma actual de atención sanitaria con una rotación trascendente de los objetivos de las instituciones, así como de los métodos de pago a proveedores. Para generar esta transformación, es esencial disponer de un método de implementación para conseguir la medición sistemática de resultados en salud e incorporar la innovación en la práctica clínica habitual. En base a nuestra experiencia de implementación en el hospital y basándonos en los marcos conceptuales existentes de las ciencias de implementación de innovaciones en organizaciones sanitarias, definimos un plan de implementación para condiciones clínicas concretas y definimos herramientas de apoyo a la implementación de los mismos.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio fue conceptualizar el proceso de implementación de la medición sistemática de resultados en salud en una institución sanitaria compleja, para una condición clínica cualquiera. Los objetivos específicos fueron estimar los tiempos y costes de implementación de estas innovaciones en relación a la complejidad del proceso asistencial considerado.

MATERIA Y METODOS

Revisión bibliográfica narrativa sobre ciencias de la implementación, en general, y metodologías de implementación de proyectos de innovación asistencial en organizaciones complejas, en particular. Conceptualización y estructuración del conocimiento empírico en base a nuestra experiencia de implementación en el hospital y el consenso de expertos mediante un estudio Delphi (ver abstract xyz). Elaboración consensuada de dos herramientas de implementación y un procedimiento normalizado de registro de datos estructurados con calidad.

RESULTADOS

Se identificaron 3 grandes áreas de trabajo o etapas: pre-implementación, implementación y post-implementación. Dentro de la fase general de implementación se identificación las fases de necesidades y expectativas (appraisal) de los actores del proceso, la fase de comunicación (communication) que es transversal al proceso, la fase de adecuación de los datos y las herramientas (preparation), la fase de pilotaje (piloting) y finalmente la fase de evaluación de la tecnología propuesta (evaluation). Para cada una de estas fases es necesario facilitar o desarrollar herramientas de implantación y herramientas de evaluación de resultados de la implementación. Se desarrollaron, basados en los resultados previos de un estudio Delphi, dos herramientas para la estimación de la factibilidad del proyecto y la complejidad del proceso que permiten dimensionar los recursos necesarios para su implementación.

CONCLUSIONES

La implementación de la ASBV supone un cambio cultural y organizacional profundo que requiere una metodología robusta y contrastada así como tener pilares tecnológicos y metodológicos sólidos para poder plantearse la sostenibilidad. Es necesario un alto grado de planificación previa para obtener resultados a corto, medio y largo plazo.

ID: 457

IMPACTO DEL PLAN DE CONTINGENCIA EN RESPUESTA A LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

AUTORES: NOELIA MARTÍN FERNÁNDEZ; A LAVERDE MACHLER; JE MARAÑA GONZÁLEZ; L RODRÍGUEZ DÍAZ; MJ VALDÉS DÍAZ; FM GONZÁLEZ GARCÍA.
CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR.HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

JUSTIFICACION

La pandemia por Covid-19 obligó a todos los centros sanitarios a implantar medidas excepcionales para garantizar la seguridad de los pacientes y de los profesionales. En Medicina Nuclear implicó diseñar un plan de contingencia para asegurar que, en caso de infección de los profesionales, se pudieran mantener las prestaciones de la especialidad de forma segura. El propósito de este trabajo es evaluar su impacto en la seguridad y en las demoras de nuestras exploraciones.

OBJETIVOS

1. Describir el plan de contingencia diseñado, y puesto en marcha en nuestro Servicio, para cumplir las recomendaciones de nuestras autoridades sanitarias.
2. Analizar los indicadores de demora de las peticiones durante el estado de alarma (Periodo A: marzo 2020 – febrero 2021) y comparar los resultados con los obtenidos en un periodo similar antes de esta crisis sanitaria (Periodo B: marzo 2019 -febrero 2020).

MATERIA Y METODOS

Se evaluaron los riesgos y las recomendaciones de las autoridades sanitarias, para diseñar un plan que consistió en: una reorganización del personal en 3 equipos de trabajo estancos y la realización de informes por telemedicina; reducción del aforo máximo de los recintos; priorización de prestaciones oncológicas y no demorables; manejo de los pacientes y empleo de EPIs para ejecutar la prestaciones.

Se realizó un estudio retrospectivo de los indicadores de demoras (urgentes/hospitalizados, preferentes y normales) tanto para prestaciones diagnósticas (gammagrafía convencional y PET -Tomografía de Emisión de Positrones-) como para terapia radiometabólica. La demora se cuantificó como porcentaje [(número máximo de peticiones fuera de rango x 100)/número máximo de peticiones en el buzón de entrada]. Los resultados se muestran como mediana y rango (valor mínimo y máximo).

RESULTADOS

Ningún profesional se infectó en el medio laboral.

1. **Demoras Urgentes/hospitalizados**: Periodo A: 12,5% (0-100) en convencional y 20% (0-40) en PET. Periodo B: un 0%(0-100) en convencionales y 20% en PET. En terapia no hay urgencias/hospitalizados.
2. **Demoras Preferentes**: Periodo A: 38% (12-68) en convencionales y 25,5% (10-36) en PET. Periodo B: 47%(25-85) en convencionales y 12%(10-18) en PET. En terapia 0%(0-50) en periodo A y 0%(0-0) en periodo B.
3. **Demoras Normales**: Periodo A: 34%(13-52) en convencionales y 33%(2-46) en PET. Periodo B: 53,5%(43-77) en convencional y 11,5%(0-22) en PET. En terapia: 0%(0-7,2) en periodo A y 0%(0-0) en periodo B.

CONCLUSIONES

El plan de contingencia fue efectivo, pues no hubo infecciones en el ámbito laboral. En cuanto a las demoras: observamos una disminución en las demoras medias y máximas en las exploraciones PET, se mantuvieron en terapia y aumentaron en pruebas convencionales con respecto al estado previo. Estos resultados están en consonancia con lo esperado siguiendo los criterios de priorización de nuestras autoridades sanitarias y están parcialmente sesgados por la disminución en el número total de peticiones recibidas durante la pandemia.

ID: 458

CAMBIAR PARA MEJORAR, EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

AUTORES: Javier Ángel Canelas Fernández; V Flor Morales; AM Ruiz Ruiz; MA Requejo Salces; M Ibarra Garay; MC Fariñas Álvarez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

JUSTIFICACION

Durante el año 2020 y a pesar de la pandemia, el Servicio de Atención al Usuario (SAU), que tiene implantado un Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001:2015), añadió los trámites digitales dentro de su cartera de servicios, realizó la mayor parte de la atención telefónicamente y reforzó uno de sus despachos con una persona más, todo ello para mejorar el nivel de excelencia de atención a los pacientes.

OBJETIVOS

Analizar la satisfacción de los usuarios del SAU tras las mejoras implantadas durante el año 2020.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: 2020. Población de estudio: usuarios atendidos en el SAU. Instrumento de recogida: cuestionario de satisfacción diseñado ad hoc por el SAU, que ya fue utilizado en el corte de 2019, y se añadió una pregunta para evaluar los nuevos servicios puestos en marcha durante la pandemia. Las encuestas se realizaron mediante entrevista. Para el análisis de los resultados se compararon con los obtenidos en el año anterior; se usó Chi cuadrado para variables cualitativas y ANOVA para variables cuantitativas. Se consideraron 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

Nº de encuestas realizadas: 193. 2019: 184

Sexo: 58%(n=112) mujeres y 42%(n=81) hombres. 2019: 39,3%(n=59) hombres y 60,7%(n=91) mujeres [p=0,622]

Edad: Media 50,8 años (DE=15,3). 2019: Media 52,3 años (DE= 15,2) [p=0,416]

Primera vez acudían al SAU: 33%(n=63). 2019: 31,7%(n=39) [p=0,814]

Trámites telemáticos (2020): 47,1%(n=89) lo conocía

Porcentajes de valoraciones positivas y negativas de los aspectos evaluados:

- **Señalización**: 78,8%(n=152) vs 3,6%(n=7); 2019: 78,7%(n=100) vs 12,6%(n=16) [p=0,002]
- **Tiempo dedicado**: 92,1%(n=176) vs 0%; 2019: 95,3%(n=121) vs 1,6%(n=2) [p=0,052]
- **Personal Identificado**: 90,4%(n=169) vs 0,5%(n=1); 2019: 90,6%(n=115) vs 0,8%(n=1) [p=0,955]
- **Información recibida**: 92,7%(n=177) vs 1%(n=2); 2019: 90,6%(n=115) vs 3,1%(n=4) [p=0,402]
- **Trato**: 96,3%(n=183) vs 0%; 2019: 93,7%(n=119) vs 1,6%(n=2) [p=0,197]
- **Intimidad**: 75,1%(n=142) vs 10,1%(n=19); 2019: 78%(n=99) vs 10,2%(n=13) [p=0,746]
- **Disposición del personal**: 93,2%(n=177) vs 2,6%(n=5); 2019: 95,3%(n=121) vs 0,8%(n=1) [p=0,492]
- **Tiempo de Espera**: 83,6%(n=158) vs 4,8%(n=9); 2019: 71,7%(n=91) vs 11%(n=14) [p=0,027]

Nota global: 8,81 (DE: 1,36). 2019: 8,41 (DE: 1,42) [p=0,012]

Nº sugerencias: 20 (10,4% encuestados). 2019: 32 (17,4%).

CONCLUSIONES

La satisfacción de los usuarios con el SAU fue alta y mejoró en relación a 2019 en aquellos ítems en los que se llevaron a cabo acciones de mejora. Se encontraron diferencias significativas en la señalización, donde disminuyeron las valoraciones negativas, y en el tiempo de espera, donde aumentaron las valoraciones positivas. También se evidenció un aumento significativo de la nota global. Todo ello refleja la mejora continua que se produce en las unidades con sistemas de gestión de la calidad acreditados.

ID: 459

MEJORANDO LA CALIDAD Y GESTIÓN DE LA CITACION DE PACIENTES

AUTORES: Mª TERESA RODRIGUEZ MUÑOZ; ML CHECA AMARO; R OVEJA FERNANDEZ; B GONZALEZ PIÑEIRO; S LORENZO MARTINEZ; .

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON

JUSTIFICACION

A través de la comunicación con los pacientes, se detectaron ineficiencias en la citación de consultas y huecos libres en las agendas, por lo que se planteó un plan de mejora.

OBJETIVOS

Citación en tiempo y forma de todos los pacientes pendientes de cita.

MATERIA Y METODOS

Ámbito: hospital de 401 camas del SERMAS.

Periodo: 2020-2021.

Durante el año 2020 y debido a las múltiples cancelaciones y sucesivas reprogramaciones que se realizaron durante la pandemia, se detectó que el método de citación a través en uso en el Hospital era ineficiente, ya que no permitía el control de pacientes con citas canceladas o reprogramadas. Se identificaron huecos libres en las agendas, pacientes sin cita y errores en la introducción de los números de historia clínica (NHC).

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, con personal de admisión, y de sistemas de información.

Se crearon nuevas vistas en la historia clínica (HC), pudiendo identificar las peticiones solicitadas con pruebas, las peticiones solo de pruebas y las pruebas con demora.

Se ha eliminado la posibilidad de error al introducir el NHC, con las nuevas vistas aparece en la aplicación sin la necesidad de introducirlo.

RESULTADOS

Con el mismo personal previo, se establecieron cuatro grupos de trabajo, dividendo todas las especialidades entre ellos, ajustando las cargas de trabajo.

Las nuevas vistas de citación permitieron:

- La citación de todos los pacientes pendientes de cita.
- Evitar los fallos en la introducción del NHC manualmente.
- Se duplicó el número de citas realizadas por el personal de admisión diariamente, con el mismo equipo de citación previo.

El número de citas realizadas en los meses de marzo y abril, se ha visto incrementado un 40% con respecto a los años anteriores. En el primer trimestre del 2020 se realizaron 52.614 citas, en el mismo periodo en 2021 se han realizado 94.011 lo que supone un incremento del 78,68%.

CONCLUSIONES

La mejora del proceso de citación ha permitido gestionar las citas pendientes de los pacientes, evitando errores y huecos libres en las agendas, mejorando la eficiencia del proceso.

Al mismo tiempo hemos asignado a parte personal al área de comunicación con los pacientes, lo que está agilizando la atención directa con ellos desde otros puestos del área.

ID: 460

MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: Mª TERESA RODRIGUEZ MUÑOZ; ML CHECA AMARO; R OVEJA FERNANDEZ; S MOYANO DIAZ; S LORENZO MARTINEZ; .
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON[1]

JUSTIFICACION

A partir de marzo de 2020, detectamos que los canales de comunicación con el paciente, no eran suficientes. Debido a la pandemia de la Covid-19, la inseguridad de los pacientes acerca de sus citas, la cancelación y la nueva citación de la mismas, identificamos que se perdían llamadas, situación que generaba la incertidumbre de los pacientes.

OBJETIVOS

Atención de todos los pacientes que se comunicaran con el hospital.

MATERIA Y METODOS

Ámbito: hospital de 400 camas del SERMAS.

Periodo: 2020-2021.

En el año 2020, debido a la pandemia de la Covid-19, los pacientes solo tenían las siguientes vías de comunicación con el Hospital:

- **Web**: a través del formulario para cambio o anulación de citas.
- **Teléfono**: Obtener información acerca de sus citas, cancelación, reprogramaciones, presenciales, telefónicas.
- **Presencial**: Ventanillas del hospital a partir de junio de 2020

Observamos que los pacientes de mayor edad se comunicaban a través del teléfono ante la incertidumbre de sus citas.

RESULTADOS

Se estableció, que todas las llamadas que no pudiera recibir Admisión por saturación de las líneas, se atendieran desde Información para atender las solicitudes del paciente, solicitando al paciente sus datos personales y teléfono, para la devolución de estas llamadas.

Se crearon agendas de citación para que el personal de información citara a estos pacientes, y que fueran atendidos en menos de 48 horas por el personal de Admisión, para ofrecerles información y resolución de sus citas.

Se han recibido alrededor de 1140 llamadas atendidas por información. Esto significa que hemos resuelto los problemas de los pacientes con sus citas en un 57% más que en 2020.

CONCLUSIONES

Con esta nueva gestión de comunicación telefónica, se ha conseguido dar un servicio eficiente y una total atención a las llamadas recibidas por los pacientes.

ID: 461

CAPTACIÓN ACTIVA E IMPLICACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE UNA AREA SANITARIA

AUTORES: Silvia López Domínguez[1]; J Sánchez Holgado[2]; A Puche Urdaneta[3]; R Díaz Cruz[4]; A Fernández Jou[5]; O Goliney XX[6].
CENTRO DE TRABAJO: CS La Estación[15]; CS Puente del Arzobispo[2]; CS Río Tajo[36]; CS Talavera Centro[4]

JUSTIFICACION

Se trata de un proyecto donde se encuentran involucrados residentes de 2o y 4o año de Medicina Familiar y Comunitaria de distintas zonas básicas de salud coordinadas por un tutor principal para la deshabituación tabáquica. Con motivo de las medidas adoptadas por el Gobierno en materia de inclusión de la financiación de fármacos para la cesación tabáquica, reunimos un grupo de trabajo formados por un tutor y cinco residentes para realizar un abordaje y captación activa a pacientes fumadores.

OBJETIVOS

El objetivo es que el 40% de todos los captados dejen de fumar una vez trascurrido un año.

MATERIA Y METODOS

La herramienta utilizada fundamentalmente para este proyecto se basa en los vídeos formativos que el Sescam facilita a los profesionales sanitarios en su aplicación informática Turriano.

Se informa a la población previa cita y se citan en una consulta programada, de una duración aproximada de unos 30 minutos cada una, donde se van cumplimentando varios ítems como tensión arterial, frecuencia cardíaca, talla, peso, antecedentes personales y familiares, etc. Asimismo, se les pasa un cuestionario protocolizado según la herramienta de Turriano de dependencia tabáquica (test de Fagerström) y de motivación por dejar el hábito (test de Richmond), entre otros.

El seguimiento de estos pacientes es el día antes de la intervención, el mismo día y el de después, luego cada semana hasta que cumplan el mes y posteriormente cada 3, 6 y 12 meses.

Se han podido coordinar con distintos centros de salud a través de los residentes, quienes hemos hecho una captación activa en los meses de febrero marzo y abril de 2020 con pacientes que quieren dejar de fumar y cumplen unos requisitos mínimos para ello, facilitándoles además en un momento dado los fármacos oportunos (ej.: vareniclina).

RESULTADOS

La edad media de los pacientes incluidos en el estudio es de 51 años.

La edad media que refieren en la que comenzaron a fumar es de 14 años.

La media de número de cigarrillos fumados al día es de 18.

La media de cuántos años llevan fumando en total es de 34 años.

En caso de recaída, la causa más prevalente es el estrés.

En el test de Fagerström la puntuación media es de 5 (grado moderado de dependencia).

En el test de Richmond la puntuación media es de 9 (muy motivado).

El efecto secundario más frecuente de la vareniclina es el insomnio.

El porcentaje conseguido de abstinentes una vez transcurrido un año es de 55%.

CONCLUSIONES

1. El porcentaje de éxito de los pacientes captados, tratados y con abstinencia tabáquica al año es superior a la media nacional.
2. Más significativo resulta aun si se trata de una deshabituación llevada a cabo en plena situación de pandemia.
3. Ha sido muy gratificante y enriquecedor poder haber iniciado este proyecto entre los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria aunque cada uno estuviera en un centro de salud diferente.

ID: 462

PERIODOS CLAVE EN LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE UN BROTE DE COVID-19 HOSPITALARIO: RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO PRECOZ

AUTORES: Cristina Paniagua Alcaraz[1]; LM Gago Argüello[2]; ML Lago Gonzalez[3]; FM Suárez García[4]; C Noriega López[5]; R De Dios Del Valle[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Agustín[156]; Fundación Hospial de Avilés[234]

JUSTIFICACION

Durante la pandemia se detectaron 2 brotes de Covid-19 en un hospital de media estancia, el 1º brote detectado en la 2ª ola sentó las bases para controlar el 2º brote ocurrido en la 3ª ola.

OBJETIVOS

1. Monitorizar los brotes e identificar periodos clave con el fin de vincular la evolución de cada brote con las medidas adoptadas
2. Evaluar el impacto de la estrategia implantada en la evolución de los brotes.

MATERIA Y METODOS

Se recogieron, retrospectivamente, datos de los casos por fecha de inicio síntomas y PCR+, para comparar las curvas epidémicas.

Revisión de las medidas implementadas y establecimiento de una cronología para identificar periodos clave (PC), que se relacionaron con la evolución de los brotes según la curva epidémica, por fecha de PCR+

RESULTADOS

El 1º brote con 92 casos (44 pacientes y 48 profesionales) del 2-Nov al 22-Dic-2020. El 2º brote de 22 casos (15 pacientes y 7 profesionales) del 3-Feb al 21-Feb-2021.

En cada brote se identificaron 5 PC.

Los PC identificados en el 1ª brote:

PC1(3-21/Nov)-Medidas preventivas:

- Cribado PCR pacientes/profesionales implicados,
- Formación puesta/retirada de EPI);

PC2(22-24/Nov)-Explosión brote:

- Cribado a todos los pacientes/profesionales,
- Traslado de 20 a otros Centros;

PC3(25-26/Nov)-Cuarentena y estrategia multidisciplinar:

- Definición estrategia prevención/control,
- Reorganización unidades hospitalización,
- Optimización recursos,
- Aislamiento en cohorte de casos,
- Cuarentena al resto de pacientes,
- Aviso a contactos estrechos generados en el hospital,
- Creación equipo para seguimiento de profesionales;

PC4(27-28/Nov)-Implementación estrategia:

- Ejecución de las medidas de reorganización Hospital,
- Apertura Unidad Covid/preCovid;

PC5 (22/Dic/2020 al 5/1/2021)-Periodo sin casos-Fin de brote.

PC6-Adecuación del Centro:

- Evaluación de la seguridad en el Centro y valoración de reformas estructurales,
- Diseño y planificación de realización de obras según las necesidades impuestas por la pandemia,
- Ejecución de obras y preparación de Unidad Covid con validación de circuitos por el Equipo Multidisciplinar.

Los PC identificados en el 2ª brote:

PC1-4(3-6/Feb) Medidas preventivas/Implementación estrategia/Cuarentena/Desarrollo Estrategia multidisciplinar:

- Cribado PCR Unidades implicadas,
- Traslado de casos a Unidad Covid del Centro;
- Cuarentena al resto de pacientes del centro,
- Control y seguimiento de profesionales,
- Implementación de la estrategia y revisión de circuitos;

PC2(4-8/Feb)-Explosión brote:

- Cribado general;
- Medidas entre profesionales-pacientes y pacientes-pacientes en la Unidad de Rehabilitación;

PC5(21/Feb al 7/Mar/2021)-Periodo sin casos-Fin de brote

CONCLUSIONES

La agrupación de los PC al inicio del 2º brote sugiere que la implementación precoz de las medidas preventivas y el desarrollo de una estrategia ya definida en el Centro influyó positivamente en el manejo y control del brote.

Se recomienda el consenso de un equipo multidisciplinar para mejorar la efectividad y garantizar un entorno más seguro

ID: 463

DIGITALIZACIÓN DEL PROCESO DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES: GENERANDO VALOR PARA PACIENTES Y PROFESIONALES

AUTORES: GONZALO BAYO MARTÍNEZ; J MARTÍNEZ GÓMEZ; MJ FERNANDEZ CAMPOS; Z QUINTELA GONZALEZ; NM RODRIGUEZ RODIL; E MARTINEZ VELASCO.
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA

JUSTIFICACION

A raíz de la primera ola de la Pandemia COVID19, se produce la necesidad de centralizar la gestión de camas (GC) de los hospitales (H) para evitar inequidades y garantizar la seguridad y optimización del proceso. Ligada a esta necesidad surge la oportunidad de realizar todas las peticiones de traslados interhospitalarios (TIH) desde una única plataforma informática, independientemente de su naturaleza: Asistido o no asistido, programado o no programado.

OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta de petición única de traslados Ínter-centros que facilite la GC Centralizada y los TIH de pacientes derivados de la misma en cualquier escenario.

Integrarla con todas las aplicaciones donde se gestionan dichos traslados dentro de la plataforma tecnológica de nuestro servicio.

MATERIA Y METODOS

Grupo de trabajo entre Dirección Médica de Transporte y Servicio de Informática.

Dada la celeridad requerida se utiliza una metodología con modelos iterativos e incrementales con revisiones diarias.

El ciclo de vida de cada iteración siguió el siguiente patrón: requerimientos, diseño, desarrollo, pruebas y despliegue (en entorno de certificación). Una vez validada la iteración, se despliega en producción.

RESULTADOS

El resultado es una aplicación llamada TIH SSCC:

Descripción técnica: Desarrollada en un framework de .Net Core utilizando una arquitectura por capas y el patrón MVC (Modelo Vista Controlador). El lenguaje de programación utilizado es C#. Para la capa de presentación, se han utilizado HTML5 y CSS3 con diseño responsive para la adaptación automática según el tipo de dispositivo (móviles. PC, Tablet).

Descripción funcional/operativa:

- **Perfil Hospitales**: Si es Origen del traslado: los H exponen sus necesidades de traslado de pacientes a otros centros sanitarios, y especifican las condiciones e identidad del paciente a trasladar. Si el H es el receptor del traslado, valida la disposición de la recepción del paciente.
- **Perfil SERMAS** (Gestión centralizada): una vez priorizadas la peticiones y en función de las camas libres autoriza los traslados a realizar durante el día.
- **Perfil nuestro servicio**: La Mesa de Traslados Covid asigna recurso más adecuado, transfiriéndose a la plataforma correspondiente (traslado programado o asistido). Para gestionarlos se habilitan nuevos tipos de recurso como los Gran Colectivo o Soporte Vital Básico colectivo.
- **Perfil TANGO**: verifica la salida de los pacientes del H de origen.
- **Perfil INDIA**: verifica la llegada de los pacientes del H de destino.

CONCLUSIONES

Desde diciembre de 2020, se han gestionado y supervisado más de 7000 traslados, casi todos relacionados con la Pandemia COVID19.

La herramienta ha permitido una gestión de camas más ágil en las siguientes olas de la pandemia y está sirviendo para gestionar y supervisar TIH de todo tipo de pacientes en tiempo real a través de los distintos perfiles.

Los perfiles TANGO E INDIA permiten garantizar y comprobar la identidad de los pacientes en el caso de traslados masivos, minimizando errores y adecuando los cuidados.

ID: 464

ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN INTRAHOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

AUTORES: Andrea Santos Cortés[1]; P Ruiz López[2]; C Varela Rodríguez[3]; C Martín-Arriscado Arroba[4]; R Gifford[5]

CENTRO DE TRABAJO: Universidad de Maastricht y Asociación Madrileña de Calidad Asistencial[1]; Asociación Madrileña de Calidad Asistencial[2]; Unidad de Calidad, Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid))[3]; Unidad de Investigación y Soporte Científico, Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)[4]; Department of Health Services Research, Faculty of Health, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Medicine and Life Sciences, Maastricht University, 6229 GT Maastricht, The Netherlands[5]

JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud ha incluido la comunicación y coordinación como uno de los 12 componentes esenciales para una gestión efectiva de la COVID-19 en el ámbito hospitalario. No obstante, no está claro si las estrategias de comunicación empleadas en los hospitales han funcionado correctamente. El motivo de este estudio surge de la necesidad de analizar cómo se ha percibido la comunicación interna antes, durante y después de la pandemia de COVID-19 en los centros hospitalarios de la Red del Servicio Madrileño de Salud(SERMAS) según la experiencia e impresiones del personal sanitario que trabaja en ellos. El marco teórico se basa en dos modelos relacionados con la comunicación:modelo CERC y modelo CAUSE. Este estudio se encuadra dentro de un proyecto de investigación llevado a cabo por la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial en colaboración con la Universidad de Maastricht

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es el análisis de la comunicación intrahospitalaria para el abordaje de la pandemia de COVID-19,con el fin de identificar posteriormente buenas prácticas y mejoras aplicables en futuras pandemias o cualquier otra crisis de salud pública.

MATERIA Y METODOS

Se trata de un estudio cualitativo de naturaleza exploratoria. Los participantes rellenaron un formulario de preguntas cerradas con respuestas dicotómicas (Sí/No/NS),escalas Likert de 1(totalmente en desacuerdo) a 5(totalmente de acuerdo) y escalas Likert de 1(muy insatisfecho) a 10(completamente satisfecho). La encuesta se creó en Qualtrics y se envió a todos los hospitales públicos de Madrid. Los encuestados son médicos y enfermeros pertenecientes los servicios de: Anestesia,Medicina Intensiva,Medicina Interna,Neumología,Geriatría,Urgencias,Calidad, Medicina Preventiva y Prevención de Riesgos Laborales. Los datos se han analizado comparando grupos de hospitales según su complejidad y se ha utilizado el programa SPSS para el análisis estadístico.

RESULTADOS

Se recibieron un total de 154 cuestionarios. Los participantes califican con 4/10 de media el nivel de preparación de su hospital para hacer frente a la pandemia y 6/10 el nivel de satisfacción con la comunicación interna dentro de su hospital. Agrupadas las respuestas por tipo de hospital, se recibieron respuestas de 27 hospitales de baja complejidad, 56 de complejidad media y 61 de alta complejidad. Se observan diferencias significativas entre los grupos de hospitales en 4/14 ítems considerados en la fase pre-crisis, en 16/51 durante la fase inicial y en 0/7 durante la fase de mantenimiento/actual. Existe un mayor porcentaje de respuestas con valencia positiva en los hospitales del grupo 2 (complejidad media).

CONCLUSIONES

La mayoría de los encuestados constatan haber sido conscientes de la magnitud de esta pandemia pero destacan numerosos aspectos comunicativos potencialmente mejorables para haber afrontado mejor la situación dentro de sus hospitales. Análisis más detallados son necesarios para la identificación de buenas prácticas en hospitales del grupo 2.

ID: 465

CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CÁNCER VESICAL

AUTORES: FRANCISCO JAVIER GARCIA ALARCON; M ALVAREZ CORTES; M FORTÚN BELENGUER; E CARCELLER TEJEDOR; MS CASTILLO JEREZ; A BONO ARIÑO.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE.

JUSTIFICACION

El tumor vesical es la más común de las patologías malignas del tracto urinario. En España se presenta la tasa estandarizada por edad más alta de toda Europa, y entre el 50-88% presentan recidivas (según riesgos). La probabilidad de progresión (invasión muscular) de un tumor no músculo-invasivo (TVNMI) es de un 12% a los 5 años (oscilando entre un 5% de los Tm bajo riesgo y un 70% de los CIS multifocales o altísimo riesgo).

El manejo de esta patología supone un auténtico reto para el profesional de Urología: su elevada prevalencia, su elevada tasa de recidivas, la complejidad en su manejo y la necesidad de realización de múltiples pruebas complementarias en su seguimiento justifican la creación de una consulta especializada en este tipo de patología.

OBJETIVOS

Implantar una consulta de tumores vesicales

Elaboración de cronogramas de seguimiento y tratamiento adyuvante

Estandarización del tratamiento adyuvante y seguimiento en base a grupos de riesgo

Optimización de recursos

Análisis de resultados e identificación de problemas

Actualización de conocimiento en tumor vesical

Reducir ansiedad de pacientes y familiares

MATERIA Y METODOS

Revisión bibliográfica y de guías de práctica clínica

Se establecen tres esquemas de seguimiento en función del riesgo: Bajo, medio y alto riesgo.

Se establecen tres esquemas de tratamiento vesical adyuvante (instilaciones) en función del riesgo: bajo, medio y alto riesgo.

RESULTADOS

Tras cuatro años de seguimiento desde la creación de la consulta especializada, el 100% de los pacientes con este tipo de patologías que han sido valorados en consultas de Urología en nuestro medio, han sido derivados a este tipo de consulta subespecializada. La consulta está gestionada por cuatro urólogos del servicio, que aplican, supervisan y actualizan el protocolo de seguimiento, según las últimas recomendaciones de las guías clínicas.

CONCLUSIONES

La consulta subespecializada y la puesta en marcha de los protocolos de seguimiento han mejorado el desempeño profesional del médico, simplificando el manejo de estos pacientes y disminuyendo la variabilidad interprofesional, estandarizando el manejo y el seguimiento de los pacientes. Asimismo establece de forma sencilla y comprensible para el paciente el seguimiento que va a desarrollar durante los próximos años, favorece el vínculo médico-paciente al ser siempre atendido por el mismo equipo de profesionales, y mejora la adherencia terapéutica.

ID: 466

AUDITORIAS CLÍNICAS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA AL TCE GRAVE EN NUESTRO HOSPITAL

AUTORES: ROSARIO AMAYA VILLAR; Mª RINCÓN FERRARI; PE JIMENEZ GONZÁLEZ; RA BELLIDO ALBA; HO GARCÍA DELGADO; DI CUENCA APOLO.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

JUSTIFICACION

El TCE grave es una patología traumática muy prevalente, sobre todo, en población joven y que conlleva secuelas neurológicas graves a largo plazo. Nuestro centro es centro de referencia para esta patología y desde nuestra UGC es necesario realizar auditorías clínicas periódicas para asegurar una adecuada asistencia a los mismos.

OBJETIVOS

El objetivo de esta auditoría es comprobar si se cumplen 3 objetivos asociados al contrato programa de nuestra unidad en relación con el manejo del TCE grave.

MATERIA Y METODOS

Se han incluido todos los pacientes ingresados en nuestra UCI durante el primer trimestre de los años 2018, 2019 y 2020 que presentaron en el diagnóstico un TCE grave.

Se analizaron variables relacionadas con indicadores de calidad incluidos en el proceso asistencial integrado de traumatismo grave de la Consejería de Salud de nuestra comunidad. Estos indicadores se centran en una patología traumática que es de especial interés para nuestra Unidad de Gestión, por ser centro de referencia para toda nuestra provincia, además de otra provincia limítrofe con la nuestra.

Los 3 objetivos analizados son:

- La necesidad de intubación traqueal precoz.
- Necesidad de neuromonitorización del TCE grave.
- Analizar si todos los hematomas subdurales y/o epidurales voluminosos son intervenidos antes de la 4ª hora de ingreso hospitalario.

RESULTADOS

Durante el primer trimestre del año 2018 han ingresado en nuestra UCI 6 pacientes con TCE grave, 9 en el 2019 y 9 en el 2020, siendo la muestra total a analizar de 24 pacientes con TCE grave.

De ellos, el 100% se intubaron traquealmente en la fase de reanimación inicial.

Respecto a la neuromonitorización, hubo 4/6 pacientes en 2018, 4/9 en 2019 y 4/9 en 2020 que no se monitorizaron, por encontrándose todos ellos al ingreso en coma profundo, con GCS de 3 puntos y midriasis bilateral con lesiones irreversibles intracraneales, decidiéndose la limitación del esfuerzo terapeútico.

De los 12 restantes, en 10 de ellos se implantó un sensor de neuromonitarización, habiendo 2 casos que no se monitorizaron, el primero porque se intervino de un hematoma epidural y a las 24 horas postquirúrgicas el paciente presentaba un GCS >9 y el segundo por tener una TAC normal y tras hacer una ventana de sedación el paciente presentaba un GCS > 10, considerando este ítem de calidad cumplido en el 100% de los casos.

En relación con el tercer objetivo, de los 12 pacientes con TCE grave analizados, 7 presentaron un hematoma subdural y todos ellos se intervinieron antes de las primeras 4 horas de su ingreso, por lo que este ítem de calidad también se cumple en el 100% de los casos.

CONCLUSIONES

Durante los 3 últimos años, todos los indicadores de calidad analizados respecto a la asistencia del TCE grave en nuestra Unidad fueron satisfactorios, cumpliéndose en el 100% de los casos todos ítems estudiados.

ID: 467

INFRANOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS POR LA PANDEMIA COVID-19 EN CUIDADOS INTENSIVOS: PROPUESTAS DE MEJORA

AUTORES: Maria Mendoza-Prieto; AJ Marín-Caballos; S Martín-Sastre; A Cuadra-Calahorra; JM Domínguez-Roldán; .
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío

JUSTIFICACION

En el año de 2020, consecuencia del impacto de la pandemia COVID-19 sobre el incremento de la hospitalización en áreas de Cuidados intensivos por este motivo, se ha producido una marcada infranotificación de incidentes y eventos adversos registrados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital, habiéndose realizado un total de 293 notificaciones, lo que representa un 38,5% de las registradas en el año 2019 prepandemia.

OBJETIVOS

Analizar si la reintroducción de una iniciativa de mejora orientada a incentivar la notificación de incidentes y eventos adversos identificados puede mitigar el impacto de la pandemia COVID-19 en la infranotificación de incidentes y eventos adversos detectada en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital por incremento de la hospitalización por COVID-19.

MATERIA Y METODOS

Estudio comparativo entre la tasas mensuales de incidentes y eventos adversos notificados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital durante un periodo de incremento de la hospitalización por COVID-19, antes (octubre-diciembre 2020) y después (enero-marzo de 2021) de la reintroducción de una iniciativa de mejora consistente en incentivar diariamente en los cambios de guardia de la Unidad de Cuidados Intensivos, la detección y notificación de incidentes de incidentes y eventos adversos ocurridos durante la misma. El análisis comparativo también se hizo con un periodo prepandémico, sin hospitalización significativa por COVID-19 (enero-marzo de 2020) y en el que se incentivaba la notificación. Tras comprobar la normalidad de las distribuciones de los datos mediante el test de Shapiro-Wilk, la comparación de variables numéricas entre dos grupos se realizó aplicando la prueba t de Student

RESULTADOS

Los incidentes y eventos adversos notificados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital fueron 139 de enero-marzo de 2020, 18 octubre-diciembre de 2020, antes de la reintroducción de la iniciativa de mejora y 149 en enero-marzo de 2021 tras la misma.

La tasa mensual de incidentes y eventos adversos notificados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante la tercera oleada de incremento de la hospitalización por COVID-19, de enero-marzo de 2021, tras la reintroducción de la iniciativa de mejora de incentivación de la notificación, fue significativamente mayor (n 149, xÌ„= 49,67,) que la registrada en la segunda oleada de incremento de la hospitalización por COVID-19 de octubre-diciembre de 2020 (n 18, xÌ„= 6, $p < 0,005$) y similar a la observada en periodo prepandémico de enero-marzo de 2020 (n 139, xÌ„= 49,33, $p = 0.83$).

CONCLUSIONES

na iniciativa de mejora consistente en incentivar diariamente la detección y notificación de incidentes y eventos adversos en los cambios de guardia de la Unidad de Cuidados Intensivos, puede ser una herramienta eficaz para mitigar la infranotificación ocurrida en área Cuidados Intensivos por incremento de la hospitalización por COVID-19 .

ID: 469

INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA EN UNA UCI NO COVID

AUTORES: ROSARIO AMAYA VILLAR; ML GSCÓN CASTILLO; Z RUIZ DE AZUA LÓPEZ; PI JIMÉNEZ GONZÁLEZ; ; .
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN ROCÍO

JUSTIFICACION

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un problema de salud pública, aumentando su gravedad si están producidas por bacterias multirresistentes (BMR) por la dificultad de pautar un tratamiento antimicrobiano (ATB) adecuado, facilidad de dispersión y ausencia de nuevos antibióticos.

OBJETIVOS

Comparar la incidencia de IRAS de la unidad en su emplazamiento habitual y con el traslado de ubicación en el momento pandemia, así como la incidencia de infección por BMR.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que comprende el período del 1 abril al 30 junio del 2019 (período prepandemia) y del 15 septiembre al 15 de diciembre del 2020 (período pandemia). Se han incluido las neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVM), infecciones del tracto urinario asociadas a sondaje (ITU), infecciones por catéter venoso central (CVC) y bacteriemias secundarias a CVC, así como las BMR que producen colonización o infección. Las variables recogidas son características demográficas, gravedad clínica medida por APACHE II, germen implicado y fallecimiento. El análisis estadístico se expresa mediante frecuencia en variables cualitativas; media y rango intercuartílico en cuantitativas.

RESULTADOS

Durante 2019 (ubicación habitual) se incluyeron 129 pacientes con edad media de 55,03 años; el 58,14% fueron hombres; APACHE II de 14,47; fallecen el 17,83%. Se contabilizaron 21 NAVM, 8 ITUs, 10 infecciones por CVC y 5 bacteriemias secundarias a CVC. Los gérmenes predominantes fueron Bacilos Gram Negativos (70%). Seis pacientes presentaron estudios microbiológicos con BMR: 4 muestras clínicas positivas para Staphylococcus aureus resistente a meticilina

(25%), Pseudomonas aeruginosa multirresistentes (50%) y Bacilos Gram Negativos carbapenemasas (25%) y 2 estudios de portadores (colonización) por Pseudomonas aeruginosa multirresistentes. En 2020 (desplazamiento de ubicación) se incluyeron 87 pacientes con edad media de 51,29 años; el 58,62% fueron hombres; APACHE II de 15,56; fallecen el 24,14%. Se contabilizaron 13 NAVM, 5 ITUs, 14 infecciones por CVC y 3 bacteriemias secundarias a CVC. Los gérmenes predominantes fueron Bacilos Gram Negativos (50%) y Gram Positivos en el 38,89%. Siete pacientes presentaron estudios microbiológicos con BMR: 2 muestras clínicas positivas para Pseudomonas aeruginosa multirresistentes (50%) y Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) (50%), 3 estudios de portadores (colonización) por Bacilos Gram Negativos carbapenemasas. Dos pacientes se encontraban colonizados al ingreso.

CONCLUSIONES

Con el cambio de ubicación de la unidad durante la pandemia se ha producido un aumento del desarrollo de IRAS, sobre todo, en relación a dispositivos vasculares, como un aumento de las infecciones por BMR. Estos resultados, estarían relacionados, probablemente, al cambio de ubicación de la unidad como al personal de reciente incorporación para la atención de estos pacientes.

ID: 470

PROYECTO DE MEJORA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN SITUACIÓN DE URGENCIA EN PLANTA HOSPITALARIA

AUTORES: Ana María Sangüesa Lacruz; A Mateo Abad; E García Simón; MC Pérez Navalón; J Hernandez Martín; MM González Eizaguirre.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital San José

JUSTIFICACION

Prestar un cuidado seguro, oportuno e individualizado es un gran desafío en la asistencia a los pacientes. Actualmente, los principales errores en la asistencia a la salud están relacionados con errores de medicación (EM). Por lo que el personal de enfermería es de vital importancia al administrar la medicación para garantizar una asistencia segura.

Una situación de urgencia vital es estresante y el desconocimiento por el uso infrecuente de esta medicación produce incertidumbre, miedo y agobio entre el personal, al no conocer la vía de administración, el ritmo de infusión, si se podría administrar directa o en dilución, son dudas que hacen cuestionar nuestras habilidades clínicas y conocimientos, puesto que la medicación que está en el carro de paradas no es usual en el día a día de nuestro trabajo en una planta de hospitalización.

OBJETIVOS

- Descripción y unificación del material y fármacos incluidos en el carro de paradas de nuestra unidad.
- Crear una guía de fármacos presentes en el carro y reseñar en cada casilla de la medicación unas tarjetas identificativas con las características especiales de cada fármaco.

MATERIA Y METODOS

Analizaremos la evidencia científica encontrada sobre los errores de medicación más frecuentes en la administración de enfermería en situaciones de urgencia, para la creación de la guía y tarjetas identificativas de cada fármaco.

RESULTADOS

Unificamos el material y medicación en todas unidades de nuestro Hospital. Como estrategia para solventar los errores y las dudas sobre qué utilidad tiene cada fármaco, creamos una guía con la medicación presente en nuestro carro de paradas más amplia con información sobre la indicación, dosis máxima, efectos adversos, etc. que incorporamos en papel en un lateral del carro. Y para la visualización más rápida y directa, identificamos en cada casilla del cajón de medicación las características de cada fármaco: dosis, preparación, ritmo de infusión y características del fármaco.

CONCLUSIONES

Gracias a las estrategias de prevención como la unificación de los carros de parada y la creación de guías y tarjetas identificativas que a simple vista podremos ver en una situación de urgencia, harán que facilite el trabajo y conocimiento del profesional de enfermería dentro de un programa estructurado de seguridad del paciente, consiguiendo reducir los errores a la hora de administrar la medicación.

ID: 471

ANÁLISIS DE UN INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LA HEMORRAGIA COMO COMPLICACIÓN EN EL POSTOPERATORIO

AUTORES: ROSARIO AMAYA VILLAR[1]; Mª RINCÓN FERRARI[2]; EV MINGOT CASTELLANO[3]; JL PÉREZ BLANCO[4]; MÓ MARÍN CID[5]; IN BENÍTEZ LINERO[6].
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

JUSTIFICACION

Los Indicadores de Seguridad de Paciente se centran en las complicaciones potencialmente evitables y en las situaciones iatrogénicas producidas durante la asistencia hospitalaria. Estos indicadores identifican los casos donde un diagnóstico secundario registra una complicación potencialmente evitable. La hemorragia en el postoperatorio es un acontecimiento previsto en cualquier tipo de intervención quirúrgica o procedimiento invasivo.

OBJETIVOS

Analizar todas las hemorragias ocurridas en el postoperatorio inmediato de cualquier paciente sometido a un acto quirúrgico en un Hospital de I nivel y compararlo con la incidencia del año anterior.

MATERIA Y METODOS

Se incluyen todos los pacientes mayores de edad ingresados durante el año 2019 y que se han sometido a una intervención quirúrgica y han sufrido como complicación una hemorragia o hematoma perioperatorio.

Las variables registradas han sido: Edad; Sexo; Provincia; Procedencia; Motivo Ingreso; Urgente o programado; UGC ingreso; Días de estancia en UCI; Días de estancia en el hospital; Procedimiento quirúrgico realizado; comorbilidades; Factores de Riesgo; Intervención urgente para resolver sangrado; Exitus; UGC alta.

RESULTADOS

60 pacientes cumplen los criterios establecidos

Distribución por Unidades de Gestión Clínica emisora del alta:

Angiología y Cirugía Vascular: 11 (18,3%), Cardiología: 4 (6,6%), Cirugía General y Digestiva: 12 (20,0%), Cirugía Ortopédica y Traumatología: 2 (3,3%), Cirugía Plástica: 4 (6,6%), Cirugía de urgencias: 1 (1,6%), Endocrino: 1 (1,6%), Ginecología y Patología Mamaria: 5 (8,3%), Medicina Interna: 2 (3,3%), Neumología y Cirugía Torácica: 2 (3,3%), Neurocirugía: 6 (10%), Neurología: 1 (1,6%), Otorrinolaringología: 3 (5,0%), Urología y Nefrología: 6 (10%)

Análisis Descriptivo de los casos:

Edad Media: 56,25 años, Sexo: Mujeres 41,6; Varones 58,4

Mortalidad: 10%, Estancia media: 25,9 días, Ingreso en UCI: 55%, precisaron reintervención: 83,3%, Estancia media de UCI: 16,9 días, Procedencia reglados/urgentes: 42/18, Pacientes Transfundidos: 63,3%, Promedio de concentrados de hematíes transfundidos: 5,4, Plaquetas: 18,3%, Plasma: 0%.

La incidencia de Hemorragia o Hematoma Postoperatorio en nuestro centro hospitalario presenta una tendencia a la baja en los últimos años, pasando de 2,97‰ en el 2018 a 1,93‰ en el 2019. La cirugía con mayor tasa de hemorragia postoperatoria es la Cirugía General y Digestiva.

CONCLUSIONES

La Hemorragia durante el postoperatorio es un evento que aumenta la morbimortalidad quirúrgica, aumenta la estancia en UCI y hospitalización. Es un indicador que hay monitorizar en todas las Unidades Quirúrgicas o que realicen procedimientos invasivos potencialmente sangrantes.

En nuestro centro esta complicación tiene una incidencia menor en los últimos años, teniendo en cuenta la gran complejidad de la cirugía, algunas de ellas potencialmente muy hemorrágicas y, en pacientes con comorbilidades que son conocidos factores de riesgo para la hemorragia.

ID: 472

PROTOCOLO : EFECTIVIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: SALUT + SOCIAL.

AUTORES: Ester Gavaldà Espelta[1]; J Lucas Noll[2]; M Ferré Ferraté[3]; E Navasquillo Calderón[4]; c Curto Romeu[5]; J Baucells Lluis[6].
CENTRO DE TRABAJO: DAP Terres de l'Ebre. Institut Català de la Salut. ICS[1]; DAP Terres de l'Ebre. ICS[23456]

JUSTIFICACION

La atención a las enfermedades crónicas es un gran desafío al que nos enfrentamos. Nuestro sistema sanitario debe adaptarse a este nuevo paradigma para poder afrontar la problemática de nuestros pacientes de forma integral e integrada, asegurando la continuidad asistencial y la comunicación y coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

OBJETIVOS

Implementar y evaluar la efectividad de la implementación del modelo Salut + Social para mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, la asistencia a los servicios ciudadanos, la sobrecarga del cuidador en los usuarios y la satisfacción de los profesionales.

MATERIA Y METODOS

Diseño del estudio: estudio cuasiexperimental pre y post intervención con medidas repetidas, con metodología mixta, se utilizarán cuestionarios para la parte cuantitativa y grupos focales para la parte cualitativa.

Intervención: se llevará a cabo un proyecto, a través del cual se promueva la comunicación entre los sectores social y sanitario, para mejorar la calidad de la atención y monitorizar a los usuarios con enfermedades crónicas avanzadas y otros con alta dependencia.

Variables sociodemográficas: relacionadas con el estado de salud o de interés de estudio.

Instrumentos y técnicas para la recopilación de datos:Zarit, IEXPAC, Euroqol, Morinsky-Green, grupos focales.

RESULTADOS

Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables estudiadas, utilizando la media y desviación estándar para las cuantitativas y el porcentaje con su intervalo de confianza para las cualitativas.

CONCLUSIONES

Este es un proyecto relevante por su gran aplicación tanto desde el aspecto sanitario como social ya que las enfermedades crónicas representan una alta incidencia en el grupo de estudio. El proyecto tiene como objetivo cambiar el enfoque de una atención reactiva a una proactiva, integrada y coordinada.

ID: 473

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: ESTRATEGIAS EN TIEMPOS COVID19

AUTORES: Joaquin Fernandez Gómez; AB Revilla Asensio; J Ibañez Frías; FJ Gonzalez Martin; G Sanchez Antolín; A Montero Moreno.
CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Regional de Salud Castilla Y León

JUSTIFICACION

La pandemia COVID ha supuesto un reto para el sistema sanitario. El gran número de pacientes críticos supuso la invasión de zonas periquirúrgicas (REA, URPA) e incluso quirófanos, paralizándose la actividad quirúrgica programada, produciéndose un aumento de la lista de espera quirúrgica(LEQ) y sobre todo de la demora media. A lo largo de la pandemia se han implementado diversas estrategias para paliar este problema

OBJETIVOS

Analizar los resultados de las estrategias puestas en marcha para mantener la actividad quirúrgica programada en una Comunidad Autónoma (CA) a lo largo de la pandemia COVID19

MATERIA Y METODOS

Se analizó retrospectivamente la actividad quirúrgica del año 2020 y 2021 respecto 2019 tanto urgente como programada. Asimismo se revisaron las estrategias puestas en marcha en cada momento de la pandemia y su repercusión en la LEQ.

RESULTADOS

La LEQ estructural aumentó desde marzo de 2020 a marzo de 2021 un 27,1%. El tiempo medio de espera estructural creció un 38,1%, pasando de 110 a 152 días.

La Cirugía programada se redujo en 2020 respecto a 2019 un 35,01% de media mientras que la cirugía urgente sólo un 10.49% y sin variaciones a lo largo de los meses. Aunque Abril y Mayo 2020 fueron los meses de mayor reducción de cirugía programada, durante el pico de IA14 máximo de la segunda y tercera ola, la actividad quirúrgica se redujo nuevamente hasta un 55%. Desde Abril 2020 se han puesto en marcha tres acciones para mejorar la LEQ: 1) Se enviaron desde Marzo20 hasta Mayo21, 2626 pacientes a clínicas concertadas. El 35.7% en la 1ª ola. 2) Se intervinieron a 1028 pacientes en instalaciones de clínicas privadas con cirujano propio. Sólo el 4.9% en la primera ola 3) En abril2021 se puso en marcha el Plan de mejora de LEQ, que ha conseguido el descenso de 21 días en el tiempo medio de espera en 7 semanas con un aumento únicamente 189 pacientes. Las intervenciones en los hospitales privados (concertada o con médico propio) supusieron 3654 cirugías, y la lista total creció en 6968 pacientes, es decir, redujeron el crecimiento de la LEQ total, un 34.4%.

CONCLUSIONES

La pandemia COVID19 ha tenido una alta repercusión en la actividad quirúrgica, y por tanto en el número y sobre todo el en tiempo medio de espera de la LEQ. La cirugía programada se redujo en 2020 un 35.01% respecto a 2019. Sin embargo la cirugía urgente sólo descendió un 10.49%. El convenio tradicional con la medicina privada y la cirugía en clínicas privadas con médico propio son útiles en la reducción de la LEQ. La mayor parte de ambas actividades concertadas se llevaron a cabo después de la primera ola. Un plan de LEQ sobre la actividad propia es la base para abordar la LEQ y en nuestra experiencia, el descenso de la demora en las primeras semanas de funcionamiento ha sido del 13.46%

ID: 475

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO E IMPACTO CLÍNICO DE LOS PROTOCOLOS DE TRANSFUSIÓN MASIVA (PTM)

AUTORES: ROSARIO AMAYA VILLAR; Mª RINCÓN FERRARI; RA RUBIO ROMERO; JA RODRÍGUEZ MARTOREL; GA YANES VIDAL; GU YERGA POZO.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

JUSTIFICACION

Este es un estudio realizado desde la Comisión de Transfusiones y Hemoterapia del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y dentro de un proyecto financiado por el Instituto Carlos III (FIS 2016-2019) donde participan 4 Hospitales de España: 1) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), 2) Corporació Parc Taulí (Sabadell), 3) Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid) y 4) Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). La idea de este proyecto nació tras la preocupación desde nuestra Comisión hospitalaria por conocer el cumplimiento de los protocolos de transfusión masiva que permiten reducir la mortalidad de la HM.

OBJETIVOS

Evaluar el grado de cumplimiento del PTM en 4 hospitales universitarios de alto nivel en España, e identificar qué variables de calidad podrían mejorar el cumplimiento del protocolo.

MATERIA Y METODOS

Estudio de cohorte observacional. Participan 4 Hospitales de España: 1) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), 2) Corporació Parc Taulí (Sabadell), 3) Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid) y 4) Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).

Se predeterminaron 14 criterios de cumplimiento basados en el PTM. Se analizaron todos los episodios de hemorragia masiva (HM) ocurridos entre enero de 2016 y septiembre de 2019. Se midió el nivel de cumplimiento para cada criterio en particular.

RESULTADOS

Se analizaron 602 HM. Edad media: 57,5 años; 67,4% eran hombres; 49% de las HM se relacionaron quirúrgicamente, el 22% correspondió a traumatismos, el 13% a hemorragia digestiva y el 3% a hemorragia periparto. De los 14 criterios, 6 tuvieron menos del 60% de cumplimiento y solo 5 más del 80%. El cumplimiento medio fue del 63,2%. La mortalidad a los 28 días fue del 39,4%. La mortalidad en pacientes con mejor (> 80%) y peor cumplimiento (< 60%) fue 37% y 41% respectivamente (p = 0,5).

El grado de cumplimiento de los 14 criterios de calidad fueron: Activación basada en las indicaciones preespecificadas del MTP 94%; Comunicación con el banco de sangre: 50.7%; Detección de grupo sanguíneo: 33.7%; Monitorización hemodinámica: 84.7%; Administración de hemoderivados basada en PTM: 50%; Prevención de la hipotermia 44.5%; Corrección de acidosis: 84.2%; Administración de rFVIIa basada en PTM: 99.5%; Análisis basados en PTM enviados al laboratorio: 2%; Monitorización con tromboelastografía: 61%; Evitar desperdicio de hemoderivados: 86.7%; Desactivación oportuna del PTM: 44.4%; Corrección hiperpotasemia: 74.3%; Corrección hipocalcemia: 74.8%

CONCLUSIONES

En hospitales universitarios de alto nivel son frecuentes las HM con alta tasa de mortalidad y un gran consumo de hemoderivados. Nuestra tasa de cumplimiento promedio del 63% indica que se deben tomar medidas para mejorar el cumplimiento. Las medidas de garantía de calidad propuestas pueden incluir reeducación, hacer una lista de verificación para recordar todas las acciones recomendadas después de la activación del PTM y reevaluar dentro de las comisiones de transfusión todos los casos de incumplimiento.

La asociación entre cumplimiento y supervivencia debe confirmarse en estudios futuros.

ID: 476

DECISIONES CLÍNICAS COMPARTIDAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL ICTUS

AUTORES: María Herrera Isasi[1]; M Sanz Azcona[2]; A Amorena García[3]; C Larrea Lanceta[4]; J Marta Enguita[5]; C Echávarri Zalba[6].
CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario de Navarra[145]; Asociación ADACEN[23]; Hospital San Juan de Dios[6].

JUSTIFICACION

La toma de decisiones compartida es básica para una atención centrada en la persona. En Neurología del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) queremos avanzar hacia este modelo de atención

OBJETIVOS

1.Analizar en qué punto se encuentra este modelo en el proceso de atención al ictus en Navarra, valorando las barreras o herramientas que existen actualmente para implantarlo 2.Facilitar un espacio de reflexión, donde identificar necesidades no cubiertas o posibles mejoras a plantear en el proceso de atención integrada del ictus en sus diferentes fases 3.Fomentar la participación de pacientes, familiares y profesionales para consensuar conclusiones desde una perspectiva conjunta de todas la partes implicadas 4.Identificar acciones que contribuyan a una mayor humanización del proceso de atención asistencial al ictus y plantear estrategias para que sea más integrado y centrado en la persona

MATERIA Y METODOS

El Servicio de Neurología del CHN, Navarrabiomed (Centro de investigación biomédica del Gobierno de Navarra) y la Asociación de Daño Cerebral de Navarra (ADACEN) trabajaron juntos financiados por el proyecto InterReg SUDOE ICTUSnet.Dentro del proceso del ictus, se establecieron cuatro fases diferenciadas (desde su detección y atención en urgencias hasta la fase crónica) y se definieron en cada una de ellas las principales decisiones que pueden surgir. La metodología fue de participación conjunta de todos los agentes implicados con cuatro grupos focales, uno por cada fase del proceso, cuyo objetivo era consensuar cuál era el estado actual, desde la experiencia en nuestra comunidad, del modelo de decisiones clínicas compartidas en esa fase del proceso; aspectos positivos que aportaría, barreras existentes y herramientas o acciones necesarias para posibilitarlo.Se elaboraron actas con las principales conclusiones en cada grupo.

RESULTADOS

Esta investigación ha fomentado la participación conjunta de pacientes, familiares y profesionales, obteniendo de este modo una información más objetiva y desde una perspectiva plural. Ha permitido identificar necesidades no cubiertas y mejoras a plantear para una atención a las personas con ictus más integrada y centrada en el paciente

El trabajo se ha recogido en un documento y en un vídeo de difusión titulado 'juntos en el ictus' https://www.youtube.com/watch?v=uX2sfVsa0ak

Las lineas estratégicas que se han identificado como prioritarias son: 1. cambiar el foco de atencion hacia el paciente como individuo 2. mejorar la comunicación 3.informar de forma más eficaz 4. fomentar la Integración asistencial 5. incidir en la prevención 6. empleo de las tics como herramienta de mejora de atención.

CONCLUSIONES

Llegar a un modelo de decisión compartida en el ictus, necesariamente comporta cambios en la organización y la estructura de la actividad asistencial. Precisa también de un cambio relacional, pasando a una relación más colaborativa, con un cambio en la forma de comunicarse, y en cómo se presentan las distintas opciones terapéuticas al paciente.

ID: 477

GESTION DE PACIENTES CRÍTICOS MEDIANTE LA CREACION DE UN AREA UNICA FUNCIONAL: UNA EXPERIENCIA DE EXITO

AUTORES: Gloria Sanchez Antolín; J Blanco Varela; AB Revilla Asensio; J Ibañez Frías; MA San Vicente de los Dolores Gago; A Montero Moreno.
CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Regional de Salud Castilla Y León

JUSTIFICACION

La pandemia COVID ha supuesto un reto en la atención a pacientes críticos por las limitaciones estructurales y de equipamiento. El traslado entre UCIS puede ser útil para ampliar funcionalmente las camas, pero tiene riesgos asociados

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad de un programa de traslados interhospitalarios de pacientes críticos en una CCAA, para optimizar la atención a los pacientes críticos COVID y NO-COVID, funcionando como un área única de cuidados críticos

MATERIA Y METODOS

El 23 de Marzo 2020 se nombra un coordinador autonómico, responsable de la gestión de pacientes críticos COVID y No COVID. Se instauró un protocolo de traslados inter-UCI, por alta ocupación. Se diseñó protocolo de indicación que incluía pacientes intubados, en SDRA (< 7 días evolución), estable, con bajo riesgo de complicaciones durante el traslado e informe con parámetros ventilatorios. Se recomendaba evitar traslados nocturnos. El hospital de destino se elegía en función de ocupación, distancia de traslado y disponibilidad de prestaciones (ECMO). El coordinador autorizaba el traslado y seleccionaba el hospital de destino. Se recogieron datos de procedencia, traslado y complicaciones en Excel

RESULTADOS

Se trasladaron 167 pacientes desde el 24 Marzo 2020 hasta el 9 de Mayo 2021. Desde Marzo hasta el 6 de Mayo 2020, 38 pacientes(22.75%), y desde el 12/12/2020 hasta 9/05/2021, 129 (77.25%). El número de traslados fue paralelo a la IA14 días en la CCAA. 57 pacientes (34.13%) fueron trasladados desde hospitales nivel 1 pero sólo 17 a su hospital de referencia. La mayor parte de los traslados se realizaron desde hospitales nivel 2 (104) y sólo 6 desde hospitales nivel 3. Los hospitales receptores fueron hospitales nivel 3 en el 83% de los traslados, y nivel 2 el 6.06%. El 10.9% fueron trasladados a hospitales de otras CCAA y el 88.88% por patología NO COVID Todos los pacientes trasladados en la primera ola fueron COVID19. En el segundo periodo problemas NO COVID condicionaron el traslado de 19 pacientes (14.7%). Sólo un paciente presentó una extubación accidental durante el traslado con parada cardiaca y RCP hasta la llegada al hospital donde falleció. El resto de los pacientes llegó en condiciones estables.

CONCLUSIONES

Las camas de críticos son una limitación en la atención a los pacientes COVID. Establecer un área única funcional de críticos ha permitido que hospitales sobre todo de 2º nivel, hayan ampliado funcionalmente sus camas UCI gracias a los traslados interhospitalarios. Los hospitales de nivel 3 son los principales receptores de pacientes, dada su mayor dotación de camas, pero en ocasiones también han precisado traslados. La coordinación con otras CCAA contribuyó en un 10% a la atención de pacientes críticos, sobre todo NO COVID. Cuando los traslados entre UCIS se realizan con un protocolo coordinado es un procedimiento muy seguro. Es fundamental el papel del coordinador regional UCI

ID: 478

USO DE LA TECNOLOGÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO: NO SOLO CURAR, TAMBIÉN ACOMPAÑAR

AUTORES: Cristina Ruiz Serrano; T Carrizosa Molina; N Casillas Díaz; M Rodríguez-Osorio Campos; ; .
CENTRO DE TRABAJO: Fundación Jiménez Díaz

JUSTIFICACION

El ingreso de un recién nacido es un motivo de preocupación para los padres, más aún cuando deben separarse de él y regresar a casa. Las nuevas tecnologías han incrementado la calidad asistencial y ha introducido nuevas formas de interacción ,en el caso de la Neonatología, entre el médico y el núcleo familiar. Se han buscado nuevas formas de comunicación, ya que las restricciones por la pandemia han repercutido en las prácticas y en los cuidados centrados en la familia, objetivo primordial de la neonatología.

OBJETIVOS

Se planteó la necesidad de buscar una solución para aquellos casos en los que, bien por el alta materna, bien por separación por motivos diversos, no era posible que los padres y el recién nacido permanecieran juntos las 24 horas del día.

MATERIA Y METODOS

La Fundación Jiménez Díaz dispone del "Portal del Paciente", una aplicación para gestionar citas y documentación sanitaria y recibir información de los familiares. Dada su versatilidad, se planteó la posibilidad de que los padres que tuvieran que estar separados de su hijo tuvieran acceso a verle las 24 horas del día.

Se instalaron cámaras en las cunas de la Unidad Neonatal, que mostraban la imagen en tiempo real, sin sonido, para preservar la intimidad del resto de pacientes, acompañantes y profesionales. La imagen era visible desde el propio Portal del Paciente y si al neonato se le estaba realizando algún cuidado o prueba diagnóstica, los padres recibían información inmediata de la suspensión temporal del servicio. De esta forma la familia puede visualizar a los recién nacidos continuamente, disminuyendo la ansiedad por la separación y ofreciéndoles la posibilidad de seguir en contacto a pesar de no estar físicamente en el mismo espacio.

RESULTADOS

El servicio se implantó en mayo de 2019, para todos los pacientes ingresados en la Unidad Neonatal. Desde entonces, se han realizado casi 3400 conexiones a las cámaras instaladas, aumentando su uso hasta un 16% desde su implantación en el año 2019 hasta el momento actual. El proyecto ha tenido una gran acogida entre los padres, con muy buenos resultados en las encuestas de satisfacción realizadas tras el alta de la Unidad, y entre el personal, que percibe una mejor relación con la familia y un aumento de la calidad asistencial.

CONCLUSIONES

La importancia de los cuidados centrados en el desarrollo y en la familia, pone en el centro de la atención no sólo al paciente, sino a su núcleo familiar, siendo un pilar fundamental la política de puertas abiertas, facilitando la estancia de los padres y la participación en los cuidados de su hijo. Algunos de los progenitores no pueden beneficiarse de esta política, lo que supone la aparición de inseguridad y ansiedad.

Adaptar las nuevas tecnologías, no sólo al diagnóstico y tratamiento, sino también al acompañamiento y experiencia de las familias y a la relación médico-paciente, ha supuesto una mejora de la calidad asistencial y de la calidad percibida, disminuyendo la incertidumbre de los padres e implicándoles en el proceso asistencial.

ID: 479

20 AÑOS DEL PROGRAMA DE ASESORAMIENTO Y ESTUDIOS GENÉTICOS PARA PACIENTES DE LA ONCE CON ENFERMEDADES RARAS OCULARES.

AUTORES: RUTH FERNÁNDEZ SÁNCHEZ; F BLANCO KELLY; S. SWAFIRI SWAFIRI; I MARTÍN MÉRIDA; A ÁVILA FERNÁNDEZ; C AYUSO GARCÍA.
CENTRO DE TRABAJO: H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

JUSTIFICACION

Las enfermedades oculares hereditarias son un conjunto de enfermedades raras, genéticamente heterogéneas e incapacitantes de la función visual, que suelen progresar a lo largo de los años con una reducción parcial o global de la visión.

OBJETIVOS

Facilitar el diagnóstico y asesoramiento genéticos al mayor nº de personas con discapacidad visual de causa genética, independientemente de su lugar de residencia, mediante la participación activa de los pacientes.

MATERIA Y METODOS

En 2001 se firmó un convenio entre la ONCE y el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD) para brindar diagnóstico y asesoramiento genético a personas con enfermedades oculares hereditarias. Desde entonces todas las personas afiliadas a la ONCE disponen de este servicio. Las personas interesadas cumplimentan un cuestionario oftalmogenético, diseñado ad hoc y validado, que recoge antecedentes clínicos personales y familiares, y que se envía al Departamento de Genética Médica del HUFJD. Tras su análisis por los facultativos, se elabora y envía al participante un informe preliminar de diagnóstico genético de sospecha y asesoramiento genético y, cuando es técnicamente posible, se le invita a participar en el procedimiento diagnóstico de prueba genética. En estos casos se le proporciona información para la obtención de las muestras y el correspondiente consentimiento informado. Los protocolos han sido revisados y aprobados por CEI del HUFJD.

Desde junio de 2020 se implementó, en paralelo al correo electrónico y/o el teléfono, un circuito adaptado a pacientes de baja visión usando herramientas digitales, a través del Portal del paciente, para facilitar la cumplimentación y envío del cuestionario y la utilización de software de lectores de pantalla por parte del paciente. Éste sistema ha sido acreditado con la doble AA.

RESULTADOS

Desde 2001 han participado un total de 1878 pacientes (52% mujeres) a una edad promedio de 41,7 años (el 14% niños y jóvenes menores de 20 años).

Las CCAA de procedencia más frecuentes fueron Madrid (26%) y Andalucía (18%).

Desde junio de 2020 el 95,6% de los pacientes ha optado por el circuito on line.

Los motivos de consulta fueron distrofias retinianas y malformaciones oculares.

CONCLUSIONES

Este programa fue pionero en la puesta en marcha de un sistema de atención sanitaria complejo en modo no presencial, usándose un cuestionario validado para recoger la HC que inicialmente se remitía por correo (postal o electrónico) y que desde el año 2020 se cumplimenta a través del portal del paciente quedando integrado en la HC del paciente.

Actualmente este sistema, acreditado doble AA, es accesible para paciente de baja visión y ayuda a los pacientes con enfermedades oculares hereditarias brindándoles un fácil acceso al asesoramiento y pruebas genéticas.

Durante 2017, se implementaron más avances, incluidas las pruebas con la secuenciación masiva para niños. Desde 2020 el 95,6% de los pacientes se ha beneficiado del acceso telemático.

ID: 481

IMPACTO EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS ESPAÑOLES TRAS LA PANDEMIA DEL COVID19

AUTORES: Patricia Fernán Perez[1]; L Sanchez del Río[2]; MP Matellan Hernández[3]; E Pastor Benito[4]; M Molina Oliva[5]; R Martín Sánchez[6].
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112[14]; SACYL[2356]

JUSTIFICACION

La atención sanitaria a la urgencia y la emergencia está sujeto a factores estresores como la asistencia en medio hóstil, con pacientes en estado crítico..., que se han visto incrementados por los condicionantes de la pandemia del COVID19 (número masivo de pacientes, escasez de recursos disponibles...)

Sólo un estudio de prevalencia de ansiedad y estrés en los profesionales sanitarios cualitativo (Ardebili DME et al.) se ha contemplado específicamente al personal de emergencias extrahospitalarias durante esta pandemia, y de ahí la necesidad de estudiar la situación en dichos profesionales sanitarios.

OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de profesionales de los distintos servicios de emergencias (SEM) afectados por ansiedad, depresión y estrés como consecuencia del impacto psicológico sufrido por la situación del COVID-19.

Conocer el grado de ansiedad, estrés y depresión que están presentando los profesionales, así como su percepción de autoeficacia.

MATERIA Y METODOS

Estudio de prevalencia de depresión, ansiedad, estrés y autoeficacia, en las 19 CCAA del 1 de febrero al 1 de mayo de 2021.

Muestra formada por médicos, enfermeros y técnicos de transporte sanitario (TES), trabajadores del los Servicios de Emergencias Médicas españoles, por muestreo en bola de nieve utilizando la plataforma e-encuesta y una red de investigación.Tamaño muestral de 1825 sujetos (con precisión del 1% y pérdidas del 15 %).

Variables: depresión, ansiedad, estrés y autoeficacia, y variables sociodemográficas.

Instrumentos de medida: escala DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scale, Lovibond y Lovibond, a partir de la adaptación de Bados, Solanas y Andrés) y la EAG (Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarcer, tomando la adaptación para población española de Sanjuan, Peláez y Bermúdez)

Aprobado por el CEIm Área de Salud Valladolid Este el 14 de enero (PI- 20-2052 COVID).

Análisis estadístico por Excel.

RESULTADOS

Se obtuvieron 1833 encuestas, consideradas 1710, participando las 19 comunidades autónomas con porcentajes de respuesta desde el 1% al 14,8%.

La media de edad fue de 43 años (con un rango entre 19 y 67 años). El 49,3% eran varones, el 50,5% mujeres y el 0,2% se declaró otro género. El 66,7% de la muestra presentaba depresión de los que el 11,3% del total presentaba depresión leve, el 24,9% moderada, el 12,5% grave y el 18% extremadamente grave. El 61,6% presenta ansiedad, de los que el 7% era leve, el 15,3% moderada, el 10% grave y el 29,3% extremadamente grave. El 67,6% presentó estrés, de quienes el 11,8% presentó leve, el 14,4% moderado, el 22,4% grave y el 15% extremadamente grave. Respecto autoeficacia, la media fue de 70,8.

CONCLUSIONES

Este estudio ha permitido hacer un diagnóstico inicial del estado psicológico de los profesionales de emergencias extrahospitalarios de España durante la COVID19, y que sirven como base para poner planificar acciones para abordar los riesgos emocionales asociadas a la asistencia sanitaria. y poner de relieve el cuidado de la esfera emocional.

ID: 482

PROYECTO INTREPID: CONJUNTO DE HERRAMIENTAS INTELIGENTES PARA EL RECONOCIMIENTO Y LA EVALUACIÓN EN INCIDENTES PELIGROSOS

AUTORES: Ana María Cintora Sanz; P Blanco Hermo; S Gomez de la Oliva; FJ Martínez Prieto; MA Semprún Guillén; .
CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urgencias Médicas de Madrid SUMMA 112

JUSTIFICACION

El desempeño de los servicios de emergencias en desastres implica riesgos, especialmente en las primeras horas después del incidente, enfrentándo a los servicios de emergencias a retos profesionales e institucionales.

Hay que tener en cuenta que desastres naturales como la tormenta Filomena, riesgos en industrias químicas y amenazas terroristas ponen en juego la resiliencia de nuestro sistema.

Por todo ello, se deben desarrollar nuevas tecnologías que ayuden a minimizar los riesgos con eficiencia, de forma multidisciplinar, garantizando la seguridad de los implicados en emergencias y operaciones de rescate.

OBJETIVOS

Un grupo de organizaciones financiadas por la Comisión Europea, están llevando a cabo el proyecto INTREPID, con el objetivo de desarrollar nuevas herramientas para minimizar el impacto de un desastre en las personas y en el medio ambiente donde se produzca.

Los objetivos de nuestro estudio son:

- Desarrollar y validar herramientas que faciliten la exploración y evaluación de espacios habitables potencialmente peligrosos, mejorando la respuesta eficiente de los profesionales de emergencias.

MATERIA Y METODOS

El proyecto INTREPID se basa en lel trabajo colaborativo de 9 organizaciones de investigación, tecnología y comunicaciones y 7 servicios de emergencia europeos (bomberos, fuerzas de seguridad, y emergencias sanitarias).

Los servicios de emergencias testean la tecnología desarrollada en ejercicios prácticos, simulando situaciones de la vida real. INTREPID usa una plataforma modular, escalable y actualizable para equipos multidisciplinares en intercoordinación con robots, drones y sensores inteligentes.

INTREPID es un proyecto de investigación H2020 financiado por la Comisión Europea.

El análisis de las herramientas se lleva a cabo en tres escenarios, diseñados por los diferentes intervinientes. Estos escenarios se encuentran en:

- ESTOCOLMO (SUECIA): inundaciones del metro
- MARSELLA (FRANCIA): Deflagración en un polígono industrial
- MADRID (ESPAÑA): Explosión en un hospital

RESULTADOS

La mejora del tiempo y la precisión de los escenarios de atención resultan clave en la atención de calidad de las víctimas, y la seguridad de los intervinientes. La plataforma de comunicación inteligente, los drones y robots mejoran la eficacia y la seguridad de los servicios emergencias

CONCLUSIONES

Las herramientas tecnológicas integradas en los procedimientos de asistencia en incidentes de múltiples víctimas incrementan la seguridad, la coordinación y las comunicaciones entre los equipos intervinientes en el desastre, favoreciendo el desempeño de las organizaciones implicadas y la calidad de la asistencia sanitaria a las víctimas a la vez que se consiguen disminuir los riesgos.

ID: 483

CIRCUITO DE SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN

AUTORES: RAQUEL CRESPO CALVO; S FALIP SAGUÉS; M RAVENTÓS URGELL; C JURADO GARCÍA; D BUJÁN LEIVA; L OLEAGA ZUFIRIA.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

JUSTIFICACION

La actividad intervencionista en el centro de diagnostico por la imagen (CDI) fué interrumpida debido a la pandemia. En mayo del 2020, en la fase de desescalada, se fué recuperando la actividad siguiendo los protocolos establecidos por la institución y estableciendo criterios de seguridad adaptados al departamento para la realización de los procedimientos intervencionistas de pacientes ambulatorios.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo fué identificar los pacientes que presentan una PCR positiva para SARS-CoV-2, antes de la realización de un procedimiento intervencionista en el departamento de diagnóstico por la imagen, mediante el cribaje de síntomas, solicitud, programación de la PCR entre las 48-72h previas al procedimiento y revisión resultado 24h antes de la cita.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo desde mayo del 2020 a mayo 2021 en el ámbito del centro de diagnostico por la imagen, de todos los pacientes que debían realizarse un procedimiento intervencionista o procedimientos no intervencionista con sedación de manera ambulatoria. Las variables estudiadas son el resultado de la PCR del exudado naso faríngeo, la prevalencia de casos positivos de SARS-CoV-2 en dicha población y número de casos asintomáticos. Para ello desde la consulta de enfermería asumió la nueva tarea de realizar un cribado de los procedimientos. El procedimiento consiste en 1) contactar con el paciente, se le pregunta por la presencia de sígnos o síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días, se programa la PCR y se revisa el resultado antes del procedimiento, quedando todo registrado en el historial clínico electrónico 2) nuevo contacto con el paciente, médico especialista en radiodiagnóstico, médico solicitante y el centro de atención primaria de referencia del paciente dando a conocer el resultado en caso de que éste sea positivo para SARS-CoV-2

RESULTADOS

Del total de paciente cribados, 2644 entre el 16 de mayo del 2020 al 14 de mayo de 2021, se han detectado 15 resultados positivos para SARS-CoV-2 siendo una prevalencia del 0,006. El 100% de los casos fueron asintomáticos. De los casos positivos; 4 casos fueron procedimientos de PAAF de tiroides, 3 casos PAAF de pulmón guiada por Tomografía Computarizada (TC), 3 casos colocación de port-a –cath, 2 casos de biopsia de mama 1 caso de biópsia hepática guiada por ecografía , 1 caso de vertebroplastia y 1 caso de arteriografía. En el 100% de los casos positivos se reprogramó el procedimiento una vez pasado el aislamiento domiciliario y con serología positiva para Ac IgG y IgM

CONCLUSIONES

Podemos considerar el departamento de imagen para el diagnóstico como un entorno seguro para los pacientes que acuden a realizarse procedimientos intervencionistas de forma ambularoria al poder detectar los casos asintomáticos, de manera anticipada, evitando riesgos para los profesionales y el entorno de los propios pacientes

LA COLABORACION ENTRES HOSPITALES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: FORTALEZA INDISPENSABLE PARA EL ABORDAJE DE BROTES

AUTORES: Cristina Paniagua Alcaraz[1]; LM Gago Argüello[2]; MC García Del Valle[3]; FM Suárez García[4]; T Cedeño Benavides[5]; R De Dios Del Valle[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Agustín[156]; Fundación Hospital de Avilés[234]

JUSTIFICACION

Se presenta la colaboración que tuvo lugar entre Hospitales (H-H) para el abordaje de 2 brotes (2ª y 3ª ola) de Covid-19 en los profesionales de un hospital de media estancia que disponía de un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) ajeno

OBJETIVOS

1)Monitorizar los brotes y analizar las cadenas de transmisión; 2)Identificar los recursos fundamentales y las herramientas clave utilizadas para el abordaje de los brotes; 2)Analizar la colaboración (H-H) a corto plazo

MATERIA Y METODOS

Se recogieron, retrospectivamente, datos de los casos por fecha de inicio síntomas y PCR+.

Se calculó la transmisión potencial de los casos (TPC) en días desde el inicio de la transmisibilidad hasta el aislamiento/cuarentena domiciliaria de los profesionales en el 1º brote.

Se revisaron los actores fundamentales que intervinieron en el proceso de control y las herramientas clave utilizadas

RESULTADOS

En el 1º brote se detectaron 48 profesionales (además 44 pacientes) en la 2ª ola durante 5 semanas, con un pico de 29 casos a lo largo de 4 días, transcurridos 10 días del 1º caso detectado. De los 48 profesionales, 20 tuvieron síntomas compatibles (13 antes de la explosión del brote), con una media del TPC de 4,5 días (mediana/moda 3, rango 3-13).

En el 2º brote se detectaron 7 profesionales (además 15 pacientes) en la 3ª ola durante 3 semanas, de ellos 6 se detectaron en la 1ª semana de detección del brote.

Se priorizó el control y minimización del riesgo de los profesionales y su seguimiento mediante la figura de un adjunto del Servicio de Medicina Preventiva como apoyo y colaboración H-H, además de realizar una propuesta de nexo entre la mutua y el hospital en beneficio de los profesionales. La puesta en marcha del equipo técnico de apoyo a la Mutua (ETAM) se produjo al inicio de la explosión del 1º brote, realizando dicha labor hasta su finalización. Los recursos personales fundamentales se constituyeron por 2 profesionales sanitarias que recibieron formación básica en el manejo de un Excel, así como en las encuestas epidemiológicas necesarias para recabar información fundamental de la situación epidemiológica y clínica de los profesionales con el fin de trasladarla rápidamente a la Mutua, para su actuación pertinente. Como herramienta clave se crearon hojas de cálculo en un Excel con variables que recogían los datos imprescindibles para el seguimiento de los casos y los contactos estrechos.

En el 2º brote volvió a activarse el ETAM que trabajó en la misma dirección

CONCLUSIONES

Los datos sugieren que la media del TPC de los profesionales con síntomas compatibles con Covid-19 y la falta de un SPRL propio dificultó el control del 1º brote.

El desarrollo del ETAM supuso un aprendizaje en la colaboración de la gestión de la incapacidad temporal de los profesionales, con un impacto positivo a corto plazo.

La colaboración H-H se recibió como una fortaleza que mejoró la calidad del Centro frente a la infección, aportando prácticas seguras para el paciente y una mejor comunicación con los profesionales.

ID: 485

CONSULTA TELEFÓNICA EN PEDIATRÍA EN TIEMPOS DE COVID-19, ¿QUÉ OPINAN LOS PADRES?

AUTORES: Martina Marrero Afonso[1]; MN Martínez Hernández[2]; AI Ramírez Gomara[3]; MI Lostal Gracia[4]; T Moliner Morón[5]; JJ Jaulín Pueyo[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Miguel Servet[156]; Centro de Salud Actur Oeste[2]; Centro de Salud Actur Oeste[34]

JUSTIFICACION

La pandemia COVID-19 ha inducido una transformación de la atención sanitaria. Con el objetivo de mantener la distancia de seguridad, en muchos centros de Atención Primaria (AP) se ofrece asistencia telefónica a todo aquel que solicite atención no urgente, siendo posible acceder a consultas presenciales cuando el facultativo lo considera necesario. Esta dificultad de acceso a la asistencia presencial ha generado un ambiente de incertidumbre en la población, en especial en las familias con niños.

OBJETIVOS

Valorar el grado de satisfacción de las familias con las consultas telefónicas en pediatría y determinar qué características del sistema actual podrían adoptarse en el futuro, cuando la situación epidemiológica se normalice.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo de datos obtenidos a través de una encuesta telefónica a familias de pacientes pediátricos, que habían realizado consulta telefónica en las 48 horas anteriores, en un centro de AP en junio de 2021. La encuesta constaba de 5 preguntas que valoraban el grado de satisfacción general y la utilidad de las consultas telefónicas en pediatría. Para el análisis descriptivo se ha utilizado el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se contactó telefónicamente con 90 familias, 18 de ellas rechazan realizar la encuesta o no son localizadas. De las 72 encuestas disponibles, un 77.8% fueron respondidas por las madres de los niños. La edad media de los pacientes fue de 6.54 años. El motivo de consulta en el 52.8% de los casos era sintomatología compatible con infección COVID-19 y en un 23.6% con labores administrativas. La obtención de la cita fue a través de internet o aplicación móvil en el 77.8% de los casos, realizándose más del 80% de ellas en las 24 horas siguientes. En cuanto al grado de satisfacción (medido de 1 a 5), un 81.9% se mostraba satisfecho con la atención telefónica de su pediatra. Los motivos más frecuentes de insatisfacción eran la dificultad para acceder o el retraso en la atención y la no valoración presencial. Tras la consulta telefónica, casi la mitad de los pacientes fueron valorados presencialmente y un 20% recibió seguimiento telefónico. Al preguntar por la continuidad del sistema actual, el 63.9% manifestaba que solo desearía utilizar las consultas telefónicas para cuestiones que no requirieran la valoración física del paciente y solo un 13.9% estaba de acuerdo con mantener el sistema actual.

CONCLUSIONES

Los datos indican que la mayoría de padres están satisfechos con la atención médica telefónica que reciben sus hijos, sin embargo, este medio dificulta algunas de las características fundamentales de la AP como la cercanía y la accesibilidad. Un formato que permita la atención telemática o presencial según los requerimientos del usuario parece ideal a la hora de plantear un nuevo sistema.

ID: 486

NET PROMOTER SCORE Y LA ESCALA DE SERVPERF : INDICADORES DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

AUTORES: GEMMA SANTOS BOSCH; F BLASCO ARIÑO; MD MARTÍNEZ CLARET; X SANZ SALVADOR; M GÓMEZ PÉREZ; .
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE BARCELONA[1]

JUSTIFICACION

La Medicina basada en el Valor se fundamenta en el punto de vista de los pacientes en términos de satisfacción y resultados de salud percibidos. Las medidas de evaluación de experiencia del paciente (PREM) son herramientas que se utilizan para medir la percepción después de vivir una proceso asistencial. Así permite a los proveedores, realizar cambios, mejoras o desarrollar nuevas estrategias basadas en las necesidades reales de los usuarios.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer la opinión de los pacientes sobre su experiencia en su paso por el servicio de Urgencias de dos hospitales diferentes, utilizando dos herramientas también distintas: Net Promoter Score (NPS) adaptado y la Escala ServPerf. El estudio de ambos sistemas de medición de los que existe poca experiencia en la literatura médica, puede ser de utilidad en la búsqueda de formas de traducir esas sensaciones vividas, así como para la detección de debilidades y fortalezas de las áreas de Urgencias. Valorar el trato humano a través de la comunicación entre el paciente y el equipo asistencial y diseñar estrategias de mejora en la atención de los pacientes a partir de su expresión directa, son elementos clave para desarrollar sistemas de salud acordes con las expectativas de nuestros pacientes.

MATERIA Y METODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo prospectivo basado en analizar la experiencia y satisfacción de los pacientes utilizando encuestas de metodología distinta: el Net Promoter Score (NPS) adaptado específicamente y la Escala ServPerf, analizados en urgencias del Hospital de Barcelona y Hospital del Mar.

RESULTADOS

En la encuesta telefónica del Hospital de Barcelona, se utilizó una adaptación del NPS, analizando seis momentos de contacto del Patient Journey en Urgencias. Que el entrevistador fuera personal asistencial, promovió un incremento de la participación. En la encuesta escrita del Hospital del Mar, pacientes de mayor edad, renunciaron a responder por imposibilidad visual, disminuyendo la tasa de respuesta. En cuanto a los resultados, ambos grupos mostraron un alto nivel de satisfacción y agradecimiento. La implementación de estas herramientas incrementa la motivación del personal. El resultado más valorado fué el trato, la amabilidad y empatía.

CONCLUSIONES

La implementación de estas herramientas no tiene un único objetivo. Claramente, la comunicación directa y personalizada con los pacientes, llevada a cabo por un miembro del propio equipo médico, proporcionó una visión real y objetiva de las expectativas y resultados obtenidos en términos de momentos clave para cada encuestado. El análisis posterior facilitó el reconocimiento y priorización de áreas y/o procesos que requerían una transformación, así como la consolidación de las fortalezas que posee cada organismo. En la transformación de cualquier organización, debemos conocer y compartir la experiencia del paciente para poder monitorizar de forma continua y con indicadores específicos, una cultura sanitaria basada en valores reales.

ID: 487

Y CUANDO NO TENEMOS DERMATÓLOGOS ¿CÓMO MANTENER LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES? PAPEL DEL TRABAJO EN EQUIPO

AUTORES: Juan Manuel Barja López; I Gonzalez Gurdiel; MA Pelayo Terán; E Alonso Núñez; MM Nuevo Blanco; p Fernandez Ampudia.
CENTRO DE TRABAJO: Gerencia Asistencia Sanitaria Bierzo

JUSTIFICACION

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de nuestro centro, está integrada por un Hospital y 11 EAP, que prestan asistencia sanitaria a 127.919 personas. La plantilla de dermatología es de 4 especialistas, pero es un área de difícil cobertura y se redujo a 2 dermatólogos desde 2019 y sólo 1 en 2021. Las consecuencias asistenciales en Febrero 2020, fueron 3194 pacientes sin cita (buzón), con una demora de más de 1 año, nuevas derivaciones de AP, interconsultas hospitalarias, revisiones previstas y quirófanos por atender. Su atención se hacía inviable con la gestión tradicional del servicio.

OBJETIVOS

Diseñar e Implantar una nueva estrategia de gestión de la consulta externa de dermatología que elimine el buzón, reduzca la lista y la demora y simultáneamente permita mantener el resto de actividad (revisiones, intervenciones quirúrgicas y nuevas consultas)

Mejorar la coordinación con Atención Primaria y su resolutividad, para una gestión más eficiente de las primeras consultas.

MATERIA Y METODOS

Se creó un grupo multidisciplinar para abordar el problema que incluyó al equipo directivo de GASBI, responsable de calidad y dermatología.

En febrero 2020 se diseñó una estrategia para abordar la lista espera con la plantilla de dos y un solo dermatólogo desde Enero 2021. Se contactó con los pacientes en buzón, para ofrecer visita no presencial(VNP) o presencial(VP). Todas las derivaciones nuevas desde AP incluyeron foto. Las nuevas derivaciones fueron cribadas por dermatología a VP o VNP. Simultáneamente, los médico de familia realizaron punch de 2 mm para diagnóstico Anatomopatológico, y técnicas de tratamiento(crioterapia y cirugía menor).

El dermatólogo en VNP informó telefónicamente a los pacientes, indicó tratamiento o, reconvirtió VNP en VP. La foto de la lesión de los pacientes en Buzón la realizó una TCAE entrenada que se desplazó a los centros de salud. Los médicos de familia realizaron foto de las nuevas derivaciones.

RESULTADOS

Desde Marzo 2020 hasta Mayo 2021 el buzón pasó de 3194 a 2 pacientes. La demora media en Mayo 2021 es 3 días. Se derivaron 6327 nuevos pacientes desde AP y 4737(74.86%) fueron vistos en VNP, 1767 tras el cribado por parte del dermatólogo de las derivaciones de AP y 2970 del buzón previo. En Febrero 2020 el 85% fueron VP y sólo el 13.6% en Mayo 2021. Las VNP en ese periodo crecieron del 14.3% hasta 86.39%. La demanda mensual media de consultas en 2020 fue 237.5 frente a 114.8 en 2021.

CONCLUSIONES

La telemedicina, la coordinación asistencial y un equipo multidisciplinar implicado, han sido la clave de la mejora de la atención sanitaria en dermatología en un área sanitaria con déficit de profesionales. La valoración no presencial de las derivaciones de A.P con teledermatología resuelve hasta un 86% de los pacientes cuando está completamente implantada. La dotación adecuada de Atención Primaria permite aumentar su capacidad de resolución y disminuir la demanda de consulta hospitalaria.

ID: 488

'VACUNACIÓN CIRCULAR' EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL., O COMO APROVECHAR EXCEDENTES DE VACUNAS COVID

AUTORES: JOSE LUIS CARRETERO ARES; M Mateos Mazón; A López Díaz; MJ Cuervo Lage; Z Regidor Martínez; M Martínez Suárez.
CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Medicina Preventiva HUCA

JUSTIFICACION

Desde el inicio en Enero de la vacunación en Asturias, se ha establecido que la campaña debía ser orientada a toda la población según las recomendaciones de los organismos internacionales, nacionales a través del Ministerio de Sanidad, y autonómicos. Se practica el principio de coste efectividad, buscando la manera de gestionar al máximo los puntos establecidos de vacunación, y no desaprovechar ninguna de las dosis de vacunas que por grupo de edad, profesión o grupo de patologías correspondían a los distintos estamentos. La preparación de las vacunas mRNA (Pfizer-BionTech, Moderna, y posteriormente Astra y Janssen) implicaba el compromiso de una planificación previa en cuanto a los viales que había que abrir en relación a la población que se podía vacunar realmente. Por ello, desde el HUCA y a través de la Coordinación de Enfermería, en colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública se crea una alianza para cribar y seleccionar aquellos pacientes hospitalizados o ambulatorios que pueden ser candidatos a aprovechar los excedentes de los puntos de vacunación.

OBJETIVOS

Seleccionar pacientes que por sus características (edad, Índice de Barthel-dependencia < 30, o patologías de muy alto riesgo recogidas en las recomendaciones de vacunación del Ministerio de Sanidad) pueden ser candidatos a la aplicación de excedentes de vacunación en los puntos habilitados en el Hospital para tal fin.

Gestionar, formar y asesorar al personal de enfermería en la vacunación poblacional contra el COVID.

MATERIA Y METODOS

Realización de análisis exhaustivo diario por 4 médicos y 2 enfermeras del Servicio de Medicina Preventiva sobre las historias clínicas seleccionadas de pacientes hospitalizados, por medio del operativo Milenium. Posteriormente comprobar que se encuentren estables hemodinámicamente, que no estén pendientes o recuperándose de una intervención (límite 72 horas), que no estén tomando antibióticos o corticoides a altas dosis, y que no tengan febrícula (T^a>37,5ºC). Se contacta con el médico responsable de cada paciente, y si éste da su autorización, se procede a incluir en el listado que se elabora en Excel, y se envía a Coordinación de Enfermería para su administración desde las 15:00h. En el caso de que se agotará el listado de pacientes, se buscan pacientes ambulatorios que pudieran localizarse en un radio de 20 minutos del hospital tras ser llamados telefónicamente, o trabajadores sanitarios no vacunados.

RESULTADOS

Preliminares, estudio abierto en el momento actual. 502 pacientes han sido vacunados durante su ingreso en el hospital, aprovechando los excedentes generados al abrir viales de vacunación multidosis. No se ha desperdiciado ninguna dosis hasta el momento.

CONCLUSIONES

Desde una perspectiva de salud pública (política) la estrategia de utilizar los excedentes mediante captación oportunista de hospitalizados según grupos de riesgo es congruente con la perspectiva con la que se afronta esta pandemia, y además es la adecuada y más efectiva.

ID: 489

VARIABILIDAD EN EL MANEJO (COLOCACIÓN Y RETIRADA) DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN CUIDADOS CRÍTICOS

AUTORES: ANTONIA VÁZQUEZ GONZÁLEZ[1]; MJ CATALÁN PIRIS[2]
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío[1]; Universidad de Sevilla[2]

JUSTIFICACION

En el contexto de una asignatura de cuarto curso del Grado de Enfermería, con 131 alumnos/as pertenecientes a las tres Unidades Docentes de la Facultad de Enfermería ,Fisioterapia y Podología de la Universidad , se realiza un taller sobre el manejo de los equipos de protección individual (EPI) atentiendo a la recomendaciones por COVID-19 del Ministerio de Sanidad, de la OMS y de la Consejería de Salud. En ese momento, los alumnos están realizado las practicas en las distintas unidades de cuidados críticos y urgencias de los hospitales de la ciudad y manifiestan que existen importantes diferencias en la colocación y retirada de los EPI en las distintas unidades.

OBJETIVOS

Conocer si existe variabilidad en la colocación y retirada de EPI en los áreas de cuidados críticos de los distintos hospitales de la ciudad.

MATERIA Y METODOS

El grupo de 131 alumnos se dividió en distintos subgrupos previamente definidos.

Cada subgrupo realiza su práctica/formación en un área de cuidados críticos.

Se solicita a cada subgrupo :

1. Revisión de protocolos de la unidad en colocación y retirada del EPI
2. Realización de un video desmostrativo.
3. Realización de un algoritmos
4. Entrega a los responsables de la asignatura, se realiza un filtrado y unas tablas con las indicaciones de cada subgrupo.

RESULTADOS

CUADRO PROTOCOLO DE PROTECCIÓN COVID-19 UCI HOSPITAL 1

CUADRO PROTOCOLO DE PROTECCIÓN COVID-19 UCI HOSPITAL 2

CUADRO PROTOCOLO DE PROTECCIÓN COVID-19 UCI HOSPITAL 3

CUADRO COMPARATIVO PROTOCOLO PROTECCIÓN COVID-19: UCI HOSPITAL 1,2,3.

CONCLUSIONES

Se ha obtenido una “Fotografía” en la implantación de los protocolos de colocación y retirada de los EPI/ manejo de los EPI y tras su análisis se ha podido constatar una gran variabilidad tanto en el material utilizado como en el protocolo de colocación y retirada de los EPIs en las diferentes Unidades de Cuidados intensivos de los tres Hospitales, por lo cual creemos conveniente crear una mesa de trabajo/comisión para unificarlos con el objeto de crear un protocolo común en función de las lecciones aprendidas de cada unidad.

Como valor añadido, esta “Fotografía” plantea una serie de desafíos para la docencia en Seguridad del Paciente, siendo imprescindible replantear la formación de los estudiantes para desarrollar un modelo de buenas prácticas, con el fin de lograr profesionales competentes en el desempeño de sus funciones.

ID: 490

¿HAN SIDO LOS NIÑOS VACUNADOS DURANTE LA PANDEMIA?

AUTORES: TAMARA MOLINER MORON[1]; M MARRERO AFONSO[2]; M LOPEZ CAMPOS[3]; C PUIG GARCIA[4]; C VIÑAS VIAMONTE[5]; E LLAMAS AGUNDEZ[6].

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE[13456]; CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE[2]

JUSTIFICACION

la pandemia por la COVID19 afectó al 100% de niños y adolescentes. Desde marzo a mayo de 2020, la asistencia pediátrica en atención primaria estuvo volcada en la atención de enfermos de COVID19, retrasándose en algún momento otras actividades propias de la atención primaria. Una vez superada la fase de restricciones, se reanudó la actividad ordinaria de los centros de salud, retomándose las vacunaciones. Lamentablemente leemos titulares de prensa que insisten en la ausencia de atención presencial en los centros de primaria, que dan una falsa imagen de desatención a los niños en los meses de confinamiento.

OBJETIVOS

demostrar que la imagen de los centros de salud suspendiendo revisiones y vacunaciones en los niños no se ajusta a la realidad, ya que en nuestro de salud en ningún momento se paralizó el trabajo de los profesionales sanitarios hacia su cupo de pacientes pediátricos, realizándose tantas consultas presenciales como fueron necesarias. Muchos pacientes no acudieron a las citas ni solicitaron cita para las revisiones de salud, recuperándose todas lo antes posible.

MATERIA Y METODOS

estudio retrospectivo observacional en menores de 15 años, atendidos en nuestro centro, comparando el 2019 con 2020. Se han estudiado las edades donde se lleva a cabo la vacunación según calendario oficial. Se contabilizaron los niños vistos en revisión divididos en 5 grupos de edad, y se contaron los casos en tres periodos separados en el tiempo, diciembre 2019, junio 2020, y diciembre 2020.

RESULTADOS

en el periodo de pandemia, encontramos que se realizaron aproximadamente el mismo nº de revisiones que durante el 2019. En 2019, se vacunó al 95% de los niños revisados con la vacuna hexavalente de los 2 meses, en la de los 4 meses al 96%, y a los 11 meses al 76%. En junio 2020 hubo una tasa de vacunación del 44%, 46% y 46% respectivamente, encontrándose una reducción considerable en este periodo en la vacunación en el primer año de vida. A final del 2020, se observa una tasa de vacunación del 85%, 93% y 97%, recuperándose el retraso que se había producido. La del meningococo C de los 4 meses se administró en 2019 al 95% de los niños, y al 88% a los 12 meses. En junio 2020 fue del 46% y a final de 2020 volvió a ascender al 92%. La triple vírica de los 12 meses en 2019 se puso al 83% de los niños, en junio 2020 se redujo al 51% y a final de 2020 el 96%. En cuanto a la DTP de los 6 años, se puso en 2019 en el 85% de los niños revisados, en junio de 2020 en el 33% y a final de 2020 volver casi al 80%.

CONCLUSIONES

durante el brote epidémico SARS-COV2 puede observarse como la tasa de vacunación se reduce notablemente en el recuento de junio 2020, justo tras el confinamiento, que se recuperan en el recuento a final del 2020. Al inicio de la pandemia se retrasaron algunas vacunas, pero después se ha realizado un trabajo a contrarreloj en primaria para poder recuperar este parón y vacunar a todos los niños a final del año 2020.

ID: 493

INCIDENTES DE SEGURIDAD EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DURANTE LAS INTERVENCIONES EN BROTES DE COVID-19

AUTORES: Julian Alcaraz Martinez; T Martínez Arán; M Gandia Herrero; M Montoya Martínez; C Moreno Barba; L Luzón Oliver.
CENTRO DE TRABAJO: Área VI Servicio Murciano de Salud

JUSTIFICACION

Desde el inicio de la pandemia se han producido 29.625 fallecimientos en centros sociosanitarios en pacientes afectados de COVID-19. La asistencia a estos pacientes ha sobrepasado los recursos asistenciales de los centros, en muchos casos, y ha habido que aplicar diferentes estrategias para abordar la asistencia, con la mejor voluntad, pero no siempre con todos los medios ni conocimientos necesarios. En nuestra Región, la tasa de letalidad en ellos ha sido inferior a la media de España, pero queríamos conocer si había habido aspectos relacionados con la seguridad del paciente que pudieran tenerse en cuenta para futuras intervenciones.

OBJETIVOS

Conocer el tipo y frecuencia de eventos adversos que se han dado en centros sociosanitarios asociados a la pandemia.

MATERIA Y METODOS

Se trata de un estudio retrospectivo donde se ha utilizado un cuestionario, basado en estudios de seguridad del paciente en centros socio sanitarios, fundamentalmente el EARCAS. Consta de 38 preguntas con respuesta de escala likert con respecto a la frecuencia con la que han aparecido INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS durante la intervención en centros sociosanitarios o residencias, relacionados con la COVID-19 y una sobre incidentes en los que los entrevistados han participado directa o indirectamente.

El cuestionario se ha enviado a profesionales que han participado en intervenciones en brotes de COVID-19 en residencias y centros sociosanitarios. Ninguno era profesional de estos centros sino de las áreas sanitarias (A Primaria y hospitales) y algunos de ellos contratados específicamente para esta actividad. Se aseguraba el anonimato de la respuesta, lo que no permitía el recordatorio a no respondedores.

RESULTADOS

Han respondido 12 de los 20 profesionales invitados (60%), con una distribución al 50% entre personal médico y de enfermería y siendo 10 de ellas mujeres. Los problemas relacionados con la aparición de eventos adversos más frecuentemente identificados por los encuestados han sido los relacionados con la valoración general del paciente, concretamente la falta de plan de cuidados, datos desactualizados en la historia clínica y revisión de la medicación. En segundo lugar se han identificado los problemas relacionados con la medicación, referidos a fármacos innecesarios, omisión de dosis y hora de administración incorrecta.

En cuanto a si habían participado en algún incidente directa o indirectamente, solo hubo 2 respuestas negativas, y el resto contestó afirmativamente en varios tipos de incidentes, siendo la media de 3,8 tipos de incidente por profesional. Los más observados han sido los relacionados con los cuidados, seguidos de los problemas de identificación.

CONCLUSIONES

Se han detectado numerosos problemas relacionados con la aparición de incidentes, sobre todo los relacionados con la valoración general del paciente y la medicación. Los problemas de identificación y los cuidados prestados se han identificado como causas de eventos en los que han participado los encuestados.

ID: 494

LA COORDINACION ENTRE SERVICIOS: UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LOS PUENTES COMUNICATIVOS HACIA EL CONTROL DE LA INFECCION

AUTORES: Cristina Paniagua Alcaraz; L García Alonso; A Monteserín Rodríguez; B Iglesias Rodríguez; VM Rodríguez Blanco; R De Dios Del Valle.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Agustín

JUSTIFICACION

La responsabilidad del control de la infección ha adquirido una gran visibilidad en la epidemia por Covid-19 poniendo de manifiesto la importancia de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) en las Áreas Sanitarias. Se presentan las diferentes estrategias utilizadas en un SMPySP para el manejo del control de la infección (MACI) del pacientes ingresado con infección/colonización por Microorganismos Multirresistentes (MMR) y/o enfermedades transmisibles

OBJETIVOS

1) Valorar si la adherencia a los procedimientos puede mejorar la seguridad del paciente; 2) Identificar si existe margen de mejora en el cumplimiento de los procedimientos; 3) Encontrar vías de comunicación que mejoren la transmisión de la información entre los Servicios implicados en el MACI

MATERIA Y METODOS

Revisión de los procedimientos establecidos y asistencia a reuniones de trabajo con el Servicio de Microbiología.

Registro de las incidencias surgidas en el cumplimiento de nuevos procedimientos utilizando un excel, ampliando su registro a un sistema ISO para la recogida y gestión de incidencias.

Se realizaron procedimientos intra-Servicio que identificaban la actividad de las enfermeras responsables del control de la infección (ERCI).

Utilizando la proximidad se aprovecharon las reuniones de Servicio para definir las herramientas de trabajo más adecuadas.

RESULTADOS

Se incorporó un adjunto al SMPySP que trabajó estrechamente con las ERCI.

Se elaboró un procedimiento de Coordinación entre los Servicios de MPySP y Microbiología para la gestión de las medidas preventivas y de aislamiento de pacientes con MMR. Tras 2 meses de la implantación del nuevo protocolo, se informaron un total de 327 muestras (60 provenían de Atención Primaria), el 98,77% de las notificaciones recibidas por Microbiología fueron según lo establecido; en el 98,16% de las notificaciones se informó de la resistencia del MMR adecuadamente, en el 1,83% (6) restante se avisó telefónicamente para corregir el error.

Se normalizó la actualización sistemática de las alertas (MMR+,muestra y fecha de última detección) mediante un registro visible por parte de las ERCI en la HC electrónica. Se adoptó una actitud comunicadora e integradora hacia todos los Servicios (Urgencias, Admisión, Microbiología, MPySP y Servicios Clínicos) implicados en el MACI del paciente ingresado, con información relevante también a la Dirección del hospital, realizando a diario un informe provisional y otro final sobre la situación del hospital respecto a las medidas de precaución en pacientes con aislamiento infeccioso, social/médico y aquellos sin indicación de aislamiento

CONCLUSIONES

La coordinación entre Servicios sugiere una actitud positiva hacia la implicación y la mejora en el cumplimiento de los protocolos establecidos, y eleva la garantía que ofrece el Hospital a favor de la Seguridad del Paciente.

Parece que se alcanza un mayor consenso de todos los Servicios al aumentar la transparencia en los circuitos de información y en la aplicación alineada de los procedimientos

ID: 495

SEXUALIDAD: EDUCACIÓN, FAMILIAS Y SALUD

AUTORES: IRENE GUTIERREZ-CAMARGO; C GONZALEZ-LANSEROS; M MONGE-MARTIN.
CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD MUSKIZ

JUSTIFICACION

Los adolescentes se educan en sexualidad desde los medios audiovisuales, siendo la pornografía sin filtros una gran parte de esa educación, generando ideas falsas e incluso patológicas perpetuando actitudes negativas como el machismo, homofobia, etc. La OMS define la ADOLESCENCIA como el periodo situado entre los 10 y 19 años donde se producen los grandes cambios, el adolescente tiene que buscar su identidad, aceptar y convivir con sus cambios corporales e integrar la sexualidad en toda esta emergencia.

OBJETIVOS

- Dotar a los adolescentes del conocimiento en materia de salud sexual que les ayude a aprender aspectos relacionados con su cuerpo, su género, su identidad y sus derechos, para él y los demás.
- Empoderar a la familia como principal agente en la educación sexual de los niños/as y adolescentes, así como facilitarles estrategias de comunicación y acompañamiento.

MATERIA Y METODOS

La metodología será dinámica y participativa, se usan medios audiovisuales.

Se realiza un primer taller con las familias, para continuar con talleres presenciales en los Centros Escolares con las aulas 6º de primaria. Los temas serán tratados desde la perspectiva de género lo que implica poder reducir los grados de vulnerabilidad por sometimiento a patrones culturales.

Se impulsarán los libros como apoyo.

POBLACIÓN DIANA: Adolescentes entre 11-12 años (que cursen 6º de Primaria) y sus familias. La captación se realizará a través de del equipo de profesionales sanitarios del Área de Salud.

EVALUACIÓN

- Cuestionario inicial de evaluación
- Cuestionario de satisfacción
- Valoración final

RESULTADOS

- El 82.6% quería aprender, comprender la sexualidad y aclarar dudas.
- El 28.8% no sabía explicar qué es la sexualidad.
- El 63.4% no habla sobre sexualidad con sus progenitores
- El 34.6% desearía poder hablar sobre el tema con sus progenitores
- El 5.7% comparte confidencias, dudas, experiencias con sus hermanos/as.
- El 32.6% que preguntó sobre algún tema sobre sexualidad en el hogar no obtuvieron respuesta, bien porque no supieron qué contestarles o porque directamente cambiaron de tema.
- El 26.9% no habla con nadie sobre sexualidad.
- El 63.4% creen que es el centro educativo quien les imparte educación sexual, en cambio el 69.2% considera que debería ser la familia los encargados de dicha tarea.
- El 92.3 % del alumnado opina que deberían recibir información sobre sexualidad desde edades más tempranas.

Como dato relevante, no acudió nadie al taller convocado a las familias (falta de interés, delegan en el centro educativo, creen que lo están haciendo bien y no necesitan más, no les llegó la convocatoria, época de pandemia…)

CONCLUSIONES

Dotar a las familias de recursos para educar en el respeto, la diversidad y en la inclusión, cambia estereotipos arraigados. El abordaje de la sexualidad sigue siendo un tema tabú en los hogares. Si sus referentes no les dan respuestas y evitan hablar del tema buscarán esa información en otras fuentes no fiables.

Las emociones y afectos frente a genitalizar.

ID: 496

INNOVACIONES TECNOLÓGICAS: ANTICIPANDO PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO Y MEJORANDO LA SEGURIDAD DE PACIENTES Y PROFESIONALES

AUTORES: MAR MARTINEZ SUAREZ; JL Carretero Ares; M Mateos Mazón; J Fernández Domínguez; A Álvarez Díaz; AJ López Díaz,.
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

JUSTIFICACION

Los microorganismos (MO) con vías de transmisión por contacto, gotas o aérea, ocasionan graves problemas de seguridad del paciente y profesionales. Ocasionan aumentos en morbimortalidad, estancias y costes. La adopción temprana de precauciones específicas de aislamiento (PEA) por contacto, gotas o aéreo resulta clave para evitar la propagación de infecciones nosocomiales.

En las mañanas laborables, las alertas telefónicas entre Microbiología y Medicina Preventiva (MPSP) activan la adopción de PEA, que se retrasarían hasta 48h en fines de semana.

Presentamos un nuevo tipo de alertas activadas al abrir la historia clínica (HC) digital del paciente, cuando se detectan MO preseleccionados, para facilitar la adopción inmediata de precauciones específicas.

OBJETIVOS

Facilitar la indicación inmediata de precauciones específicas de aislamiento, en cualquier momento y día, para evitar la propagación de infecciones nosocomiales (IN).

MATERIA Y METODOS

En 2019, MPSP, Microbiología, PROA, Urgencias, e Informática, acordaron la activación automática de alertas visuales que ayuden a los profesionales a indicar PEA si los sistemas automáticos o manuales de microbiología detectan MO preseleccionados. Se establecieron criterios y condiciones para que las alertas sean visuales, accesibles a todos los profesionales, con un pequeño texto explicativo, y si se trata de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), con enlace directo a su formulario. Permitirá a los profesionales asistenciales adoptar precauciones inmediatas de aislamiento, al entrar en la historia clínica (HC) de cualquier paciente hospitalizado, y en los pacientes que desde urgencias, reingresan en los 45 días posteriores a su última fecha de detección de BMR. Las alertas se desactivan cuando ya no se detectan los microorganismos preseleccionados (retirada indicación aislamiento), y en pacientes de alta cuando han transcurrido más de 45 días desde su detección. Informática adaptó la demanda al contexto de las aplicaciones específicas de nuestro hospital (GestLab y Millenium).

RESULTADOS

Desde Abril 2019 se activaron diferentes tipos de alertas visuales: contacto, gotas, aéreo, con un pequeño párrafo que incluye MO, texto explicativo y enlace a formulario EDO cuando procede. Las alertas automáticas funcionan 24*7, aparecen en la pantalla de la HC al detectarse MO, e incluyen imágenes recordatorio para profesionales que entran en la HC: higiene manos, preparado base alcohólica, bata, guantes o mascarilla quirúrgica o FFP2, puerta de habitación cerrada, y reducción o eliminación de visitas, según proceda. Permitieron adoptar precauciones de aislamento inmediatas y facilitaron cumplimentar EDOs.

CONCLUSIONES

Las innovaciones tecnológicas facilitan la adopción inmediata por los profesionales de precauciones específicas en cualquier horario y durante todos los días del año, evitando la propagación de infecciones nosocomiales, y mejorando la seguridad de pacientes y profesionales.

ID: 497

PLAN INTEGRAL DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON COVID-19

AUTORES: Valle Quintela Porro; S Díaz ferreiros; I Rodríguez Tauroni; J Álvarez Otero; S Barreiro Magallanes; A Chillón Iglesias.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Ribera Povisa

JUSTIFICACION

Tras el impacto de la crisis sanitaria, en la que se incrementa la aparición de eventos adversos, la complejidad de la asistencia y morbilidad de los pacientes con diagnóstico de COVID, se presenta un escenario de riesgos que comprometen la continuidad asistencial y el entorno seguro en la atención de los pacientes. Por esto, resulta relevante integrar el ámbito de hospitalización para COVID-19 en el sistema de mejora continua, enfocando la identificación de las oportunidades de mejora a través de diversas fuentes, para abordar los aspectos críticos de seguridad y elaborar un plan integral que consolide la práctica profesional y minimice el impacto en la actividad asistencial.

OBJETIVOS

- Integrar el sistema proactivo de mejora continua en la gestión de la crisis sanitaria actual.
- Desarrollar planes de tratamiento enfocados a minimizar la aparición de eventos adversos.
- Consolidar la práctica asistencial de los profesionales ante la complejidad clínica.

MATERIA Y METODOS

Se conforma un equipo multidisciplinar con profesionales de los ámbitos de Hospitalización y Urgencias, que evalúa oportunidades de mejora a partir de evidencias publicadas, know-how de los profesionales, análisis de incidentes y experiencia de pacientes a través de análisis de quejas y sugerencias.

Se identifican los riesgos a través del modelo AMFE, y se establecen planes de tratamiento que, tras su implantación, se someten a la evaluación interna. El seguimiento de las acciones diseñadas se realiza a través de una herramienta que permite visualizar la trazabilidad de las mismas y su evaluación.

Para mantener la adherencia de los profesionales se difunden los riesgos identificados y acciones planificadas, así como los resultados.

RESULTADOS

Actualmente se contempla un mapa de 10 riesgos que tienen que ver con aspectos de deterioro clínico, el aislamiento del paciente y familia, el incremento de errores en el uso del medicamento, lesiones por caídas o medidas de contención a pacientes o déficits de recursos adecuados a la situación de crisis, entre otros.

A lo largo del año 2020 y 2021 se implantaron 28 acciones que comprenden procedimientos protocolizados de atención clínica, plan de atención específico informatizado desde la atención en Urgencias hasta el alta hospitalaria, 7 programas de educación y sistema de comunicación para paciente y familia, plan de transferencia segura, plan de reducción de incidentes en paciente aislado y seguimiento ambulatorio tras el alta o formación a profesionales.

Tras el desarrollo de las acciones se ha reducido el índice de riesgo y la incidencia de eventos notificados de manera notable.

CONCLUSIONES

El sistema integrado en el Hospital Ribera Povisa de gestión de riesgos, a lo largo de los últimos años, y la cultura de seguridad consolidada entre los profesionales ha permitido recuperar la capacidad de la Organización en la identificación de oportunidades de mejora ante una situación de mayor complejidad a través de la reducción de incidentes y la mejora continua tras la crisis sanitaria.

ID: 498

AUDITORIA DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: MARIA ISABEL GUTIERREZ GINER; AL SANCHEZ ALVAREZ; MM PEÑATE RODRÍGUEZ; C MORA LOURIDO; ; .
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

JUSTIFICACION

El consentimiento informado es un proceso de comunicación e información en el contexto de la relación clínica. Finalmente, el paciente acepta o rechaza un procedimiento diagnóstico o terapéutico, debiendo quedar reflejado y firmado en un documento de consentimiento informado incluido en la historia clínica (Ley 41/2002) para los procedimientos diagnósticos invasivos e intervenciones quirúrgicas.

OBJETIVOS

La Dirección de nuestro Complejo Hospitalario establece como prioridad en la Estrategia de Seguridad del Paciente, realizar anualmente una auditoría de los formularios de consentimiento informado, valorando su existencia, contenido y nivel de cumplimentación.

MATERIA Y METODOS

Se revisaron 406 informes de alta hospitalaria del año 2019: 203 de procedimientos quirúrgicos programados y 203 de procedimientos anestésicos.

Se analizó: la existencia del correspondiente documento de consentimiento informado, si contenía los ítems mínimos recogidos en la Ley 41/2002 y su grado de cumplimentación (nombres, firmas, fechas).

Los resultados de la Auditoría se exponen al equipo directivo y a los Servicios afectados.

RESULTADOS

Se encontraba en las historias clínicas auditadas el documento de consentimiento informado en un 93,6% de los procedimientos quirúrgicos y en el 97,5% de los anestésicos.

Respecto al grado de cumplimentación del formulario para el acto quirúrgico, en un 96,8% se muestran los datos identificativos del paciente; aquellos que identifican al médico: nombre, colegiado y firma se contemplan en un 92,1%, 80,0% y 92,1%, respectivamente.

Los ítems exigidos de información del procedimiento y fecha de firma del mismo se cumplen respectivamente en un 98,4% y 89,55%.

Respecto al grado de cumplimentación del formulario para el acto anestésico, el 100% de los documentos contiene los datos identificativos del paciente; sin embargo, los que identifican al médico: nombre, colegiado y firma se recogen respectivamente en un 82,8%, 73,7% y 98,5%.

Los ítems exigidos de información del procedimiento y fecha de firma del mismo se cumplen respectivamente en un 100% y 98,0%.

CONCLUSIONES

La realización de una auditoría anual de los documentos de consentimiento informado ha supuesto en nuestro Complejo una mejora tanto en la presencia del documento como en la cumplimentación de todos y cada uno de los ítems del mismo.

La comunicación de los resultados, la realización de sesiones formativas y el seguimiento han demostrado que, si bien los resultados son mejorables, su evolución pone en valor la importancia de realizar la auditoria.

ID: 499

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DEL CIUDADANO AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES: Mª SOCORRO DEL AMO BENITO[1]; M GENS BARBERA[2]; M RODRIGUEZ BENITO[3]; Y FERNÁNDEZ PAGÈS[4]; G GONZÁLEZ PÉREZ[5];
CENTRO DE TRABAJO: CAP TARRACO[1345]; GERENCIA TERRITORIAL TARRAGONA[2]

JUSTIFICACION

La accesibilidad del usuario al centro de salud es el caballo de batalla de la atención primaria desde hace años, agravado por la pandemia covid19. Deseamos mejorar la atención al usuario, sin perder de vista la seguridad del paciente así como la mejora asistencial. Para mejorar la accesibilidad disponemos de unos estándares definidos por nuestra organización, ICS.

- Accesibilidad a 48h: > 50% de citas en 48 h
- Accesibilidad a 5 días :>69 % citas en 5 días
- Accesibilidad a 10 días: > 83 %citas en 10 días.

Nuestro centro es un EAP urbano integrado por 11 médicos, 11 enfermeras, 3 TCAI y 10 administrativos, da asistencia a 14044 usuarios, la población asignada atendida es de 11,023(78%), población atendida ponderada 12.152.

OBJETIVOS

- Mejorar la accesibilidad de los usuarios por encima de los objetivos del ICS.

MATERIA Y METODOS

Para mejorar la accesibilidad se decide potenciar el rol de enfermería en la gestión de la demanda aguda, incorporación rol TCAI en la realización de técnicas, evitar duplicidades en las agendas de los profesionales, definir el modelo de atención del paciente crónico, protocolos y longitudinalidad. Se crea una comisión de agendas integrada por un profesional de cada estamento, administrativo, enfermera, médico, con la finalidad de gestionar las incidencias recibidas y trabajar en equipo. Participación en el proyecto centros en transición. Se realizan acciones formativas en el equipo para garantizar las competencias de los profesionales, así como reuniones periódicas para potenciar el trabajo en equipo.

RESULTADOS

La accesibilidad en abril 2021(Khalix) a 48 h presencial (P)42.5 % , telefónica (T)18.7%, accesibilidad < 5 días P 64.9%, T29,2%, accesibilidad < 10 días P 91.9%, T 35,1%. Con la implantación de medidas de mejora realizaremos seguimiento de nuestra accesibilidad.

CONCLUSIONES

Atención Primaria ha de cambiar, ha de evolucionar a las nuevas necesidades, modificar los indicadores, mejorar /actualizar el ECAP.

Gestionar nuestras consultas, evitar duplicidades, reforzar el papel de la enfermera en la gestión de la demanda aguda y del paciente crónico.

Necesario retomar las sesiones clínicas en el equipo, compartir, comunicarnos, es básico para una buena organización una apreciada comunicación entre todos los profesionales con una optimización en nuestro trabajo daremos espacio a acciones que aportan valor.

ID: 500

MEJORANDO LA GESTIÓN AMBIENTAL EN UNA UNIDAD CLÍNICA DE MICROBIOLOGÍA A TRAVÉS DE UN PROYECTO DE MEJORA

AUTORES: Rocío Tejero García; C Elías López; E Marfil Pérez; M Muñoz de la Rosa; M Bellido Barquero; L Martínez Martínez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Reina Sofía

JUSTIFICACION

En consonancia con el compromiso medioambiental por parte del Sistema Sanitario, la Unidad de Microbiología, es una de las Unidades Hospitalarias que generan una gran cantidad y variedad de residuos por el propio carácter específico de la Unidad. Se generan residuos biológicos por los diferentes tipos de muestras que se reciben para analizar y en menor proporción sustancias químicos, líquidos acuosos, mezclas de sustancias biológicas con químicas y residuos asimilables a urbanos.

OBJETIVOS

Proponer un Plan de Mejora para perfeccionar la capacitación y adherencia al cumplimiento de la Normativa de la Gestión Ambiental (GA) de los profesionales de la Unidad de Microbiología, su seguridad laboral y la correcta segregación de los residuos dado el impacto que supone sobre el medio ambiente.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo donde se identifica el grado de conocimiento de los profesionales en GA mediante un cuestionario. Para analizar las causas que provocan una incorrecta GA se constituye un grupo de trabajo; Con la información obtenida por técnicas cualitativas se elabora un diagrama de Pareto y la técnica del grupo nominal para proponer acciones de mejora. Se realiza el análisis estadístico en el programa SPSS versión 19.0.

RESULTADOS

Al cuestionario respondieron 55 profesionales, con una edad media de 49±11 años (con un rango entre 25 y 64 años). Predomina el género femenino, 46(84%), el contrato eventual, 23(42%), y como categoría profesional la de técnico de laboratorio, 33(60%). Variables respecto a la temática de gestión ambiental: hábitos propios fuera del ámbito laboral, 55(100%), importancia por tener un referente en GA en la Unidad, 54(98%), por el compromiso con el medioambiente, 54(98%), por conocer los datos de GA de la Unidad, 53(96%), por saber del procedimiento de GA del sistema sanitario, 47(86%), por tener un procedimiento propio en la Unidad, 51(93%), y por las dificultades encontradas para la segregación de los, 41(75%). Con las respuestas dadas por el grupo de trabajo se elabora un diagrama de Pareto con los posibles problemas más frecuentes de una incorrecta GA: La falta de compromiso del personal, 11(18%), el exceso de residuos de papel, 8(13%) y de plástico, 6(10%), la variedad de contenedores y similitud de color 7(12%) respectivamente. Se introducen 13 dimensiones como posibles acciones de mejora para la técnica del grupo nominal y se puntúan con los criterios de Importancia y Factibilidad y se forma una matriz de estrategias de mejora.

CONCLUSIONES

Se presenta un Plan de mejora para la Unidad con las acciones más frecuentes a realizar y la definición de indicadores de seguimiento: procedimiento de GA propio, asignación de referente, información de los residuos generados, cambio el tamaño de los contenedores para evitar confusión, compromiso de disponibilidad de contenedores, incorporación de un contenedor para el reciclaje de plástico y emisión de informes electrónicos para evitar el uso de papel.

ID: 501

QUÉ VARIABLES SON IMPRESCINDIBLES EN UNA HISTORIA DIGITAL DE SALUD? BREVE CONSENSO DE EXPERTOS.

AUTORES: Nicolás Rosillo Ramírez[1]; A Brandini Romersi[2]; J Isla Gómez[3]; C Escobar Manero[4]; MR Azcutia Gómez[5]; C Varela Rodríguez[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre[1256]; Federación Europea de Síndrome de Dravel[3]; Plataforma de Organizaciones de Pacientes[4]

JUSTIFICACION

Una de las grandes áreas de mejora detectadas en el Sistema Nacional de Salud es la necesidad de portabilidad, compartición, e interoperabilidad de datos entre sistemas y servicios de salud, entre distintos niveles de atención, entre los servicios asistenciales y la salud pública y entre los profesionales y los pacientes y ciudadanos. Y, sin embargo, en la era del big data, es esencial hacer un esfuerzo conceptual para identificar conjuntos mínimos básicos de información que aporten valor y no ruido al destinatario final de esta información y que permitan el desarrollo de sistemas digitales de información sostenibles que integren datos clínicos, sociosanitarios, administrativos y aportados por el paciente que apoyen la decisión clínica e incorporen el ciclo de mejora continua. El presente trabajo busca identificar un primer consenso de expertos y pacientes para definir estas variables eficientes que aporten la información necesaria con un mínimo de esfuerzo.

OBJETIVOS

Determinar las variables básicas y necesarias para la conformación de una Historia Digital de Salud.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un estudio de consenso de expertos en dos rondas. Se analizaron variables clasificadas en 5 grupos: administrativo, entorno social, estilo de vida, asistencia sanitaria y dependencia. Se evaluó individualmente si la variable aportaba alguna dimensión necesaria (pertinencia) y si era medible de esa manera (adecuación) de cada variable. Se permitieron sugerencias para la segunda ronda.

RESULTADOS

Se obtuvieron 11 respuestas en la primera ronda y 9 en la segunda. En el análisis inicial se incluyeron 73 variables, de las cuales se consideraron pertinentes en su totalidad y se propusieron por los expertos 52 nuevas variables de las que fueron finalmente incluidas 13. Al final de la segunda ronda se incluyeron un total de 95 variables en el conjunto final de variables pertinentes. Se clasificaron las variables en 6 categorías: administrativas (N = 17), entorno social (N = 17), estilo de vida (N = 11), sanitarias (N = 34), medio ambiente (N = 3) y dependencia (N = 8). Tras excluir aquellas que, pese a resultar pertinentes, eran redundantes o podían ser calculadas se propuso un conjunto de 75 variables.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de consenso, se determinó la necesidad de establecer un conjunto de variables que cumpla los siguientes criterios: aportar la información necesaria para el seguimiento del proceso clínico de los pacientes, siempre desde un abordaje eficiente e integrado en los sistemas sanitarios, y evitando las duplicidades en la recogida y tratamiento de información, y por último, centrar el uso de la información en evolución digital del SNS, para la mejora y acceso a la información de pacientes.

ID: 502

INTEGRACIÓN DE ELEMENTOS BÁSICOS DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (ISO 13940:2015) Y VARIABLES IMPRESCINDIBLES (RD 1093/2010)

AUTORES: A Brandini Romersi[1]; N Rosillo Ramirez[2]; I Said Criado[3]; P Rodríguez Ledo[4]; MR Azcutia Gómez[5]; C Varela Rodríguez[6].
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario 12 de Octubre[1256]; Hospital Álvaro Cunqueiro[3]; Subdireccion de Humanización, Calidade e Atención cidadana[4]

JUSTIFICACION

La crisis sanitaria debida a la COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de garantizar una adecuada continuidad asistencial, dotada con sistemas de información que soporten los datos necesarios para la gestión adecuada de los riesgos para los pacientes y población general. Existen herramientas desarrolladas de estructuración de la información y el conocimiento para modelizar procesos y conceptos que den sustento al adecuado seguimiento y atención sanitaria de los pacientes a lo largo de su vida.

OBJETIVOS

Identificar los momentos clave y la información básica mínima necesaria para realizar un cuidado y seguimiento adecuado. Adaptar la nomenclatura a un estándar, la norma ISO 13940:2015 y validar por consenso la utilidad de los ítems fundamentales en el Real Decreto (RD). Dar apoyo al desarrollo de futuros sistemas digitales de información que integren los datos clínicos, informados por los pacientes, de experiencia y administrativos que apoyen la decisión clínica y permitan la mejora continua de la asistencia.

MATERIA Y METODOS

Grupos de discusión multidisciplinar para analizar los perfiles básicos de pacientes atendidos por el Sistema Nacional de Sanidad español (SNS). Se dividieron los expertos en tres grupos de discusión: variables de la consulta externa hospitalaria (n = 5), variables de la asistencia en Atención Primaria (n = 5), y grupo general de consenso (n = 24). Los criterios de aceptación de ítems que se decidieron fueron: se consideran consensuados los ítems con más de un 95% de acuerdo, eliminando aquellos que fueron considerados no pertinentes.

RESULTADOS

Las variables recogidas en el RD 1093/2010 se clasificaron en tres grandes grupos de variables de acuerdo al momento y forma de registro: administrativas (registro automático al entrar en el sistema sanitario o cuando se cambia la situación del paciente), antecedentes personales y familiares (registro en sucesivos contactos por el profesional o por el paciente e inclusión automática), del episodio asistencial (profesional sanitario). Se identificaron los dos episodios asistenciales tipo definidos en la ISO 13940:2015, el episodio de asistencia y el de proceso clínico a lo largo de la línea de vida de un paciente. Dentro de cada uno de estos aspectos, se identificaron las variables básicas recogidas en el RD 1093/2010: entre ocho y diez variables consideradas esenciales en cada episodio de atención para la portabilidad y el seguimiento adecuado de los pacientes, longitudinal (lifespan) incluyendo la perspectiva transversal (episodio de asistencia).

CONCLUSIONES

La conciliación conceptual de la perspectiva secuencial longitudinal de la línea de la vida de las personas y la atención sanitaria puntual y transversal es un esfuerzo que permite modelar el futuro de la atención sanitaria y la continuidad asistencial para garantizar la información mínima necesaria que evalúe la condición de salud de una persona en un momento determinado, incorporando la perspectiva longitudinal (lifespan) y la transversal (episodio de asistencia).

ID: 503

CUADRO DE MANDOS COVID-19: FRENTE A LA INCERTIDUMBRE, TRANSPARENCIA

AUTORES: Esther Lafuente Robledo[1]; E Sommer Alvarez[2]; R Fonseca Alvarez[3]; E Zapatero Huerta[4]; JC García Alvarez[5]; A Cocaña Fernández[6].

CENTRO DE TRABAJO: D.G. de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias[123]; D.G. de Seguridad y Estrategia Digital. Viceconsejería de Justicia. Gobierno del Principado de Asturias[456]

JUSTIFICACION

La pandemia por COVID19 puso contra las cuerdas a la sociedad en todos sus ámbitos especialmente el de la salud y los servicios sanitarios. Las primeras semanas se caracterizaron por la incertidumbre frente al abordaje de una enfermedad desconocida y de alcance imprevisible, con el riesgo cierto de desconfianza frente a las medidas que se fueran tomando para hacer frente a la infección y de infoxicación por la proliferación de bulos. Era urgente disponer de información fiable y de calidad que diera respuesta en tiempo y forma a la demanda de la sociedad.

El Gobierno del Principado de Asturias puso en funcionamiento un Cuadro de Mando que permite, casi en tiempo real, aportar información adecuada, fiable y oportuna sobre la evolución de la infección por SARS COV 2, incluyendo geolocalización de casos para poder afinar las políticas de Salud Pública atendiendo a la evolución epidemiológica por concejos.

OBJETIVOS

Aportar información de calidad, pertinente, rápida y confiable sobre la evolución de la pandemia por COVID19 en el Principado de Asturias.

Dotar de una herramienta sólida y efectiva para la toma de decisiones al Servicio de Salud y a la Dirección General de Salud Pública basada en indicadores contrastados y adecuados.

Elaborar un Cuadro de Mando de seguimiento y evolución de los principales indicadores relacionados con COVID que permita la toma de decisiones de las autoridades competentes y aporte información a la ciudadanía, contribuyendo a disminuir la incertidumbre.

MATERIA Y METODOS

Se definieron los indicadores más relevantes para el seguimiento de la pandemia en cada una de sus fases.

Se extrajo la información necesaria para la elaboración de dichos indicadores de diferentes fuentes: Excel, CVS, formularios en SELENE, OMI, ECAP y Millenium, Sistemas LIS, TS, Sistemas HIS, REGVACU, INE etc.

Se implementó una arquitectura lógica sobre Power BI de Oracle ofreciendo distintas alternativas de visualización al usuario final.

RESULTADOS

En el CM hay actualmente unos 150 indicadores sobre la evolución de la pandemia, distribuidos en 5 pestañas y 17 pantallas, con dos modos de visualización: público y privado.

Estos indicadores incluyen información sobre casos confirmados, fallecidos, tasa de positividad, total de pruebas realizadas, etc. Los ámbitos de información incluyen vacunación, casos confirmados, pruebas realizadas, capacidad asistencial y análisis comparativo por Comunidades Autónomas

Las visualizaciones se renderizan dinámicamente atendiendo a los datos que se seleccionan en cada momento de manera interactiva.

CONCLUSIONES

El actual cuadro de mando COVID ofrece información de calidad, valorada por los usuarios y de referencia para gestores; destacando el esfuerzo conjunto de toda la organización para garantizar la solidez del dato en origen y la colaboración entre perfiles técnicos y funcionales de dos Consejerías para alcanzar un objetivo común: ofrecer información cierta, confiable y ágil de evolución de la pandemia contribuyendo a una toma de decisiones más precisa y efectiva.

ID: 504

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS A PARTIR DEL ESCANEO DE SUS ENVASES CON LA APLICACIÓN ATLAS

AUTORES: César Fernández Peris[1]; MA Vicente Ripoll[2]; A Mula Leal[3]; A Vara González[4]; J Gómez Juan[5]; JJ Mira Solves[6].
CENTRO DE TRABAJO: Universidad Miguel Hernández[12]; Fisabio[3456]

JUSTIFICACION

Los pacientes polimedicados, en general personas mayores, cometen a menudo errores potencialmente peligrosos al tomar sus medicamentos. Dos de las principales fuentes de error son la confusión entre medicamentos y las dosis incorrectas. En 2015 desarrollamos la aplicación móvil TuMedicina que permitía obtener fácilmente información sobre los medicamentos escaneando sus códigos de barras. No obstante, presentaba limitaciones, dado que los medicamentos financiados por la Seguridad Social son desprovistos de sus códigos de barras en las farmacias. Para solventar estas limitaciones, nos propusimos desarrollar un nuevo sistema, capaz de reconocer los medicamentos incluso en ausencia del código de barras.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue reconocer el medicamento con la cámara del teléfono, pero sin requerir el código de barras. Las alternativas consideradas fueron: reconocimiento de la imagen del envase, reconocimiento del texto escrito en el envase o reconocimiento de las pastillas fuera del envase.

MATERIA Y METODOS

En el análisis inicial de las opciones planteadas, se descartó el reconocimiento de las pastillas, por sus limitaciones (no sería válido para medicamentos líquidos, tópicos, etc.). También se descartó el reconocimiento de la imagen de la caja por las altas posibilidades de error en medicamentos con envases similares. La decisión final fue optar por el reconocimiento del texto del envase, donde consta el nombre del medicamento y la concentración de este.

Una vez decidida la opción, se desarrolló una aplicación móvil para dispositivos Android, utilizando la herramienta Android Studio y la librería OCR incluida en el Cloud Vision API de Google para el reconocimiento de textos.

El funcionamiento de la aplicación se simplificó al máximo: la app sólo permitía reconocer medicamentos recetados para el paciente y, una vez reconocido un medicamento, le ofrecía la posibilidad de consultar información diversa, en formato audio: para qué sirve, cómo se toma, etc. Esta información debía ser registrada previamente por los cuidadores del paciente.

RESULTADOS

El sistema fue probado por 12 pacientes, que realizaron un total de 137 escaneos. De ellos, 60 (43,8%) fueron correctos (es decir se reconoció el medicamento como uno de los recetados para el paciente). El tiempo medio requerido para un escaneo correcto fue de 8.59 segundos (máx. 49.77, mín. 1.43, desviación estándar 10.14). Después de los escaneos correctos, se realizaron 44 solicitudes de información sobre medicamentos. La información a la que más se accedió fue “para qué sirve” (24 veces, 54,5%), seguida de “cómo debo tomarlo” (6 veces, 13,6%). En el 45,5% de los casos (20 casos), la información requerida había sido registrada previamente por los cuidadores y, por tanto, estaba disponible; en el 54,5% restante de los casos (24 casos), la información no estaba disponible.

CONCLUSIONES

La nueva aplicación Atlas mejora tanto en efectividad como en usabilidad a la aplicación previa TuMedicina, y puede contribuir a reducir errores de medicación.

ID: 505

SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

AUTORES: ANA GARZÓN SÁNCHEZ[1]; RS DÍAZ GARCÍA[2]; D RODRÍGUEZ CAMPELO[3]; LP DEL NIDO VARO[4]; A DÍAZ REDONDO[5]; [6].
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN[1235]; ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD[4]

JUSTIFICACION

Los procedimientos quirúrgicos son una fuente habitual de incidentes de seguridad del paciente. Por ello, usar un instrumento que ayude con la comprobación, como el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), facilita el cumplimiento de las normas básicas de seguridad para poder evitarlos.

Los incidentes suelen deberse a una mala comunicación en el equipo quirúrgico. Pero el uso del LVQ como herramienta de seguridad, que ha demostrado reducir los eventos adversos y la mortalidad en los procesos quirúrgicos, es de gran ayuda para sistematizarla.

A pesar de su utilidad, su implantación es una tarea que requiere buena planificación estratégica, por lo que conviene evaluar su cumplimiento con regularidad.

Este año, la reorganización de la actividad quirúrgica por la pandemia obligó a establecer protocolos de detección del virus pre-intervención. Así, se incluyó el cribado de SARS-CoV2 en las 72 horas previas, valorándose su implantación en este estudio además de la presencia de consentimientos informados (CI) asociados.

OBJETIVOS

Evaluar el uso y la cumplimentación del LVQ, presencia de CI y cribado frente a SARS-CoV-2, para detectar áreas de mejora.

MATERIA Y METODOS

Estudio transversal de corte con muestreo consecutivo, durante 2 meses, de pacientes ingresados en plantas quirúrgicas el día del estudio que hubieran sido intervenidos en los 30 días previos (excluidas plantas COVID).

Las variables más relevantes que se recogieron de las historias, fueron: servicio, cirugía sí/no, urgente o programada, realización de PCR en las 72 h previas, LVQ presente, cumplimentación y firmas de cada apartado (pre-inducción, pre-incisión y pre-salida), y existencia de CI.

RESULTADOS

Se revisaron 199 intervenciones, principalmente de Cirugía General, Traumatología y Oftalmología.

El 76,4% tenían LVQ, con los ítems pre-inducción cumplimentados en el 75,7%, pre-incisión en el 46% y pre-salida en el 42,8%. Enfermería firmó un 96% de ellos, Anestesia un 72,4% y Cirugía un 55,9%.

Tanto el LVQ como las firmas se cumplimentan más en las cirugías urgentes que en las programadas, sin diferencias estadísticamente significativas.

Se realizó PCR SARS-CoV2 al 98% y al 89,7% según protocolo (72h previas).

El CI de cirugía se encuentra en el 82,4% de las historias, sin diferencia de programadas vs urgentes. El de Anestesia aparece en un 61,3%. Ambos están firmados por paciente y médico como indica protocolo en más del 90% de los casos.

CONCLUSIONES

La cumplimentación del LVQ ha disminuido respecto a 2019 (93,2% vs 76,3%). Este cambio, posiblemente secundario a la situación de pandemia, podría deberse además a: relajación de medidas del bundle de cirugía segura por priorizar las de COVID-19, rotación y nuevo personal o ausencia de sesiones recordatorias.

Sin embargo, el cribado se implantó rápidamente y sin incidencias, ya que la mayoría de pacientes tenían PCR en las 72 horas previas.

Por el contrario, los CI tienen aún margen de mejora, por lo que debería incidirse en su obligatoriedad y facilitar su digitalización y accesibilidad.

ID: 506

SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. IMPORTANCIA E IMPLANTACIÓN

AUTORES: Yuri Fabiola Villán Villán; PJ Fernández García; JL Cebrian Carretero; RM Torres Santos-Olmo; M Avenza Jaén; B Martínez de Miguel.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario La Paz

JUSTIFICACION

Como parte de la cultura de seguridad del paciente, se promueve la realización de una evaluación del estado de situación de la seguridad del paciente en un momento dado como punto de partida para determinar nuevas líneas de actuación.

OBJETIVOS

Determinar la percepción de los miembros de la Comisión de Seguridad del Paciente y los Responsables de Seguridad del Paciente sobre la situación y la implantación de la Seguridad del Paciente en el Hospital.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un cuestionario online a través de Google formularios que incluyó las preguntas enviadas por La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para el análisis interno de la Estrategia de Seguridad del paciente con información sobre 8 apartados: Cultura, Liderazgo, Estrategia y organización, Herramientas, Implantación, Prácticas seguras, Pacientes y familiares y Barreras. El cuestionario contenía 190 preguntas para evaluar la importancia y la situación actual en escala de 0-10. Adicionalmente se valoraron las necesidades formativas en estas áreas. El tiempo de respuesta fue de 15-20 minutos y contaron con 7 días para su cumplimentación.

RESULTADOS

Se obtuvieron 61 respuestas (tasa de respuesta 23,4%). Mayor participación de medicina (47,5%) y enfermería (34,4%) en su mayoría en calidad de responsables de Seguridad del Paciente (57,4%), vocales de la comisión (21,3%) y ambas (21,3%). Mujeres (74,6%).

1. Cultura para la seguridad del paciente: importancia: media 10, implantación: media:7
2. Liderazgo para la seguridad del paciente: importancia: media 10, implantación: media:7
3. Estrategia y organización para la seguridad del paciente: importancia: media 9, implantación: media:7
4. Herramientas: importancia: importancia: media 9, implantación: media:7
5. Estrategia de seguridad del paciente: importancia: media 9, implantación: media:7
6. Prácticas seguras específicas: importancia: media 10, implantación: media:7
7. Pacientes y familiares: importancia: media 9, implantación: media:5
8. Barreras: importancia: media 9, implantación: media:7

Preguntas opcional referente a formación en la temática señalada: Todas >95%
Propuestas de Mejora:

- Mejorar la participación de los pacientes en su seguridad
  - Recoger las iniciativas que se realizan actualmente en el hospital
  - Formación para pacientes
- Propuestas para el plan de seguridad

CONCLUSIONES

La percepción de los miembros de la Comisión de Seguridad del Paciente y los Responsables de Seguridad del Paciente del hospital de respecto a la importancia de la seguridad es muy elevada (entre 9 y 10), con una implantación moderada- alta (puntuación media de 7) exceptuando el apartado referente a Pacientes y familiares, en donde la implantación es moderada-baja (media de 5).

Se requiere el despliegue de una línea estratégica que implique al paciente en su seguridad.

ID: 507

DETECCIÓN DE ERRORES, ACCIONES CORRECTORAS Y DE MEJORA EN EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS SÓLIDOS

AUTORES: Mónica Ferrit Martín; AM López López; E Durán Sánchez; V Ruíz Toral; MT Ruiz-Rico Ruiz-Morón; A Moreno Villar.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda

JUSTIFICACION

El acondicionamiento de formas farmacéuticas sólidas, es un procedimiento mediante el cual se reenvasa un medicamento para administrar al paciente la dosis prescrita por el médico, permitiendo una fácil y correcta identificación, sin necesidad de manipulaciones posteriores. Finalmente, el medicamento acondicionado pasa un control de calidad y registro antes de considerarse apto para la dispensación, con el objetivo de evitar que errores los alcancen al paciente.

OBJETIVOS

Analizar los errores detectados en el control de calidad realizado tras el acondicionamiento de formas farmacéuticas sólidas y describir las acciones correctoras y de mejora implantadas.

MATERIA Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo de los registros de control de calidad de todos los medicamentos sólidos acondicionados en el Servicio de Farmacia entre enero/junio de 2021. Para cada medicamento reenvasado se registraron las siguientes variables: unidades reenvasadas, medicamentos reenvasados, apto/no apto para dispensación, error detectado, medida correctora adoptada y si el error alcanza la unidad clínica de hospitalización.

RESULTADOS

Se reenvasaron un total de 31.321 unidades correspondientes a 563 medicamentos. Tras realizar el control de calidad y registro, se detectaron 5,3%(30) de medicamentos acondicionados no aptos para dispensar. Se detectaron 31 errores con la siguiente frecuencia: falta excipiente 29,0%(9), orden ítems alterado 19,4%(6), falta muestra control 16,1%(5), error en caducidad 9,7%(3), identificación errónea 6,5%(2), lote erróneo 6,5%(2), duplicidad 3,2%(1), error en dosis 3,2%(1), error en tipo excipiente 3,2%(1), sobra el excipiente 3,2%(1). Las medidas adoptadas para los medicamentos no aptos fueron: 45,2% (14) se corrigió manualmente para evitar sobrecostes e inversión de tiempo al tratarse de errores fácilmente subsanables; 9,3%(9) no se aplicó ninguna medida al no implicar ningún riesgo para el paciente; 19,3%(6) se corrigieron en la maquina reenvasadora para no arrastrarlos en los siguientes procesos y 6,4%(2) se volvieron a reenvasar al detectarse el error en campos que podían suponer un riesgo para el paciente. En el 6,4% de los errores considerados de riesgo (identificación y dosis errónea) se evitó que llegasen a la planta de hospitalización y por tanto a los pacientes. Las medidas de mejora establecidas para aumentar la seguridad en el proceso han sido impartir sesiones formativas del procedimiento normalizado de trabajo del reenvasado a los profesionales implicados, haciendo hincapié en los errores acontecidos y reforzando el control de calidad aplicado a las formas farmacéuticas sólidas reenvasadas.

CONCLUSIONES

La realización de un control de calidad y registro, así como su análisis y evaluación es necesario para minimizar errores en procesos clave como el acondicionamiento de formas farmacéuticas sólidas que puedan suponer riesgos para al paciente. Es fundamental la difusión de los resultados a todo el personal implicado personal implicado para para evitar su posible repetición.

ID: 508

EVALUACIÓN Y MEJORA DEL CICLO DE REGISTRO DE CITOLOGÍAS EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES: María José Caravaca Berenguer; I González García; T Gil Pérez; A Gonzálvez Albert; I Villanova Barceló
CENTRO DE TRABAJO: CS Mariano Yago

JUSTIFICACION

La citología realizada por la matrona en atención primaria (AP) es un proceso ágil y efectivo para la detección precoz de cáncer de cuello de útero.

En nuestro centro detectamos oportunidades de mejora en varios apartados del proceso de solicitud, transporte, temporalidad entre otros, que afectaban al cumplimiento de los estándares de calidad de un proceso tan importante como es el cribado de cáncer de cérvix, afectando tanto al plazo de recepción de resultados como al registro de los mismos e incluso a la propia seguridad de la paciente.

OBJETIVOS

1. Mejorar el proceso de tramitación de solicitud, transporte y temporalidad de las citologías.
2. Identificar correctamente a los pacientes en los formularios.
3. Realizar citología en mujeres de entre 25-65 años o 21-65 si factores de riesgo.
4. Registrar el resultado de citología en OMI (programa informático para atención primaria).
5. Registrar el tiempo de duración del proceso.
6. Acortar el tiempo entre el envío de la muestra y la recepción de resultados debe ser inferior a 21 días.
7. Unificar formularios preexistentes.

MATERIA Y METODOS

Búsquedas realizadas en bases de datos (Medline, Medes, Cochrane), Programa integral de atención a la mujer (PIAM).

Para el análisis del problema se realizó una tormenta de ideas, un diagrama de Ishikawa y flujograma.

La dimensión estudiada fue la calidad científico-técnica del proceso asistencial en términos de efectividad.

Muestra 72 por corte. Muestreo sistemático con arranque aleatorio.

Criterios de evaluación:

- C1: Datos identificativos de la paciente.
- C2: Edad de la paciente (25-65 ó 21-65).
- C3: Resultado registrado en OMI.
- C4: Tiempo de envío < 21 días.
- C5: Formulario único.

Se analizaron los criterios de evaluación en una primera medición en mayo 2019, tras la cual se realizaron las intervenciones de mejora. En el mes de octubre 2019 se realizó la medición final.

El análisis de datos: programa Excel.

RESULTADOS

La mejora individual por criterios:

- C 1: y C. 5: la mejora ha sido de un 40% en cada uno de ellos.
- C 2: : mejora de un 33.33%.
- C 3: mejora del 92.98%.
- C 4: mejora de un 36.07%.

En la segunda medición tras periodo vacacional, hemos encontrado los siguientes problemas que afectan a los resultados como son: rotación de profesionales, doblajes de consulta, vacaciones sin sustitución, retrasos en servicio de envío y recepción, y retraso en análisis de la citología, etc. Se han visto afectados todos los criterios.

Con los datos obtenidos tras la reevaluación (incumplimientos en 1ª evaluación y reevaluación) se observa una mejora global del 51.7%.

CONCLUSIONES

La matrona es el profesional mejor capacitado para percibir los espacios de mejora en su práctica asistencial diaria.

Detectar los espacios de mejora en nuestra práctica asistencial es una forma de mejorar nuestra profesión.

Unificar el circuito fue clave para reducir errores y pérdidas en el registro. Facilitar las herramientas para el mismo fue igualmente una condición de éxito.

ID: 511

¿ES SEGURA LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DURANTE UNA FASE EPIDÉMICA DE COVID-19?

AUTORES: NICOLÁS ROSILLO RAMÍREZ; A GONZÁLEZ DÍAZ; A BRANDINI ROMERSI; C VARELA RODRIGUEZ; A TEJIDO SÁNCHEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO

JUSTIFICACION

La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto en la actividad quirúrgica de los hospitales en España, provocando interrupciones temporales de la misma durante los periodos de mayor incidencia. Esta situación ha tenido importantes efectos a nivel tanto de calidad asistencial como de seguridad del paciente. Es preciso evaluar dicho efecto e implementar medidas para evitar estas situaciones en futuras crisis de Salud Pública.

OBJETIVOS

Analizar el efecto de la COVID-19 en la utilización de recursos y los principales resultados en salud de los pacientes de un servicio quirúrgico de urología.

MATERIA Y METODOS

Se realizó un estudio observacional de cohortes prospectivo. El criterio de inclusión fue haber sido sometido a una cirugía urológica entre el 1 de marzo de 2020 y el 28 de febrero de 2021. Se obtuvieron variables sociodemográficas (edad, sexo, comorbilidades), de resultados de la cirugía y de seguimiento (al menos 3 semanas tras el alta). Se analizaron 5 periodos (3 fases pandémicas y 2 periodos interfases). Las variables cuantitativas fueron expresadas como media ± desviación estándar y las cualitativas como porcentajes. Se emplearon los test de Kruskall-Wallis, Chi cuadrado y Fisher.

RESULTADOS

Se intervinieron 940 pacientes durante la serie. El screening preoperatorio detectó 12 casos de COVID-19 previo a la cirugía, los cuales fueron citados de nuevo a las cuatro semanas de la prueba positiva o inicio de síntomas. El seguimiento medio fue de 95 días, detectando 31 positivos tras el alta (tiempo medio desde el alta al inicio de síntomas: 62.6 días). De estos casos, 6 debutaron en los primeros 14 días tras el alta, por lo que fueron clasificados como posibles casos hospitalarios. La mayor parte (5) fueron en la primera ola. Se observó una mayor prevalencia de diabetes y obesidad entre pacientes COVID-19. Tras la introducción de un protocolo multidisciplinar quirúrgico el 4 de mayo de 2020, se observó un descenso de la incidencia de COVID-19 intrahospitalario. Entre la segunda y la tercera fase pandémica sólo se detectaron 5 casos en la cohorte, todos extrahospitalarios.

CONCLUSIONES

Ante una crisis provocada por una enfermedad emergente, es importante llevar a cabo una respuesta global en el centro hospitalario, coordinada y que tenga en especial consideración la formación multidisciplinar de los profesionales y el adecuado aporte de recursos. El seguimiento estrecho de las medidas de prevención y control, así como la protocolización de la atención quirúrgica durante la pandemia de COVID-19 ha demostrado que dicha actividad puede mantener estándares adecuados de calidad y seguridad del paciente, y que por tanto debe ser mantenida.

ID: 512

CHERRIES, UN PROYECTO EUROPEO PARA LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN RESPONSABLES

AUTORES: Gorka Sánchez Nanclares[1]; JA Pérez Vicente[2]; J Roca González[3]; M Conesa Cánovas[4]; I Villegas Martínez[5]; C García Jiménez[6].
CENTRO DE TRABAJO: SG Proyectos e Innovación[1]; Complejo Hospitalario de Cartagena[2]; UPCT[3]; EMACC[4]; SG Proyectos e Innovación[5]; Complejo Hospitalario de Cartagena[6].

JUSTIFICACION

CHERRIES -acrónimo en inglés de 'Construcción de entornos sanitarios mediante la nueva estrategia de investigación e innovación responsable'- es un proyecto europeo que promueve políticas inclusivas en la I+D+i de las Administraciones Públicas (AAPP), atendiendo a los 6 principios: ética, igualdad de género, gobernanza, acceso abierto, participación ciudadana y educación científica.

Con ello pretende crear una cultura de investigación abierta a la sociedad extensible a toda Europa mediante 3 pilotos de co-creación en 3 ecosistemas de sendas regiones europeas de Suecia, Chipre y España.

OBJETIVOS

1. Desarrollar un piloto en cada uno de los 3 ecosistemas en el que se desarrolle, pruebe y valide una solución a un problema propuesto por los agentes de la sociedad implicados.
2. Extender la cultura RRI (del inglés, Investigación e Innovación Responsables) en las AAPP, creando experiencias de referencia a partir de la cocreación.
3. Reflexionar, identificar y adoptar buenas prácticas de RRI aplicada a AAPP en cada región.

MATERIA Y METODOS

El proyecto está financiado con 2 millones de € por la Comisión Europea mediante el programa H2020 en la convocatoria SwafS-2019-1 (nº 872873). Formado por 12 socios procedentes de entidades públicas y privadas de Austria, Chipre, Holanda, Italia, Suecia y, finalmente, España. Tiene una duración de 36 meses (ene20-dic22).

En cada uno de los 3 ecosistemas se realizaron acciones divulgativas sobre Investigación e Innovación Responsables previas a la Convocatoria de Retos (problemas identificados y estructurados) que debían ser propuestos por los agentes sociales. De esta convocatoria de retos se seleccionaba el mejor en cada ecosistema y se creaba otra convocatoria para las soluciones dirigida esta vez a las PYMEs de toda Europa.

RESULTADOS

En el caso del ecosistema español el reto ganador fue PROGRESS, propuesto por el Servicio de Neurología local, la Asociación de Pacientes de Esclerosis Múltiple de la comarca y el departamento de Ingeniería Biomédica de la Universidad, en candidatura conjunta.

PROGRESS pretende cocrear y validar una solución más sensible para detectar las progresiones y/brotes de la esclerosis múltiple, basada en la monitorización con pulseras de los movimientos de 30 pacientes durante 5 meses. Para ello dispondremos de otros 5 meses previos para desarrollar junto a la empresa la solución basada en el internet de las cosas y en la computación en la nube. El piloto PROGRESS está a punto de comenzar sus 10 meses de andadura.

CONCLUSIONES

En el ecuador del proyecto europeo CHERRIES ya hemos logrado en nuestra región una repercusión en políticas RRI en todos los agentes: asociaciones de pacientes, universidades y servicio regional de salud.

Se han realizado acciones formativas y normativas inclusivas (publicación de un Plan de Igualdad de Género, creación de la Comisión para el Buen Gobierno del Dato) y sobre todo una experiencia de co-creación del reto PROGRESS con la participación de pacientes, sanitarios, investigadores y empresa seleccionada.

ID: 513

CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA DE COVID- 19 EN EL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

AUTORES: LORENA FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ; V RODRIGUEZ CAMACHO; P LÓPEZ LEGAZA; A MENÉNDEZ MUÑOZ; P MONTALVÁ GARCÍA; P RIUS FORTEA
CENTRO DE TRABAJO: VALDEZARZA-SUR

JUSTIFICACION

La Pandemia por el Virus SARS- CoV -2 ha supuesto una gran complejidad en el manejo y seguimiento del Paciente crónico en Atención primaria, en este caso en el Paciente que tanto veíamos en la consulta, el Paciente con Diabetes mellitus tipo 2. Esta dificultad ha venido derivada de la falta de accesibilidad del paciente al sistema sanitario, debido a que todos los recursos han ido enfocados a tratar al paciente con COVID-19. Esto puede conllevar a una perdida de seguridad en el paciente con diabetes mellitus tipo 2.

También la pandemia ha modificado en parte los hábitos de nuestros pacientes, tanto en actividad física como en alimentación, todo ello debido al confinamiento, lo que también ha afectado a sus controles.

OBJETIVOS

Por todo lo expuesto, queremos analizar cual ha sido el control de nuestros Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 durante el periodo de Pandemia y analizar si el cambio en los hábitos y el menor seguimiento ha influido en sus valores de HbA1c y por lo tanto en su control glucémico.

MATERIA Y METODOS

Se trata de un estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva donde se seleccionaron todos los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 que realizaban seguimiento en el centro de salud, teniendo al menos una hemoglobina glicosilada (HbA1c) realizada en atención primaria en el periodo pre-pandemia comprendido entre Enero de 2019 y Marzo de 2020. Estos valores se compran con los obtenidos en Pandemia ,tanto si se han realizado HbA1c como si no, en el periodo comprendido entre Abril de 2020 y Abril 2021.

RESULTADOS

Pendiente resultados.

CONCLUSIONES

Pendiente de sacar conclusiones derivadas de los resultados.

ID: 514

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE EL AÑO 2020: ¿HUBO DESIGUALDAD ENTRE ÁREAS SANITARIAS?

AUTORES: JULIO CÉSAR ALONSO LORENZO[1]; A MARTINEZ SEOANE[2]; L FERNÁNDEZ GARCÍA[3]; MA PÉREZ LÓPEZ[4]
CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA AREA SANITARIA IV[1]; CS POLA DE SIERO[2]; CS EL CRISTO[34]

JUSTIFICACION

La actividad sanitaria de Atención Primaria (AP) se ha visto condicionada por la pandemia de COVID-19, esto ha podido afectar a actividades esenciales de AP. Se pretende realizar una valoración sobre si áreas sanitarias con peor nivel socioeconómico han sufrido una peor cobertura de las actividades y los resultados de AP.

OBJETIVOS

Describir disparidades en la evolución de las actividades de AP durante 2020 entre las 8 áreas sanitarias de una Comunidad Autónoma e identificar la posible relación con el nivel socioeconómico y la oferta de servicios del Área Sanitaria (AS).

MATERIA Y METODOS

Estudio ecológico, basado en indicadores del Sistema de Información de Atención Primaria. Se estudió la diferencia entre los resultados de 2019 y 2020 de cada AS de 20 indicadores seleccionados de varios bloques: demanda atendida, actividades preventivas, seguridad y seguimiento de crónicos. Como indicadores socioeconómicos y de recursos sanitarios: renta disponible, proporción de personas con nivel educativo bajo, tasa de desempleo, densidad de población y habitantes por médico de AP. Se valoró la evolución global y de cada AS, se cuantificó la diferencia entre 2019 y 2020. Como indicador de desigualdad se empleó el Índice de Efecto (coeficiente de regresión lineal ponderada por población), se consideró asociación relevante un Coeficiente de Determinación (CDet) de la regresión era superior a 0,5.

RESULTADOS

Cinco indicadores no empeoraron en 2020 (vacunación antigripal e infantil, seguimiento del embarazo, registro de citologías y consejo sobre tabaquismo), 17 (85%) indicadores tienen una DE menor de 2 veces la media, en 5 indicadores (25%) hay áreas con mejoría del indicador en 2020 y otras áreas en que no. El mayor descenso en términos relativos fue para 'cobertura de HTA' (70%), atención a polimedicados (65%) y "test de sangre oculta en heces por mil habitantes" (60%).

La demanda total y por patología crónica presentan un CDet superior a 0,5 para 3 variables sociodemográficas: peores posiciones en renta, nivel educativo o densidad poblacional presentan menores descensos en los indicadores; en el caso del nivel educativo, las áreas con peor situación presentaban mejor evolución en el control de HTA y diabetes. Respecto al indicador de recursos sanitarios (de habitantes por médico) se encuentra un CDet relevante para: Demanda Total (0,79), de patología crónica (0,82), consejo sobre inhaladores a EPOC (0,53) y atención a polimedicados (0,49).

CONCLUSIONES

Existen diferencias entre áreas sanitarias dentro del descenso generalizado de actividad, pero no parece que exista un problema de equidad: áreas con peores indicadores socioeconómicos no presentan el mayor empeoramiento de las actividades, en probable relación con el volumen de recursos asignados a esas áreas.

Debido al estrés que ha sufrido la AP duranye el año 2020, debería explorarse la existencia de desigualdades en la atención a nivel de zona de salud, especialmente en el medio urbano, más proclive a la existencia de desigualdades internas.

ID: 515

PREMS Y PROMS EN PACIENTES CON COVID-19 TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO

AUTORES: Felipe Villar Álvarez[1]; M García-Salmones Martin[2]; L Rey Terrón[3]; K Villelabeitia Jaurequizar[4]; E Gómez de Oña[5]; A Herrero González[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz[1]; Hospital Universitario Rey Juan Carlos[23]; Hospital Universitario Infanta Elena[4]; Hospital General Universitario de Villalba[5]; Data Analytics/IA Quironsalud[6].

JUSTIFICACION

Durante la pandemia por COVID-19 hemos aprendido que tan importante es el manejo de la enfermedad durante la fase aguda en pacientes hospitalizados como su posterior seguimiento ambulatorio. Además de conocer su evolución clínica es necesario detectar los problemas de información, emocionales o sociales que pudieran estar impactando en la progresión de su enfermedad.

OBJETIVOS

Analizar el estado de salud de pacientes diagnosticados por COVID-19 tras un ingreso hospitalario mediante cuestionarios de salud PREMs y PROMs que permitan establecer estrategias de salud que permitan el mejor control de su enfermedad y gestionar trayectorias asistenciales.

MATERIA Y METODOS

Estudio prospectivo realizado tras la hospitalización por Covid-19 en 4 hospitales, del 15 de Julio 2020 al 20 de Abril 2021. Los pacientes han realizado cuestionarios PROMs (EQ-5D, mMRC y CAT) y PREMs de acuerdo a experiencia, Información, impacto de vida sociolaboral y co-creación. Todos estos se rellenaron al alta (T0) y a los 2 meses (T1) sólo el mMRC y el CAT. La información se gestionó por el Portal del Paciente y se estableció un sistema de alarma de acuerdo a las respuestas del paciente del mMRC y CAT (mMRC de 3-4 y mayor de 1 respecto a previa, y CAT mayor de 20 puntos y mayor de 5 respecto a previa), que recibe el equipo médico (neumólogo o médico internista), el cual actúa en ese momento para resolver la alerta. Finalmente se analizan los resultados y se proponen mejoras.

RESULTADOS

Entre la hospitalización de 4 hospitales, rellenaron el formulario al alta (T0) 587 pacientes (57,8% hombres y 42,2% mujeres). El mayor rango de edad esta entre 51 y 60 años (33,3% en hombres y 24,2% en mujeres). Si comparamos las puntuaciones entre T0 y T1, en el CAT el porcentaje T0 a T1 en el rango menor de 20 aumenta, y en el mayor de 20 desciende. En el caso de mMRC la puntuación es mayor en el mMRC 1 en T1, similar en T1 en mMRC 0 y 2, y desciende en mMRC 3 y 4. Estos datos indican mejoría clínica.

En 273 pacientes la escala QD-5D reflejan al alta (T0) no tener problemas para caminar (55%), vestirse/asearse (78%) o realizar actividades cotidianas (48%). Un 63%% refiere dolor/malestar y un 44% tiene ansiedad/depresión en algún grado. En los PREMs (T0) la mayoría tenían temor de contagiar a familia/amigos. La información más útil fue la de la evolución de su enfermedad, al primer contacto y con una app. Un 90% sentía que le habían tratado con respeto y 88% que había un equipo cuidándole. A un 40% les faltaba tiempo o tenían problemas para hacer actividades con la familia.

A partir del 2 de marzo se ponen en marcha lo sistemas de alerta y desde entonces el 9,5% de los pacientes han empeorado en el CAT, el 13,5% en el mMRC y el 2,9% en ambos.

CONCLUSIONES

Los cuestionarios de salud PREMs y PROMs nos permitirán conocer el estado de salud de los pacientes con COVID-19 y detectar los problemas clínicos, de información, emocionales o sociales que pudieran estar impactando en la adherencia y seguimiento del tratamiento o progresión de su enfermedad.

ID: 516

DEEP DIVER, BUCEANDO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS PARA DETECTAR ENFERMEDAD PROFESIONAL

AUTORES: Gorka Sánchez Nanclares[1]; MA Soriano Contreras[2]; JM Egea García[3]; M Robles Ezcurra[4]; JJ Abenza Moreno[5]; I Martínez Soriano[6].

CENTRO DE TRABAJO: SG Proyectos e Innovación[1]; USSEP[23]; SG Régimen Económico[4]; SG Tecnologías de Información[5]; H. Rafael Méndez[6].

JUSTIFICACION

Las enfermedades relacionadas con el trabajo son la mayor causa de muertes evitables en los países desarrollados. Dentro de ellas, las Enfermedades Profesionales (EP) son un grupo de distintas patologías -recogidas por ley española en el Cuadro de Enfermedades Profesionales- cuya relación causal con el puesto de trabajo está demostrada, y que implica una responsabilidad jurídica en su prevención, asistencia y prestaciones. Sin embargo la mayor parte de las EP pasan inadvertidas como Enfermedad Común, asumiendo el sistema público el coste de sus prestaciones.

Los médicos pueden enviar sospechas de EP para ser valoradas por las mutuas que asuman la protección de las contingencias profesionales. Nuestro servicio regional de salud tiene implantado un sistema de alertas de sospecha de EP sobre los diagnósticos nuevos en el aplicativo de Atención Primaria (AP) facilitando su comunicación telemática. Este circuito regional supuso en el primer año de implantación (2015) un incremento del 68% de EP reconocidas respecto al año anterior.

No obstante las alertas sólo actúan al abrir un episodio nuevo en AP, sin actuar en los episodios históricos -donde están la mayor parte de las enfermedades crónicas y los cánceres-, ni sobre el texto libre dentro de esos episodios, ni sobre los diagnósticos hospitalarios. El reconocimiento del cáncer profesional en España es irrelevante, siendo declarados como enfermos profesionales apenas una fracción mínima (entre el 0,1 y 0,2%) de los cánceres laborales estimados.

OBJETIVOS

1. Extender las alertas para detectar sospechas de EP aprovechando toda la información de la historia clínica de AP y hospital, así como el texto libre de los registros clínicos, desarrollando un algoritmo de alerta con una tasa de acierto medida con un área bajo la curva ROC (AUROC) >0.8.

MATERIA Y METODOS

Se analizaron las historias clínicas de más de 200.000 pacientes procedentes de un Área con alta exposición a asbesto para detectar 6 EP relacionadas con amianto. De todos estos pacientes se incluyeron episodios de AP (códigos CIAP2), de hospital (códigos CIE 9 MC y CIE 10) y texto libre.

Se aplicaron técnicas de big data, inteligencia artificial y procesamiento de lenguaje natural. Se entrenó el algoritmo con Random Forest y se empleó AUC ROC para comprobar su tasa de acierto.

RESULTADOS

Fueron validadas 4.207 EP (187 mesoteliomas, 1854 engrosamientos pleurales difusos, 1805 asbestosis, 1960 cánceres de pulmón, 141 cánceres de laringe y 1 fibrosis pericárdica).

El acierto del algoritmo fue AUC ROC=0.987 (a 13 milésimas de la perfección) muy por encima del 0.80 planteado como objetivo.

CONCLUSIONES

La aplicación de técnicas de big data sobre las historias clínicas puede resultar clave para facilitar nuestro compromiso asistencial en ayuda de sanitarios y para una mayor seguridad de nuestros pacientes.

ID: 517

5S. UNA HERRAMIENTA ESTRATÉGICA ADAPTADA AL COVID 19

AUTORES: ALBERT RODRIGUEZ CAPDEVILA; D PUMAR DELGADO; C MOMPÓ AVILÉS
CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI INTEGRAL

JUSTIFICACION

El Consorci Sanitari Integral (CSI) implementa la herramienta de las 5S (Seleccionar, ordenar, limpiar, estandarizar y mantener) para lograr un mejor orden y seguridad en sus procesos. La irrupción de la pandemia del COVID-19 ha generado un nuevo escenario con una situación difícil y complicada de gestionar, en el que las 5S han jugado un papel importante

OBJETIVOS

Usar la herramienta 5S para facilitar el cumplimiento de las medidas de seguridad de paciente y profesionales durante la pandemia COVID-19

MATERIA Y METODOS

La herramienta de las 5S tiene por objetivo aportar más orden y limpieza en el espacio físico. Cada entorno laboral tiene definidos unos requerimientos para configurar un check-list que se ha de mantener activo y útil con:

- Creación de requerimientos específicos por zona; una habitación difiere de una consulta o un almacén.
- Auditorías mensuales para evaluar la compleción de los requisitos.
- Detección y ejecución de pequeñas acciones de mejora (mejora continua).
- Revisión cada dos o tres años del check-list para incorporar nuevos conceptos a mejorar y retirar los consolidados:
    - 2019 requerimientos nuevos en Seguridad del Paciente. Ejemplos: medicación de paciente bien identificado; camas que estén bajas y barandas en buen estado; el timbre funciona correctamente; la bolsa de orina está por debajo del nivel de la vejiga...
    - 2020 requerimientos nuevos en situación COVID. Ejemplos: distancia de 1,5 m. entre mesa y paciente; dispensadores de gel hidroalcohólico llenos y que funcionen (despachos, salas de reunión, control, pasillos...)
- La irrupción del COVID-19 ha paralizado muchas de las auditorías mensuales. Después de las dos primeras olas de contagios, la mayoría se retoman en tres fases:
    - 1: requisitos urgentes en seguridad de paciente y COVID
    - 2: enfoque en orden y limpieza
    - 3: compleción de todo el check-list

Se ha creado una formación online para facilitar que la cultura 5S se extienda a los profesionales de base

RESULTADOS

Reforzar el principal mensaje que salía des de Sanidad con requerimientos concretos que asegurasen:

- Distancia de seguridad: en habitaciones, salas de espera, consultas, despachos...
- Manos limpias: asegurar la presencia de gel hidroalcohólico en la mayoría de sitios

Con la adaptación del check-list y la reanudación de las auditorias en 2021 se ha conseguido:

- 2021: 56 auditorías mensuales activas

Histórico desde 2011: 68 auditorías mensuales activas

- 2021: 414 acciones de mejora cerradas

Histórico desde 2011: 9166.

- 2021: 140 personas participando en auditorías 5S

Histórico desde 2011: 929 personas, aunque 2357 si se cuentan acumuladas cada año

La formación online ha tenido muy buena acogida:

- 2021 se han formado 96 persona en 5S (online)

Histórico desde 2011: 350 personas formadas en 5S y actualizaciones (presencial)

- La encuesta de la formación online muestra un grado de satisfacción de 9,7 sobre 10

CONCLUSIONES

La revisión periódica del check-list asegura nuevos objetivos, la herramienta no queda obsoleta y cumple con la mejora continua.

ID: 518

FARMAVIZOR, SISTEMA WEB DE NOTIFICACIÓN DE ERORRES DE MEDICACIÓN EN EL HOGAR Y GUÍA DE MEDICAMENTO SEGURO PERSONALIZADA

AUTORES: Mercedes Guilabert Mora[1]; I Carrillo Murcia[2]; MV Pérez Jover[3]; A López Pineda[4]; A Mula Leal[5]; Y Guilabert Martínez[6].
CENTRO DE TRABAJO: Universidad Miguel Hernández de Elche[1236]; Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO)[45]

JUSTIFICACION

La seguridad del medicamento en pacientes pediátricos es un tema de prioridad, ya que los niños podrían tener un mayor riesgo de sufrir daños relacionados con errores de medicación que los adultos. Para reducir los errores de medicación pediátrica en el hogar es necesario fomentar el uso seguro del medicamento en el hogar. Estos programas de prevención deben basarse en las percepciones y actitudes tanto de los pediatras como de los padres o cuidadores de niños.

OBJETIVOS

Diseñar una intervención online para sensibilizar y educar a las familias en el uso seguro de la medicación en el hogar. En este sitio web se describe una guía del medicamento seguro y un sistema de notificación desde el hogar.

MATERIA Y METODOS

Se realizaron dos estudios mediante encuestas online a pediatras en activo de centros públicos y privados de España y a padres y madres con hijos en edad pediátrica (â‰¤ 14 años) y residentes en España. A partir de los resultados obtenidos en estos dos trabajos, la revisión de la literatura científica y reuniones con expertos en pediatría se diseñaron y elaboraron los contenidos de Farmavizor, un sistema de notificación de errores de medicación en el hogar y una guía de medicamento seguro.

RESULTADOS

Farmavizor dispone de una parte pública y una parte privada de acceso único para las familias que hayan registrado a sus hijos/as. La parte pública es una guía del medicamento seguro dónde a partir de los diferentes grupos farmacológicos más habituales en pediatría se dispone de recomendaciones sobre el uso seguro de la medicación. Por otro lado, de forma privada, mediante registro por parte del progenitor/a se dará de alta el cuaderno pediátrico seguro de cada uno de los hijos/as determinando el interés que se tiene a nivel de grupos farmacológicos de forma que los contenidos de la web se irán personalizando conforme a los intereses y notificación por parte de la familia. Cuando la familia notifica un posible error de medicación en el hogar, recibe una recomendación en un plazo estimado de 48 horas. Si existe o ha existido algún problema o evento adverso debe ser consultado de inmediato con el pediatra o profesional de referencia. A partir del banco de notificaciones de las familias se irán generando recomendaciones que formarán parte de la guía del medicamento seguro. De esta forma, los contenidos de la web se construyen de forma participativa por las familias y los profesionales de pediatría.

Se ha incorporado un módulo a modo de experiencia con la plataforma para evaluar su utilidad y posibles mejoras. El acceso está disponible en: https://www.farmavizor.es/. Se espera tener resultados de experiencia y uso de esta plataforma durante el mes de octubre de 2021.

CONCLUSIONES

Este proyecto y este sitio web es el primero que aborda un sistema de notificación de medicamentos desde el hogar y dónde la notificación se produce por parte de las familias. El sitio web está listo para su difusión en redes sociales y a través de los servicios de pediatría de los diferentes centros sanitarios.

ID: 519

ADECUACIÓN DEL INGRESO DE NEUMONIAS POR COVID-19

AUTORES: Isabel M Reina Nicolás; MD Lorenzo Zapata; T Lopez Picazo; S Moreno Reina; CN Esteban Lloret; MA Gonzalez Soler
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Morales Meseguer.

JUSTIFICACION

El manejo de los pacientes con COVID-19 ha ido cambiando a lo largo de la pandemia. En nuestra Región, la tercera ola ha sido la de mayor incidencia, con un pico más alto de afectados. Nuestro hospital, con algo menos de 400 camas contaba con un plan de contingencia que preveía, entre otros objetivos, flexibilizar espacios, pero que, evidentemente, tenía sus límites. En el servicio de Urgencias tras la experiencia de los meses anteriores, se decidió hacer manejo domiciliario de aquellos pacientes con neumonía que por su extensión, tiempo de evolución, y parámetros clínicos y analíticos así lo aconsejara. En la primera ola se ingresaban a todos los pacientes con neumonía.

OBJETIVOS

Evaluar el resultado del manejo domiciliario de la neumonía por covid en pacientes vistos en Urgencias de nuestro hospital.

MATERIA Y METODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo donde se han revisado los pacientes con neumonía por covid (con PCR positivo) vistos en enero de 2021 en nuestro servicio de Urgencias. Se han comparado los datos de los pacientes ingresados y aquellos que se han dado de alta.

RESULTADOS

Se han atendido a 778 pacientes con neumonía por COVID en este mes. De ellos 440 se han dado de alta tras su valoración en Urgencias (56,5%). De los 338 ingresados de entrada, 65 lo han hecho en UCI (19,2%) inicialmente o en días posteriores. La estancia media ha sido de 8,84 días de ingreso (intervalo de confianza 8,54-9,22 días) Han fallecido 66 pacientes de este grupo (19,5%) este mes.

En los pacientes inicialmente dados de alta, la edad media fue de 55 años y la extensión de la neumonía, medida por la escala Brixia (de 0 a 16) con una media de 4,46 puntos (rango de 1 a 13). De estos pacientes hubo 117 reconsultas (26,5%) de los cuales, 62 fueron dados de alta de nuevo y 55 ingresados, lo que supone un 12,5% de los pacientes dados inicialmente de alta. De este grupo, 11 casos necesitaron UCI en algún momento y una persona de este grupo fue exitus (0,2% del total de pacientes dados de alta inicialmente) La estancia media de los ingresados en este grupo fue de 6,95 días (i.c.= 6,25-7,7 días), lo que extrapolado al total de pacientes no ingresados habría supuesto una ocupación de casi 100 camas más este mes, de mantenerse esa media.

CONCLUSIONES

Es seguro manejar a algunos pacientes con neumonías leves fuera del ámbito hospitalario. La sobrecarga que habría supuesto 385 ingresos más en un hospital de estas dimensiones habría sido difícilmente asumible. Sería aconsejable mejorar el seguimiento de pacientes con neumonía dados de alta inicialmente.

ID: 520

LA MEJORA DE LA VIGILANCIA ACTIVA DE MMR Y SU DETECCIÓN EN UN CENTRO DE NEURORREHABILITACIÓN EN TIEMPOS DE COVID-19

AUTORES: Emilien Amar Amar Devilleneuve; L Arias Acedo; A Ustrell Olaria
CENTRO DE TRABAJO: Institut Guttmann

JUSTIFICACION

El control de la infección con la vigilancia activa de microrganismos multirresistentes (MMR) es esencial para la seguridad del paciente, ya que es conocida que la incidencia de las IRAS se encuentra entre un 5 y 10% de los pacientes ingresados prolongando estancias hospitalarias, aumentando el consumo de recursos, además de los cerca de 25.000 pacientes que fallecen en la UE a causa de una infección por bacteria multirresistente. En plena pandemia por la COVID-19 podría verse mermada su vigilancia por la falta de recursos y la sobrecarga laboral

OBJETIVOS

Agilizar y mejorar nuestro circuito de vigilancia activa y detección de MMR en tiempos de COVID-19, evitando la demora en el tiempo de la implementación del tipo de aislamiento correspondiente

MATERIA Y METODOS

Se ha creado una aplicación Access que nos permite incorporar los datos de nuevos pacientes que ingresan para tratamiento y rehabilitación, la revisión de la solicitud del screening de MMR al ingreso, la revisión de la historia clínica y el sistema de avisos de resultados de MMR.

Se registra en la historia clínica electrónica (HCE) el tipo de aislamiento, tipo de microorganismo y localización. Estos datos se vuelcan en el semáforo MMR de la HCE y en el mapa de aislamientos de cada unidad de hospitalización

RESULTADOS

La herramienta del Access nos permite agilizar la revisión de los ingresos, detectando la posible omisión del screening en el momento del ingreso. El sistema de avisos de nuevos resultados de MMR permite implementar las medidas de aislamiento de forma temprana evitando demoras en el tiempo

CONCLUSIONES

La pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de reorganizarnos y buscar la forma de agilizar los circuitos, en este caso el de la vigilancia activa de microorganismos multirresistentes, a causa de las nuevas cargas de trabajo con las que nos hemos encontrado, la falta de profesionales, etc. La complejidad de la situación a causa de la COVID-19 nos ha brindado la oportunidad de buscar nuevas formas de innovar, mejorando la eficiencia de circuitos ya establecidos

ID: 521

IMPACTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL MANEJO DEL PACIENTE MAYOR CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA.

AUTORES: Pablo Enrique Solla Suárez[1]; MC Moreno Planillo[2]; JE Herrera Parra[3]; M Fernández Fernández[4]; C Morís de la Tassa[5]; J Gutiérrez Rodríguez[6].

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Monte Naranco[12346]; Hospital Universitario Central de Asturias[5]

JUSTIFICACION

La estenosis aórtica (EAo) es la valvulopatía más frecuente en la población anciana. Cuando es grave y sintomática, su tratamiento pasa por el reemplazo valvular mediante cirugía abierta o vía percutánea (TAVI). Las personas mayores que son sometidas a reemplazo valvular pueden presentar resultados de salud poco satisfactorios, incrementando las complicaciones durante la hospitalización, estancia media, reingresos y mortalidad. Por ello, es clave identificar pacientes que pueden no ser candidatos a recambio valvular, por ser muy superior el riesgo al beneficio potencial esperado.

La fibrilación auricular (FA) se asocia fragilidad e implica resultados adversos de salud en los pacientes mayores. Se establece la hipótesis de que, en el paciente mayor, la presencia de FA podría tener implicaciones en el manejo y en la toma de decisiones en pacientes mayores con EAo grave sintomática.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de FA en pacientes con EAo grave sintomática candidatos a reemplazo valvular, el manejo antitrombótico de la misma y analizar su asociación con variables demográficas, cardiológicas, y de la Valoración Geriátrica Integral.

MATERIA Y METODOS

Se incluyen a todos los pacientes valorados en la consulta especializada de geriatría para la 'Valoración Geriátrica Integral de Pacientes Mayores con Estenosis Aórtica Grave Sintomática' durante dos años (desde su inicio en mayo de 2018 hasta junio de 2020) y sobre los que se ha tomado una decisión definitiva sobre el tratamiento de la EAo.

Estudio epidemiológico longitudinal y prospectivo en el que se incluyeron todos los sujetos mayores de 75 años con EAo grave sintomática que podrían beneficiarse de ser sometidos a reemplazo valvular, atendidos por el "Heart Team" entre mayo de 2018 y junio de 2020.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 300 pacientes con una edad media de 83,99±4,01 años, en su mayoría mujeres (61,2%). Se objetivó una prevalencia de FA del 33,3%. Los pacientes con FA tenían mayor prevalencia de insuficiencia cardiaca (41% vs. 23,5%, p=0,002), fracción de eyección reducida (25% vs. 15,5%, p=0,047) y menores gradientes transvalvulares aórticos medios (41,81±11,37 vs. 46,52±11,54 mmHg, p=0,006) y máximos (68,69±16,99 vs. 75,25±23,86 mmHg, p=0,016). El 92 % estaban anticoagulados, el 34,8% con anticoagulantes de acción directa. Los pacientes en FA eran más frágiles (29% vs 13%, p=0,001), tenían una mayor dependencia funcional (Barthel 91,20±13,58 vs. 94,20±9,89, p=0,030 y Lawton 4,91±2,29 vs. 5,72±2,06, p=0,002); y deterioro cognitivo (MMSE: 25,79±4,00 vs. 27,21±2,92, p=0,002), siendo éste de mayor gravedad (7% vs. 1,5% p=0,001), lo que se asoció con la definición de futilidad en el reemplazo valvular aórtico (manejo conservador en el 20% de los pacientes con FA vs. manejo conservador en 7,5% de los pacientes sin esta arritmia, p=0,001).

CONCLUSIONES

La fibrilación auricular se relaciona con deterioro cognitivo y fragilidad, influyendo en el manejo y en la toma de decisiones del paciente mayor con EAo candidato a reemplazo valvular.

ID: 522

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE PACIENTES DADOS DE ALTA CON NEUMONÍA POR COVID19 DESDE URGENCIAS.

AUTORES: M Jose Carrillo Burgos; R Perez Costa; J Nicolas Galvez; L Castaño Ortega; JC Garcia Rodriguez; E Martinez Fernandez.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Morales Meseguer

JUSTIFICACION

En nuestro servicio de Urgencias tras la experiencia de los meses anteriores, se puso en marcha un protocolo de seguimiento de pacientes dados de alta desde urgencias con neumonía por COVID19. Se estableció conjuntamente con el servicio de radiodiagnóstico, en función del grado de afectación general, necesidad de oxigenoterápia, grado de extensión de la neumonía, medido por la escala brixia (de 0 a 16) y días de evolución de la clínica. En casos de duda esta decisión se apoyaba en la analítica, siempre desde luego contando con la opinión del paciente.

OBJETIVOS

Evaluar el resultado del protocolo de seguimiento telefónico de los pacientes con neumonía por covid dados de alta desde el Servicio de Urgencias.

MATERIA Y METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo donde se han revisado los pacientes con neumonía por covid (con PCR positivo) vistos en febrero de 2021 en nuestro servicio de Urgencias que han estado en seguimiento telefónico por personal del mismo servicio. El seguimiento era diario, incluyendo festivos y fines de semana e incluia una radiografía de torax de control al segundo o tercer dia, tras la que se remitía de nuevo a Urgencias para valoración si se observaba empeoramiento respecto a previa. Al paciente se suministraba un pulsioxímetro para control de saturación domiciliaria.

RESULTADOS

Se han atendido a 207 pacientes con neumonía por COVID en este mes. 77 se ingresaron en la primera visita y en 130 se decidió alta domiciliaria. De este grupo se han incluido en seguimiento a 50 personas. La edad media de pacientes en seguimiento ha sido de 55,6 años con un rango entre 28 y 86 años. Se han seguido una media de 6,7 días (335 llamadas) El brixia inicial era de 6,16 (intervalo de confianza = 5,87-6,45) y el de la segunda radiografía 5,96 (i.c.= 5,64-6,28) sin diferencias significativas entre los dos grupos, habiendo mejorado en el 40% de casos, empeorado en el 24% y no evidenciando diferencias en el resto. Tras el ingreso han sido alta 38 casos (76%), en 12 se ha ingresado (24%), precisando UCI 1 caso. Ha habido 1 éxitus.

En los 80 pacientes sin criterios para seguimiento diario, ha habido 5 ingresos (6,2%) y ningún éxitus. Del total de pacientes dados de alta, con o sin seguimiento, un 12,3% ha precisado ingreso en una consulta posterior.

CONCLUSIONES

Es seguro manejar a algunos pacientes con neumonías leves fuera del ámbito hospitalario. El protocolo de seguimiento selecciona adecuadamente a pacientes más graves.

ID: 523

INNOVACIÓN SANITARIA: SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EUROPEOS H2020

AUTORES: Ana María Cintora Sanz; MT Martin De Rosales Cabrera; P Fernán Perez; A Colomer Rosas; NM Rodriguez Rodil; P Llopis López.
CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urgencias Medicas de Madrid SUMMA

JUSTIFICACION

Nuestro servicio de emergencias extrahospitalario (SEM) se caracteriza por su carácter innovador, en continua búsqueda de la mejor evidencia disponible, transformando procesos y mejorando competencia y la calidad integral de la atención sanitaria que presta. En este contexto, se encuadra el impulso a participación en proyectos de investigación competitivos europeos, como son los proyectos H2020 de la Comisión Europea.

OBJETIVOS

Describir el método de trabajo y fórmula de participación en proyectos de investigación internacionales de ámbito europeo

MATERIA Y METODOS

Constitución de grupo de trabajo para el estudio descriptivo y análisis de la base de datos de la comisión de investigación de la organización con carácter retroactivo desde el 2018 hasta la actualidad. Además de evaluar las acciones correlacionadas llevadas a cabo para el impulso de la participación.

Variables a estudiar: el número, personal y participación del servicio sanitario de emergencias, en proyectos competitivos de investigación europeos H2020.

Además de las propuestas de investigación presentadas, se ha analizado el número de personal, número de proyectos financiados e inversión competitiva conseguida.

RESULTADOS

Diseño de mapa de innovación competitiva.

Diseño de estructuras para mejorar el control de las posibles oportunidades existentes para participar.

Partiendo de un proyecto inicial en 2019, se ha sixtiplicado la financiación y proyectos en 2021, consiguiendo 6 grupos de investigación con 31 investigadores.

Se ha superado el millón de euros de inversión recibida.

Se ha identificado a los eslabones clave, para impulsar la innovación por área de enfoque e impacto de los procesos que realizamos en emergencias sanitarias.

Este estudio nos permite cuantificar la gestión de la innovación y valorar la importancia de la innovación abierta a resultados.

CONCLUSIONES

El SEM ha alcanzado la capacidad de participación, y requerimientos de implicación en proyectos, que consiguen mejorar la eficiencia de los profesionales y las prácticas de instituciones de emergencias en salud y de seguridad.

Se ha desarrollado una creciente sinergia de colaboración, con partners de índole tecnológica, y participación en consorcios, que ayudan a disminuir la barrera de la ciencia, consiguiendo en nuestro día a día, superar los gaps existentes en emergencias con el desarrollo de nuevas tecnologías gracias a las diferentes acciones tomadas para la misma.

También por otra parte, esta red de proyectos han permitido, a nivel institucional, colaborar con la estandarización y actualización de conocimientos, a la par que en el crecimiento, y en la mejora de la competitividad de las organizaciones implicadas a nivel europeo.

ID: 524

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LA PANDEMIA SARS-COV-2: ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN A LA CITACIÓN DE LOS PACIENTES

AUTORES: María Isabel Blanco Rodríguez; MA PEPIO ESPUNY; MA MENDOZA MENDEZ
CENTRO DE TRABAJO: ICS

JUSTIFICACION

En aras de intentar mejorar la gestión de las agendas, aprovechando el Audit de la DAP, realizamos un análisis de diferentes agendas del CAR Salou observando la adecuación de la citación del paciente respecto al motivo de consulta, y el profesional que se le asignaba, médica o enfermera, así como la adecuación del tipo de cita (telefónica, virtual o presencial) con el motivo de consulta que refería el paciente.

OBJETIVOS

Evaluar el grado de adecuación existente entre el motivo de consulta y
profesional que lo ha atendido y el tipo de cita que ha tenido el paciente.
Se considera estándar histórico de adecuación de la cita cuando es >80%.

MATERIA Y METODOS

- Lluvia de ideas.
- Revisión de agendas de diferentes profesionales con el aplicativo proSP, evaluando un total de 578 consultas para analizar la adecuación del tipo de cita
- (telefónica, virtual o presencial) y adecuación del profesional asignado a la cita.
- Análisis de causas según diagrama causa - efecto (ISHIKAWA)
- Propuesta de intervenciones a las causas tratables mediante (MÉTODO DE HANLON)
- Elaboración de algoritmo permitirá clasificar las demandas asistenciales de los usuarios y a su vez, priorizarlas en función de la urgencia y gravedad, según el motivo expresado por el paciente. Dirigiéndose al profesional adecuado, según cada caso particular.

RESULTADOS

Elaboración de algoritmo permitirá clasificar las demandas asistenciales de los usuarios y a su vez, priorizarlas en funciónde la urgencia y gravedad, según el motivo expresado por el paciente. Dirigiéndose al profesional adecuado, según cada caso particular.

CONCLUSIONES

Se realizará una revisión de agendas de diferentes profesionales sanitarios del CAR Salou dentro de 6 meses aproximadamente y posteriormente se realizarán análisis periódicos de dichas agendas mediante el programa PRO -SP. Esto permitirá evaluar y comparar los resultados obtenidos una vez se facilite el algoritmo, con los obtenidos previamente en nuestro estudio.

ID: 527

ACOGIDA 360: IMPACTO DE UN PROGRAMA MOBILE-LEARNING A NUEVOS PROFESIONALES

AUTORES: Begoña de Andrés Gimeno; M Revuelta Zamorano; P Rull Bravo; R Bodes Pardo; G Noguera Jarriz; A Santano Magariño.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

JUSTIFICACION

Todos los profesionales que se incorporan a una Organización deben recibir información y formación sobre el servicio y/o unidad donde desempeñarán su puesto de trabajo. Parte de la estrategia de formación del Hospital consiste en el uso de metodología de enseñanza-aprendizaje digital: Mobile-Learning, que responde a las necesidades de adaptación que se requirió durante la pandemia covid 19. Se trabajó en el diseño de un programa de Acogida a profesionales de enfermería en una App de formación propia del Hospital, utilizando una metodología 360 que permite al profesional con un Smartphone, viajar a través de un ámbito asistencial visualizando píldoras formativas que precisa conocer para su incorporación.

OBJETIVOS

Implementar un programa de acogida al personal de nueva incorporación innovador, accesible, seguro y eficiente. Permitir la visualización on time del programa, desde cualquier lugar, en cualquier momento y el número de veces que se requiera. Evaluar indicadores de uso y satisfacción del mobile learning de la App de Formación y la nueva metodología 360

MATERIA Y METODOS

Se ha trabajado en el desarrollo de contenidos imprescindibles para los ámbitos de hospitalización, área de críticos y urgencias. Se han realizado píldoras formativas para cada ámbito e implantado en cada uno de ellos el programa con metodología 360. Se realizará un estudio transversal, para el que se ha diseñado una encuesta ad hoc dirigidas a nuevos profesionales y a mandos intermedios: datos demográficos, utilización del mobile learning y valoración de las píldoras formativas y de la metodología 360. Esta valoración se realiza mediante repuestas tipo Likert de 1 a 10. Los ámbitos valorados son: Utilidad, Interés, Calidad, Contenidos, Expectativas, Metodología y Duración. Los sujetos de estudio serán todos los profesionales que se incorporen desde la implantación del nuevo programa en la segunda quincena de junio. Se realizará un análisis de datos descriptivos, con presentación de las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar, y las cualitativas con frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Se monitorizarán indicadores de gestión de la formación y uso de la herramienta ((número de visualizaciones realizadas a las píldoras, número de profesionales que acceden a las píldoras, profesionales con visualizaciones pendientes).

RESULTADOS

Pendiente de implantación del programa de acogida 360. Se evaluarán indicadores de uso de la herramienta y satisfacción de los profesionales y mandos intermedios.

CONCLUSIONES

La organización debe asegurar la formación de los nuevos profesionales de enfermería que se incorporan al hospital, y el uso de la metodología 360 en la App propia de Formación produce una mayor adherencia al programa, mayor satisfacción y permite una gestión eficiente por parte del hospital.